

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ
ЭЛЕКТРОННЫЙ
ЖУРНАЛ**

2017. Том 6, № 1
2017. Vol. 6, no 1

СОДЕРЖАНИЕ

Теоретические исследования

- Шаповал И.А.* Аффективная экспансия как регулятор границ Я: от адаптационных задач к дезадаптивной активности 1–17
- Заорска М.* Воплощение научных идей Л.С. Выготского в практику образования детей с ограниченными возможностями здоровья в Польше 18–32

Эмпирические исследования

- Астанина Н.Б.* Чувствительность к справедливости и психологическое благополучие у несовершеннолетних правонарушителей мужского пола 33–47
- Березкин Д.В.* Диагностика и нейропсихологическая коррекция детей с неврозоподобными энурезом и энкопрезом 48–62
- Котельникова А.В., Кукушина А.А.* Психосоциальные факторы качества жизни, связанного со здоровьем, у больных с нарушением двигательных функций 63–78
- Лебедева Г.Г., Исаева Е.Р.* Профили когнитивного дефицита при параноидной шизофрении и шизотипическом расстройстве 79–94
- Мелёхин А.И.* Значение ориентировки во времени для прогноза рисков старости (обзор зарубежных исследований) 95–118
- Строкова С.С.* Связь образа семьи и семейной идентичности с эмоциональным благополучием подростков 119–137

Прикладные исследования

- Бабкина Н.В.* Жизненные компетенции как неотъемлемая составляющая содержания образования детей с задержкой психического развития 138–156

Книжное обозрение

- Вачков И.В.* Рецензия на монографию «Дом как жизненная среда человека» 157–162

Хроника

- Хромов А.И.* К 70-летию профессора Н.Л. Горбачевской 163–166

CONTENT

Theoretical research

- Shapoval, I.A.* Affective Expansion as a Regulator of the Borders of I: from the Adaptation to the Non-Adaptive Activity 1–17
- Zaorska, M.* The Embodiment of Scientific Ideas of L.S. Vygotsky into the Education Practice of Children with Disabilities 18–32

Empirical research

- Astanina, N.B.* Justice Sensitivity and Mental Well-Being among Male Juvenile Offenders 33–47
- Bereskin, D.V.* Diagnostics and Neuropsychological Correction of Children with Neurosis-Like Enuresis and Encopresis 48–62
- Kotel'nikova, A.V., Kukshina, A.A.* Psychosocial Factors of Health-Related Quality of Life in Patients with Movement Disorders 63–78
- Lebedeva, G.G., Isaeva, E.R.* Profiles of Cognitive Deficits in Paranoid Schizophrenia and Schizotypal Disorder 79–94
- Melehin, A.I.* The Value of Orientation in Time to Predict the Risks of Old Age (A Review of Foreign Studies) 95–118
- Strokova, S.S.* Relation of the Family Representation and Family Identity to Emotional Well-Being in Teenagers 119–137

Applied research

- Babkina, N.V.* Life Competences as Integral Part of Educational Context for Children with Learning Delay 138–156

Book review

- Vachkov, I.V.* A Review of the Monograph “Home as a Living Environment of a Person: a Psychological Study” 157–162

Chronicle

- Hromov, A.I.* To the 70th Anniversary of Professor N.L. Gorbachevskaya 163–166

Аффективная экспансия как регулятор границ Я: от адаптационных задач к дезадаптивной активности

Шаповал И.А.,

доктор педагогических наук, профессор, кафедра специальной психологии, ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный педагогический университет», Оренбург, Россия, irinasharoval@yandex.ru

Возможности и эффективность аффективного контакта человека с миром связаны с его психологическими границами: субъективным символом перехода, областью потенциальных нормативных и дисфункциональных смыслов и возможностей и полем неадаптивной активности. Регуляторно-адаптационная роль аффективной системы в нестабильных ситуациях реализуется в аффективной экспансии, определяющей контакт человека с границами своего Я как «вызов ↔ вызов» и его стремление к риску в их реконструкции. Совокупность функций аффективной экспансии делает ее универсальным регулятором всего диапазона личностных адаптаций в отношении стереотипов и новаций. Формирование «опыта границы» и диспозиций личности, отражающих взаимоотношение ее потребностей и условий их удовлетворения на границе контакта Я и не-Я, анализируется в контексте нормального и дисгармоничного персонотенеза. Описаны механизмы взаимодействия аффективной экспансии человека с его границами: аттракция, протекция, ингибция, механизмы «качелей» и превращения «-» в «+». Диспозиционная и ситуативная доминанты этих механизмов в их системном взаимодействии обозначены как перспектива исследования их связи с характером аффективной экспансии.

Ключевые слова: психологические границы, мотив границы, неадаптивная активность, аффективная экспансия, экспансивность, механизмы экспансии, дисфункции экспансии, дезадаптивные стили.

Для цитаты:

Шаповал И.А. Аффективная экспансия как регулятор границ Я: от адаптационных задач к дезадаптивной активности [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 1. С. 1–17. doi: 10.17759/psyclin.2017060101

For citation:

Shapoval, I.A. Affective Expansion as a Regulator of the Borders of I: from the Adaptation to the Non-Adaptive Activity [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2017, vol. 6, no. 1. pp. 1–17. doi: 10.17759/psycljn.2017060101 (In Russ., abstr. in Engl.)

Неопределенность и двусмысленность современного мира, разнообразие точек зрения и отсутствие неспособных ошибаться и достойных доверия авторитетов требуют от нас способности «изменять рамки». И постоянство, замечает З. Бауман [1], уже считается опасным признаком плохой приспособляемости к быстро и непредсказуемо меняющемуся миру и к удивительным возможностям, которые он в себе несет. Проблемы возможности и эффективности контакта/изоляции изменяющегося человека с самим собой и с изменяющимся миром разворачиваются в культурно-историческом контексте современной феноменологии границ Я. Соотношение традиций и новаций и горизонты новых возможностей, открывающиеся в связи с обретением пограничной точки зрения, акцентируют границу и как символ перехода, и как поле скрытых пока еще смыслов и нереализованных возможностей, и как особый «мир на границе», соединяющий, казалось бы, несоединимое. При этом сложный механизм смыслообразования допускает движение не только к ценностным смыслам, но и к «нулевой ценностной границе» [4]. Происходящие здесь деформации и дисфункции личности возникают как эффект взаимодействия субъективных и социальных миров: социальная и внутренняя дезориентация, дезадаптивное поведение и утрата социальной компетенции с критичностью по отношению к обществу и некритичностью к собственной жизненной программе [16]. Противоречие между разделением современного общества на субъектов *де-факто* и *де-юре* (З. Бауман) в отношении границ своего Я и дефицит исследований в этой области определяют актуальность нашего исследования регуляторов психологических границ.

Каждый человек управляет своей энергией так, чтобы иметь хороший контакт с окружающей средой или уходить от него, утверждают И. и М. Польстер [13]. Стремление человека пережить свое бытие на границе появляется везде, где только можно ее обнаружить: между известным и неизвестным в познании, между возможным и действительным в творчестве, между благополучием и угрозой существования в риске, между открытостью и защищенностью в межличностном общении. [10]. В то же время не существует мотивации без потребностей, но есть потребности, не ставшие мотивом: «люди рая» парализуются малейшими отрицательными переживаниями, а их антиподы – «люди ада», непрерывно себя преодолевающие, стоические и героические, – способны действовать плодотворно и целеустремленно только на фоне препятствий [6]. Таким образом, если обнаружение границы связано с внешней ситуацией (в том числе между субличностью), то появление интринсивного стремления перейти ее должно иметь и некие обеспечивающие неадаптивную активность человека *внутренние* источники. Обнаружение этих внутриличностных оснований и анализ их содержания и механизмов являются **целью** нашей работы.

Представления о жизнедеятельности человека как о развитии эмоционального контакта со средой и как об особой реальности границы Я связывают три теоретических конструкта. Первый из них раскрывает роль эмоций:

- как эволюционно-адаптационные механизмы выживания и коммуникации эмоции имеют генетическую основу и сохраняются в функционально эквивалентных формах на всех филогенетических уровнях [21];
- в контексте системного подхода эмоции – один из механизмов регуляции информационно-энергетического обмена между живой системой и средой, а также между элементами самой системы [17]: стенические эмоции активизируют этот обмен, астенические – тормозят;
- развитие эмоционального контакта индивида со средой эволюционно обуславливает возникновение и пространственно-временное развитие двух систем его аффективной адаптации – к стабильным и нестабильным условиям и к ситуациям окружения [5].

Второй конструкт определяет двойственность возможностей границ Я:

- с одной стороны, это «определивание» границами реальности (Р.Д. Лэйнг), разграничение возможного и невозможного, изолирование одних областей от других и одновременно обеспечение связи между ними (К. Левин);
- с другой – имманентная способность границ быть преодоленными посредством нахождения нового смысла в обыденной реальности (В. Франкл) или конструирования новых реальностей, включая виртуальные (У. Джеймс, А. Шюц, С.С. Хоружий).

Таким образом, граница конституируется как локус появления и актуализации самой проблемы ее перехода – смены состояний, установок сознания, смыслов в области «пограничья», между известным и неизведанным, на «границе контакта» двустороннего опыта организма и среды [13].

Третий конструкт объясняет возможность перехода границы благодаря способности человека к трансценденции, или выходу за пределы себя (К. Ясперс, М. Хайдеггер), и трансгрессии – переходу, казалось бы, непроходимой границы (М. Фуко). Эту способность Х. Плеснер [12] объясняет имманентной эксцентричностью человека: как живое существо он не удерживается в своих границах и, стремясь стать иным, переходит от одного превращения к другому. М.К. Мамардашвили источником и местом хранения «необходимости себя» и способности человека «взбрыкивать» под давлением цивилизационного программирования определяет первичные символические структуры сознания: «Нечто, что делается с необходимостью внутренней достоверности или просто внутренней необходимости, и есть нечто, делаемое свободно» [8, с. 139].

Граница имманентно заключает в себе двойственность, неопределенность, сомнительность, оповещающие, по мнению З. Баумана, о неуверенности и

нерешительности [1]: чего следует ожидать, как себя вести, какими окажутся последствия наших действий? Как правило, инстинктивно или на основании опыта мы опасаемся двойственности как врага безопасности и уверенности в себе и склонны верить, что чувствовали бы себя в гораздо большей безопасности и комфорте, если положение оказалось бы определенным. Тем не менее, утверждает В.А. Петровский, наличие у субъекта особого «мотива границы» генерирует неадаптивную активность или тенденции к снятию внутренних ограничений и к действию над порогом ситуативной необходимости [10]. Будь то транситуативный выход человека за пределы собственных исходных требований или контрситуативный выбор неадаптивной стратегии в условиях неопределенности прогноза результатов – эти избыточные с точки зрения адаптации надситуативные действия совершаются для себя.

Мотив границы, или бытия на границе, проявляется в стремлении ощутить себя в ее локусе (балансируя на грани), элиминировать ее (переходя через грань) и, наконец, вовлечь ее в свою деятельность (связывая смежные поля активности и тем самым упраздняя грань между ними). В.А. Петровский подчеркивает, что само осознание границы есть неизбежный выход за ее пределы [11]: *прочувствовать* границу – значит, балансируя «на черте», переживать сопутствующую этому смену впечатлений; *установить для себя значение* границы – познать ее функцию (предупреждение, предотвращение), что возможно только по другую сторону черты; *осмыслить* границу – ответить на вопрос, что мог бы дать опыт границы: самоограничение или самотрансценденцию с переживанием свободы от ограничений посредством «снятия» границы?

Ответ на этот вопрос связан в том числе с решением субъекта, что поместить внутрь своей личности, а что оставить вовне, – решением, требующем предварительного выделения себя из личного бытийного фона окружающей среды [9]. Необходимым условием превращения Я в «место чувства Я» П. Федерн считает передвигаемость границы Я и не-Я [цит. по: 18]. В то же время функциональная недостаточность границы в виде чрезмерной ее жесткости или, наоборот, сверхпроницаемости сужает автономию личности, переполняет Я внешними впечатлениями и ведет к гиперадаптации к требованиям среды.

Эти положения можно проиллюстрировать эмпирическими данными выполняемой под нашим руководством магистерской диссертации Ж.А. Бисенгалиевой на тему «Влияние деформаций психологических границ на формирование аддиктивной идентичности подростков с задержкой психического развития». В выявленном дисбалансе между «невпускающей» и проницаемой границами преобладает *проницаемая*, что характеризует инфантильную склонность к установлению симбиотических отношений. В дисбалансе «вбирающая–отдающая» границы доминирует именно *отдающая*, что также может связываться с инфантильными установками ожидания индивида, что окружающие должны сами догадаться о его потребностях и удовлетворить их. Низкие показатели по «невпускающей» и *спокойно-нейтральной* границам в сочетании с доминантной их *проницаемостью* могут указывать на страхи одиночества и потери контакта при предъявлении личностью ее «нет», несогласия. В целом недостаточная

сформированность психологических границ и разбалансированность между ними преобладают у подростков с большей склонностью к аддиктивной идентичности.

Итак, мотив границы можно считать одной из составляющих процесса регуляции границ Я. Какая же из структур психики может претендовать на роль источника этого мотива?

В психогенезе первой из регуляторных систем, обеспечивающих активность жизнедеятельности организма, возникает базальная аффективная система. Порождаемая инстинктами и влечениями, в наиболее примитивных формах реагирования она функционирует по механизму безусловных рефлексов. В ходе онтогенеза из этих ранних форм вырастают сложные системы мотивации, эмоции же становятся субъективными индикаторами значимости и интенсивности актуальных потребностей человека, переживания им своего отношения к их предметам, выражения соответствующего состояния и регуляции поведения. Как показывает В.А. Петровский в модели «восхождения к риску», каждая из возможных реакций на потенциальную угрозу имеет сложную структуру: первичные врожденные побуждения, индивидуально-приобретаемые в опыте и ценностно-обусловленные [11]. В реакции избегания это оборонительный рефлекс, страх и стремление к бегству; в стремлении к опасности – ориентировочная реакция, жажда острых ощущений, вкус к риску, склонность к бескорыстному риску.

По мнению С.К. Нартовой-Бочавер и О.В. Силиной, в раннем детстве внешняя и внутренняя реальность для ребенка неделимы, а границы между ними проницаемы [9]. На протяжении дошкольного детства происходит становление границ и их постепенное сужение: в 5-6 лет они бессознательны (формируются защиты от воздействий внешнего мира и избирательная открытость к ним), а в 6-7 лет наполняются социальным смыслом и становятся сознательными. Эмоциональные переживания – субъективная реальность для детей от 2 до 10 лет – часто вытесняют объективные требования общества. «Прочувствовать» границы позволяют стрессовые ситуации, и возникающие в них негативные эмоции можно расценивать как символ нарушения границ Я.

М.А. Ишкова эмпирически обнаруживает мотив границы уже у 4-летних детей: это попытки обозначить для себя незримый предел, переход через который порождает переживание смены впечатлений [3]. В следующие два года жизни мотив границы проявляется в актах ее «опробования» путем реального или идеального перехода через заданный предел: это уже стремление быть «по ту сторону границы». При предъявлении культурного знака границы (запрет) фиксируется феномен вызова мотива границы: реализуя его, ребенок своими действиями устанавливает для себя ее значение. При этом выделяются генетически преемственные формы мотива границы: аффект, порождаемый ситуацией действия (тенденция к воспроизводству эмоций «бытия на границе»), надситуативное побуждение к действию (предпочтение определенных границей действий) и

смысловая перспектива преобразования ситуации – осмысление границы как ее преодоление.

Как можно видеть, уже в дошкольном возрасте доступна фиксация динамики развития психологических границ: от инстинктивно-интуитивно-аффективных к символически означиваемым и далее – к вербально репрезентируемым формам. Но уже в раннем детстве (по мнению ряда исследователей, начиная со второго полугодия первого года жизни) мы можем наблюдать полярные различия в отношении детей к препятствию: это и знак эмоции, и ее тонус, или энергетика, выражающиеся в реакции на границу. Преобладание внешней направленности психической деятельности человека в сочетании с напористостью и высокой наступательной психической и двигательной активностью в преодолении препятствий определяется как *экспансивность*. Неожиданное впечатление здесь вызывает любопытство, а препятствие на пути к аффективной цели или угроза существованию – не страх, а гнев и агрессию. Субъект активно идет туда, где опасно и непонятно. С усилением влечения экспансивность может проявиться и в переоценке собственных сил и возможностей, и в неадекватной оценке возможности преодоления препятствия, и в склонности к иллюзиям доступности желаемого при объективных свидетельствах невозможности его достижения.

Аффективная экспансия – адаптационная функция овладения предметом потребности, отделенным от субъекта барьером, в том числе пространством [5]. Суть аффективно-смысловых задач экспансии – преодоление неожиданных препятствий на пути к значимой цели, овладение неизвестной или опасной ситуацией. В предложенной О.С. Никольской, В.В. Лебединским и М.К. Бардышевской модели базальной системы эмоциональной регуляции аффективная экспансия – наиболее энергетически заряженный и доминирующий уровень, способный подавлять или не учитывать отрицательные аффективные оценки ситуации других уровней. Эмоции здесь особо интенсивны, полярны и стеничны, что необходимо для активной адаптации к *нестабильным* ситуациям, когда аффективный стереотип поведения становится несостоятельным, то есть к ситуациям неопределенности, выход из которых требует от человека изменения границ привычного мира Я и не-Я.

Вслед за Р. Плутчиком мы полагаем, что само обнаружение границы вызывает сначала элементарную оценку ситуации, затем – соответствующую ей эмоцию и последующую поведенческую реакцию на факт препятствия [10; 21]. При этом граница Я становится объектом регуляции со стороны личности при условии, что она идентифицируется и актуализируется как значимая. Важно, что результатом этой регуляции становится достижение субъективной самооффективности в ситуациях взаимодействия Я и не-Я [17].

Мотив границы соответствует реакции центрации с реальным или воображаемым пересечением границы, то есть ее экспансией, и эмоции здесь наиболее яркие и способные делать оценку любого вида риска неадекватной (см. табл.). Их контрастность порождает сложные эмоциональные аккорды: так совпадение удовольствия и страха синтезирует чувство риска, стимулирующее личностную экспансивность.

Таблица

**Связь базисных адаптивных реакций и эмоций
и реакций человека на обнаружение границы**

Этапы реагирования на границу			Типы реагирования
Когнитивная оценка стимула	Эмоции	Базисные адаптивные реакции	
Что там?	Ожидание	Ориентация при контакте с неизвестным, новым или неопределенным барьером	Согласование с границей / реакции следования
Что это?	Удивление	Исследование границы с целью создания схематичного представления о ней	
Друг	Принятие, доверие	Приближение, тенденция к сохранению контакта	
Опасность	Страх, ужас перед угрозой	Реинтеграция как реакция на утрату возможностей. Отвержение	Избегание границы – протекция
Заброшенность	Печаль, горе		
Отравы (по Р. Плутчику)	Отвращение Ненависть		
Враг	Гнев, ярость перед препятствием	Разрушение барьера / элиминация границы (реальное или воображаемое пересечение)	Центрация на границе – инкорпорация / вовлечение в действие
Обладать	Радость, экстаз		

Аффективная экспансия как функция адаптации в нестабильных ситуациях позволяет человеку не только найти выход в нестабильной, неопределенной ситуации, но и обнаружить в себе источник и потенциал преодоления границ, в том числе собственных страхов и социальных запретов. Это достигается благодаря иерархическому ряду ее важных подфункций; аффективная экспансия:

- запускает исследовательское поведение и активное освоение окружающего мира. Эмоции как цепи событий со стабилизирующими обратными связями призваны поддерживать поведенческий гомеостаз [21] в информационно-энергетическом обмене между организмом и средой по схеме «вызов ↔ ответ»;
- мобилизует человека на преодоление трудностей благодаря возникающим амбивалентным эмоциям: любопытству к неожиданному впечатлению, азарту

в преодолении опасности, гневу в стремлении к уничтожению преграды. Неадекватное окружающим обстоятельствам усиление или ослабление интенсивности эмоций, изменение их качественных характеристик может приводить к дезадаптивному поведению;

- конструирует и совершенствует витально необходимые человеку мерки оценки своих сил и границ возможностей в воздействии на среду; формирует опыт успехов и поражений и, углубляя или сужая контакты человека со средой, усиливает или ослабляет его экспансию в новые сферы;
- тонизирует и, снимая напряжение и принося облегчение, эмоциональный подъем, эйфорию, элиминирует чувство неполноценности и стимулирует стремление к превосходству (А. Адлер), что становится основой для развития уровня притязаний и индивидуальных стратегий совладания: преодоления или приспособления;
- дифференцирует переживание напряжения потребности (хочу – не хочу) и возможности ее удовлетворения (могу – не могу), создавая почву для конфликта «хочу – могу» как источника развития и для поведения риска.
- позволяет индивиду выделить себя из ситуации как субъекта аффективного поведения. Контрситуативный выход человека за пределы изведенного и заданного удовлетворяет потребность в самоиспытании и в оценке себя как носителя «свободной причинности» («причины себя») [10]. Потребность в субъектности проявляется в широком диапазоне конформизма–нонконформизма, созависимости–ассертивности и других измерений;
- становясь самоценной, порождает и усиливает стремление к риску, к переживанию азарта, к конструктивной агрессии, выступающей одновременно и источником активности человека в поисках ситуаций риска для конструирования и реконструкции границ своего Я, и актом выхода за них.

Связь аффективной экспансии и мотива границы с ожиданием катарсиса и тенденцией к воспроизводству пережитого подпитывается потребностью психики в поддержании активных стенических состояний, которую должно удовлетворять постоянное аффективное тонизирование стимулами внешней среды. При субъективной оценке среды как бедной, монотонной, скучной, не вызывающей выраженных эмоций возникает надежда, что преодоление неких препятствий выведет из эмоциональной стагнации и принесет хотя бы временную удовлетворенность. В этих условиях отягощенность (или одаренность?) жадой острых ощущений, сенсорной жадой, обострение одного из видов «психологического голода» (в сенсорной стимуляции, в признании, в контакте и физическом поглаживании, сексуального голода, голода по структурированию времени или по инцидентам [2]) заставляет все чаще и чаще прибегать к аутостимуляции. Другими словами, повышенная восприимчивость, пониженная адаптируемость к обыденной реальности и низкий порог фрустрации

обуславливают формирование некоего экспансивного драйва, ориентированного не просто на преодоление препятствий, но и на их поиск и создание.

Предполагается, что источники эмоционального тонизирования должны быть сбалансированы, а адаптация к стабильным и к нестабильным условиям и ситуациям – гибкой. Но в реальности в обеспечении ориентировки в окружающем высокая субъективность эмоциональных оценок делает пристрастными (вплоть до иррациональности) когнитивные интерпретации и оценки среды как бедной или богатой стимулами. Кроме того, эмоциональная информация менее структурирована и более ассоциативна, и результатом становятся индивидуальные предпочтения в выборе стабильности или нестабильности.

Таким образом, способность аффективной экспансии трансформироваться из адаптивной функции в неадаптивную активность приводит к утверждению мотива границы в качестве внутреннего провокатора преобразования формулы контакта человека с границами своего Я из «вызов ↔ ответ» в «вызов ↔ вызов». В этом плане часть мотивов поведения риска можно отнести уже к функционально адаптивным: стремление к предпочтительному уровню риска; искусственный смысл как цель обретения ощущения всемогущества; потребность в осознании и ощущении своей необходимости и полезности как личности («психологические экстремалы»).

Рассматривая становление и реализацию описанных выше подфункций аффективной экспансии в персоногенезе, мы обнаруживаем:

1. способность аффективной экспансии трансформироваться из адаптивной функции в источник неадаптивной активности и далее фиксироваться в стойкой черте личности, характеризующей степень ее субъектности (от де-юре к де-факто) в ситуациях неопределенности и выбора;
2. возможность перехода аффективной экспансии из ситуативной аффективной реакции в поведенческий стереотип и затем – в основную диспозицию личности в определении стратегий поведения в отношении собственных границ и новых возможностей: от готовности к дезинтеграции границ Я до «ужаса растворения связного Я» (Д. Калшед).

Дефицитарность или избыточность аффективной экспансии как диспозиции личности могут определять специфику личностного адаптивного стиля как в «нормальном» персоногенезе, так и при дисгармониях и дисфункциях личности. Нормативными и в ряде случаев институционализированными можно считать многие формы девиаций поведения, включая сексуальные перверсии, поведение риска, «жесткие» формы разрешения конфликта и копинг-стратегий и т.д. В рамках клинической и специальной психологии дисфункции аффективной экспансии обнаруживаются в аутистических, невротических, патохарактерологических расстройствах, в созависимости и аддикциях, которые обусловлены несовершенством защитных механизмов психики. По мнению Р. Плутчика, ведущая эмоция вполне способна формировать потребность, не укладывающуюся в рамки адаптивного поведения, и поддерживать личностный баланс должны

психологические защиты [21]. Однако они могут быть несформированными, инфантильными или патологическими – травматическими примитивными (Д. Калшед, Д. Винникот, Х. Кохут), и в этих случаях мы наблюдаем деструктивность и аффективной экспансии, и регуляторной функции эмоций относительно границ Я.

Рассмотрим роль и место дисфункций аффективной экспансии в «ненормативных» вариантах развития личности. Личностные адаптации, или личностные адаптивные стили, формируются как результат комбинации «внутренней» и сформировавшейся под влиянием среды позиций [19]. В контексте деформаций личности этот процесс хронологически можно представить как онтогенетическую цепочку:

1. на фоне хронической фрустрации базовых потребностей ребенка возникают ранние дезадаптивные схемы;
2. далее развиваются собственно дезадаптивные схемы;
3. наконец, формируются дезадаптивные стили поведения, включая длительные, бессознательно возникающие когнитивные и поведенческие реакции самопоражающего характера.

Именно в дезадаптивных схемах и стилях и реализуются прямо или опосредованно дефекты аффективной экспансии границ Я. Согласно Дж. Йонгу и коллегам [20], это нарушения границ и связей (отталкивания, автономии, сверхбдительности и подавления) с сопутствующими им проблемами покидания и нестабильности, недоверия и насилия, социальной изоляции и отчуждения, зависимости и сверхсенситивности к опасности, доминирования и подчинения, самоконтроля и т.д.

Гипо- и гиперфункции аффективной экспансии как уровня базальной регуляции эмоциональных контактов с миром начинают проявляться примерно с 15 месяцев [5]. При гиперфункции наблюдается выраженное ощущение своей силы, а мир воспринимается как место для исследований и преодоления препятствий. Ведущими мотивами деятельности становятся стремление к борьбе, риску, самоутверждение, преодоление трудностей в сочетании со стремлением привлечь внимание окружающих, доказать свою исключительность. При гипофункции аффективной экспансии, напротив, восприятие мира характеризуется неуверенностью в своих силах, чувствительностью к оценкам окружающих, трудностями выбора и принятия решения и острым восприятием неудач. Ведущим мотивом оказывается стремление к стереотипизации жизни и к компенсации. В выраженных формах описанные тенденции дезорганизации аффективной экспансии становятся базальной аффективной основой патологической экспансивности, истерического расстройства личности, истероэмоциональности или сенситивности и психастении [7].

В описаниях Ф. Риманом базальных тенденций жизни мы видим полярное отношение к границам Я [14]. Обсессивный тип с тенденцией к неизменности

и порядку и шизоидный – с «движущим импульсом» к самосохранению стремятся к возведению границ и изоляции. «Дезертир» стабильности и обыденности – истерический тип с его страхом любых жестко установленных границ и ограничений и тенденцией к изменению существующего порядка, к преодолению, ко всему новому и рискованному. Таким образом, одна и та же эмоция страха относительно границ Я причудливо трансформируется в их мотиве – «бытии на границе»: в равной степени упорном создании и ужесточении границ или их разрушении.

Итак, становление и развитие аффективной экспансии, начиная с раннего детства, формирует аффективные тенденции личности в отношении стереотипов и новых возможностей, стремления к «бытию на границе», ее избегания или преодоления, а также сам опыт границы в виде самоограничения или контрситуативности и трансгрессии. Учитывая, что происходящее в этих процессах смыслообразование может ориентироваться не только на общечеловеческие ценности, но и на «нулевую ценностную границу» [4], считаем, что аффективную экспансию следует рассматривать как универсальный регулятор всего диапазона личностных адаптаций в эмоциональных контактах со средой, включая дезадаптивные стили. Специфические способы взаимодействия с границами своего Я определяют стиль жизни человека со сложившимися диспозициями, установившего свои приоритеты. Разнообразие этих способов обеспечивают, как мы полагаем, пять основных механизмов, регулирующих взаимодействие аффективной экспансии и границ Я.

1. В основе механизма аттракции – явные или скрытые установки, преддетерминирующие поведение человека и строящие его из потребного будущего состояния вещей. В синергетике аттрактором считается относительно устойчивое состояние системы, как бы притягивающее к себе все множество ее «траекторий», определяемых разными начальными условиями. Представляя собой особое побуждение, не вписывающееся в круг ситуативно заданных [3], мотив границы становится аттрактором благодаря интенсивности эмоций, переживаемых в ситуации двойственности и неопределенности, когда информация о достижении цели минимальна или недоступна. Желание вновь и вновь пережить столь же сильные эмоции формирует аффективную потребность во впечатлениях риска путем испытания себя в опасных ситуациях («адреналиновые наркоманы»). Сами ситуации социального запрета или встречи с объектом, воспринимаемым как потенциальная угроза, могут усиливать исходное побуждение к действию («запретный плод сладок») или провоцировать независимое от исходного мотива «преступное» действие.

2. Механизм протекции (от лат. *protegere* – охранять, защищать) – любое действие, увеличивающее расстояние между организмом и препятствием, и защита, способная компенсировать личностные факторы риска. Благодаря компенсаторной функции эмоций, проявляющейся в условиях риска и неопределенности [15], мотив границы должен угасать, а человек – возвращаться к стереотипному реагированию на препятствие. Однако любой фактор риска может являться одновременно и защитным, и провокативным («и хочется, и колется»). В этой ситуации, вероятно,

решение о бегстве или о стремлении к опасности зависит от степени выраженности аффективной экспансивности личности.

3. Механизм ингибиции (от лат. *inhibeo* – сдерживать, останавливать) тормозит, замедляет, угнетает активность протекания реакций или процесса, останавливает или полностью прекращает их. Угрожающие и дискомфортные впечатления при обнаружении препятствия мобилизуют и бодрят только при условии предвкушения субъектом победы, при его уверенности в возможности овладения ситуацией. Торможение или аутоот торможение, превышающее силу мотива границы, может принимать следующие формы [13]: интроекции с направлением всей энергии на сохранение удовлетворенности, ретрофлексии с переносом энергии вовнутрь и сужением связи между собой и средой, дифлексии с уходом от прямого контакта, конфлюэнции с ее жизнью «по течению».

4. Механизм преобразования «минуса» в «плюс» позволяет активно преобразовать часть неприятных впечатлений в приятные. В аффективной экспансии побудительную ценность имеет сама граница, и именно в процессе экспансии исходный знак «преграды» трансформируется в источник самооценной активности, автономный от опредмеченной потребности: положительные эмоции приносит само преодоление, и оно становится предметом потребности.

Механизм «качелей» выступает основой аутостимуляции при достигнутой субъективной адаптации: «раскачивать качели» – искать ощущение опасности, преодоление которой дает дополнительный мощный аффективный заряд переживания победы. В определенных ситуациях, замечает П.В. Симонов [15], именно положительные эмоции побуждают нас нарушать достигнутое равновесие с окружающей средой: стремясь повторить их переживание, мы вынуждены активно искать неудовлетворенные потребности и ситуацию неопределенности. Тем самым компенсируются и недостаток неудовлетворенных потребностей, и прагматическая неопределенность, способные привести к застою и деградации.

Выводы

Представления о жизнедеятельности человека как о развитии эмоционального контакта со средой и об особой реальности границы Я связывают регуляторно-адаптационную роль аффективной системы, двойственность возможностей и перехода границ Я благодаря способности человека к трансценденции и трансгрессии. Мотив границы, или «бытия на границе», выступает одной из составляющих процесса регуляции границ Я.

Внутренним основанием мотива границы как нестабильной ситуации, в которой аффективные стереотипы поведения несостоятельны, выступает аффективная экспансия – овладение неизвестной или опасной ситуацией. Аффективная экспансивность определяет контакт человека с границами своего Я как «вызов ↔ вызов» и его стремление к риску их конструирования и реконструкции.

Как в «нормальном» персоногенезе, так и при дисгармониях и дисфункциях личности совокупность функций аффективной экспансии отражается в специфике личностного адаптивного стиля в отношении стереотипов и новых возможностей и в конструировании «опыта границы». Таким образом, аффективная экспансия выступает универсальным регулятором всего диапазона личностных адаптаций в эмоциональных контактах со средой.

Разнообразие специфических способов взаимодействия аффективной экспансии человека с границами его Я обеспечивается пятью основными механизмами: аттракцией, протекцией, ингибцией, механизмами «качелей» и превращения «минуса» в «плюс». Диспозиционная и ситуативная доминанты этих механизмов в их сложном системном взаимодействии, а также их эмоциональные, интеллектуальные, коммуникативные, защитные предиспозиции требуют дальнейшего научного поиска. Выбор человеком психологических защит и копинг-стратегий, наличие у него стремления к изменениям и склонности к поведению риска, толерантности к неопределенности и личностных стремлений, разного рода аддикций и аддиктивной идентичности, психологических комплексов и ассертивности и, безусловно, характеристик самих границ – вот далеко не полный круг потенциального диагностического инструментария.

Стремление к выходу из привычных границ, отказ от внешнего контроля и ориентация на самоконтроль в нестабильных ситуациях, разотождествление и самоотречение – все это отражение в аффективной экспансии творческого начала человека. Анализ связи механизмов аттракции, протекции, ингибции, «качелей» и превращения «-» в «+» и характера аффективной экспансии в контексте формирования диспозиций личности относительно ее потребностей и условий их удовлетворения на границе контакта Я и не-Я можно определить как исследовательские перспективы.

Литература

1. Бауман З. Индивидуализированное общество. М.: Логос, 2005. 390 с.
2. Берн Э. Секс в человеческой любви. М.: «Издательство АСТ-ЛТД», Институт общегуманитарных исследований, 1998. 352 с.
3. Ишкова М.А. Феномен границы в детерминации активности ребенка: дисс. ... канд. психол. наук. Москва, 1998. 140 с.
4. Куликова Т.В. Философия границы: феноменологический и эпистемологический подходы: дисс. ... доктора философских наук. Нижний Новгород, 2011. 334 с.
5. Лебединский В.В., Бардышевская М.К. Аффективное развитие ребенка в норме и патологии // Психология аномального развития ребенка: хрестоматия: в 2-х т. Т. 1.

Шаповал И.А. Аффективная экспансия как регулятор границ Я: от адаптационных задач к дезадаптивной активности
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 1. С. 1–17.

*Shapoval, I.A. Affective Expansion as a Regulator of the Borders of I: from the Adaptation to the Non-Adaptive Activity
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 1, pp. 1–17.*

/ под ред. В.В. Лебединского, М.К. Бардышевой. М.: ЧеРо; Высш. шк.; Изд-во МГУ, 2002. С. 588-681.

6. *Левин В.В.* Искусство быть собой. М.: Знание, 1991. 256 с.
7. *Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л.* Курс лекций по детской патопсихологии. Ростов н\Д.: Феникс, 2000. 576 с.
8. *Мамардашвили М.К.* Мой опыт нетипичен. СПб.: Азбука, 2000. 400 с.
9. *Нартова-Бочавер С.К., Силина О.В.* Динамика развития психологических границ на протяжении детства // Актуальные проблемы психологического знания. 2014. Т. 32. № 3. С. 13–28.
10. *Петровский В.А.* «Мотив границы»: знаковая природа влечения // Мир психологии. 2008. № 3. С. 10–26.
11. *Петровский В.А.* Человек над ситуацией. М.: Смысл, 2010. 559 с.
12. *Плеснер Х.М.* Ступени органического и человек. Введение в философскую антропологию. М.: Российская политическая энциклопедия. 2004. 368 с.
13. *Польстер И.* Интегрированная гештальт-терапия. М.: Класс, 2004. 272 с.
14. *Риман Ф.* Основные формы страха. М.: Алетейа, 1999. 336 с.
15. *Симонов П.В.* Эмоциональный мозг. М.: Наука, 1981. 215 с.
16. *Шаповал И.А.* Деформации личности как эффект взаимодействия субъективных и социальных миров [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2014. Т. 3. № 4. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n4/Shapoval.shtml> (дата обращения: 06.12.2016).
17. *Шаповал И.А.* Функции и дисфункции границ Я: эффекты самоорганизации и самодезорганизации системы [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 1. С. 19–32. doi:10.17759/cpse.2016050102 (дата обращения: 06.12.2016).
18. *Ammon G.* Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. München: Er. Reinhardt Verlag, 1982. Bd. 2. 967 p.
19. *Joines V.* The treatment of personality adaptations: using redecision therapy / J. Magnavita (Ed.) // Handbook of personality disorder theory and practice: Yoboken, Wiley, 2004. P. 194–220.
20. *Joung J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E.* Schema therapy: a practitioner's guide. NY: Guilford Press, 2003. 436 p.
21. *Plutchik R., Kellerman H.* A general psychoevolutionary theory of emotions / R. Plutchik, H. Kellerman (Eds.). Emotion: Theory, research and experience: Vol. 1, № 7. NY: Academic Press, 1980. P. 3–33.

Affective Expansion as a Regulator of the Borders of I: from the Adaptation to the Non-Adaptive Activity

Shapoval, I.A.,

Dr. Sci. (Pedagogic), Professor, Department of Special Psychology, Orenburg State Pedagogical University, Orenburg, Russia, irinashapoval@yandex.ru

The possibilities and effectiveness of affective contact of a person with the world are connected with his/her psychological borders. Such as: the subjective symbol of the transition; the scope of potential normative and dysfunctional meanings and possibilities; and the field of non-adaptive activity. The regulatory and adaptive role of the affective system in unstable situations is realized in affective expansion, which determines a person's contact with the boundaries of one's own Defined Self as "Challenge ↔ Challenge " and his/her desire to risk in their reconstruction. The set of functions of affective expansion makes it a universal regulator of the whole spectrum of personal adaptations with respect to stereotypes and innovations. The formation of the "border experience" and of the dispositions of an individual, reflecting the relationship between its needs and the conditions of their satisfaction at the interface Self and not-Self, is analyzed in the context of normal and disharmonious personogenesis. The following mechanisms of interaction of affective expansion of a person with his/her borders are described: attraction, protection, inhibition, mechanisms of "swing" and turning "-" into "+". Dispositional and situational dominants of these mechanisms in their system interaction are designated as a future investigation of their connection with the nature of affective expansion.

Keywords: psychological borders, border motif, non-adaptive activity, affective expansion, expansiveness, mechanisms of expansion, dysfunction of the expansion, non-adaptive styles.

References

1. Bauman Z. Individualizirovannoe obshchestvo [Individualized society]. Moscow: Logos, 2005. 390 p.
2. Bern E. Seks v chelovecheskoi lyubvi [Sex in human love]. Moscow: AST-LTD, publ. of Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy, 1998. 352 p.

3. Ishkova M.A. Fenomen granitsy v determinatsii aktivnosti rebenka. Diss. kand. psikhol. nauk [The phenomenon of border in the determination of the child's activity. PhD. (Psychology) diss.]. Moscow, 1998. 140 p.
4. Kulikova T. V. Filosofiya granitsy: fenomenologicheskii i epistemologicheskie podkhody: diss. ... doktora filosofskikh nauk [The philosophy of boundaries: a phenomenological and epistemological approaches. Dr. Sci. (Philosophy) diss.]. Nizhniy Novgorod, 2011. 334 p.
5. Lebedinskii V.V., Bardyshevskaya M.K. Affective development of the child in norm and pathology. In V.V. Lebedinskii (ed.) *Psikhologiya anomal'nogo razvitiya rebenka: khrestomatiya: v 2 t. T. 1. [Psychology of abnormal child development: a reader: in 2 vol. Vol. 2]*. Moscow: CheRo; publ. of MGU, 2002. pp. 588–681.
6. Levi V.V. *Iskusstvo byt' soboi* [The art of being yourself]. Moscow: Znanie, 1991. 256 p.
7. Maksimova N.Yu., Milyutina E.L. *Kurs lektsii po detskoj patopsikhologii* [A course of lectures on child psychopathology]. Rostov-na-Donu: Feniks, 2000. 576 p.
8. Mamardashvili M. K. *Moi opyt netipichen* [My experience is atypical]. Saint-Petersburg: Azbuka, 2000. 400 p.
9. Nartova-Bochaver S.K., Silina O.V. *Dinamika razvitiya psikhologicheskikh granits na protyazhenii detstva* [The dynamics of the development of psychological boundaries during childhood]. *Aktual'nye problemy psikhologicheskogo znaniya [Actual problems of psychological knowledge]*. 2014. Vol. 32. no. 3. pp. 13–28.
10. Petrovskii V.A. «Motiv granitsy»: znakovaya priroda vlecheniya [“The motive of the border”: the symbolic nature of the attraction]. *Mir psikhologii [The world of psychology]*. 2008. no. 3. pp. 10–26.
11. Petrovskii V.A. *Chelovek nad situatsiei* [The person on the situation]. Moscow: Smysl, 2010. 559 p.
12. Plesner Kh.M. *Stupeni organicheskogo i chelovek. Vedenie v filosofskuyu antropologiyu* [Stage the organic and man. Keeping in philosophical anthropology]. Moscow: Rossiiskaya politicheskaya entsiklopediya. 2004. 368 p.
13. Pol'ster I. *Integrirovannaya geshtal't-terapiya* [Integrated gestalt therapy]. Moscow: Klass, 2004. 272 p.
14. Riman F. *Osnovnye formy strakha* [Basic forms of fear]. Moscow: Aleteia, 1999. 336 p.
15. Simonov P. V. *Emotsional'nyi mozg* [The emotional brain]. Moscow: Nauka, 1981. 215 p.

Шаповал И.А. Аффективная экспансия как регулятор границ Я: от адаптационных задач к дезадаптивной активности
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 1. С. 1–17.

Shapoval, I.A. Affective Expansion as a Regulator of the Borders of I: from the Adaptation to the Non-Adaptive Activity
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 1, pp. 1–17.

16. Shapoval I.A. Deformatsii lichnosti kak effekt vzaimodeistviya sub"ek-tivnykh i sotsial'nykh mirov [Elektronnyi resurs] [Deformation of the individual as an effect of the interaction of the subjective and social worlds]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical Psychology and Special Education]*. 2014, Vol. 3. no. 4. Available at: <http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n4/Shapoval.shtml> (Accessed 06.12.2016) (In Russ., Abstr. in Engl.).

17. Shapoval I.A. Funktsii i disfunktsii granits Ya: efekty samoorganizatsii i samodezorganizatsii sistemy [Elektronnyi resurs] [Function and Dysfunction of Borders I: the Effects of Self-Organization and Self-Disorganization System]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical Psychology and Special Education]*. 2016. Vol. 5. no. 1, pp. 19–32. doi:10.17759/cpse.2016050102. (Accessed 06.12.2016) (In Russ., abstr. in Engl.).

18. Ammon G. *Handbuch der Dynamischen Psychiatric*. München: Er. Reinhardt Verlag, 1982. Bd. 2. 967 p.

19. Joines V. The Treatment of Personality Adaptations: Using Redecision Therapy. In J. Magnavita (Ed.) *Handbook of Personality Disorder Theory and Practice*: Yoboken, Wiley, 2004, pp. 194–220 p.

20. Jounng J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. NY: Guilford Press, 2003. 436 p.

21. Plutchik R., Kellerman H. A general psychoevolutionary theory of emotions. In R. Plutchik, H. Kellerman (Eds.) *Emotion: Theory, research and experience*: Vol. 1, no. 7. NY: Academic Press, 1980, pp. 3–33.

Воплощение научных идей Л.С. Выготского в практику образования детей с ограниченными возможностями здоровья в Польше

Заорска М.,

доктор педагогических наук, профессор, кафедра специальной педагогики, факультет общественных наук, Варминьско-Мазурский университет, член Комитета педагогических наук, Польская академия наук, Ольштын, Польша, mzaorska@poczta.onet.pl

В статье представлена попытка анализа и описания воплощения концепции Л.С. Выготского в развитие польской психологии, педагогики и специальной педагогики. Особое внимание обращено на использование учения Л.С. Выготского в деятельности образовательных учреждений, целью которой является совершенствование и психолого-педагогическая терапия детей и молодежи с ограниченными возможностями здоровья. Описаны основные направления деятельности в сфере образования детей и молодежи, в которых влияние идей Л.С. Выготского особенно заметно: ранняя реабилитация, дошкольное воспитание, обучение в начальной школе, гимназиуме и средней школе.

Ключевые слова: концепция Л.С. Выготского, Польша, психология, специальная педагогика и психология, реабилитация, подготовка специалистов.

Для цитаты:

Заорска М. Воплощение научных идей Л.С. Выготского в практику образования детей с ограниченными возможностями здоровья в Польше [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 1. С. 18–32. doi: 10.17759/psyclin.2017060102

For citation:

Zaorska, M. The Embodiment of Scientific Ideas of L.S. Vygotsky into the Education Practice of Children with Disabilities [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2017, vol. 6, no. 1, pp. 18–32. doi: 10.17759/psycljn.2017060102 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Идеи Л.С. Выготского в настоящее время занимают значительное место в науке, являются основополагающими для организации системы образования детей и молодежи в Польше, они получают воплощение в правовых (юридических) актах, направленных на организацию системы образования и ее содержание.

Закон о системе народного образования в Польше (Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, Dz.U. 1991 nr. 95 poz. 425) [39] гласит, что процессы обучения и воспитания детей на каждом возрастном этапе (особенно на этапе дошкольного и начального обучения, а в ситуации нарушений развития у ребенка – и в период раннего возраста) должны не только обеспечиваться содержанием программ обучения, но и включать планомерную, учитывающую функциональный диагноз и зону ближайшего развития ребенка, психолого-педагогическую работу. В первом пункте данного Закона подчеркивается необходимость организации, содержания, методологии, принципов обучения и воспитания, учитывающих зону актуального и ближайшего развития, возрастных, психофизических и коммуникативных особенностей ребенка. Также значимой является психологическая работа по формированию навыков выполнения различных общественно-полезных функций в зрелом возрасте, связанных с историко-культурным и цивилизационным развитием человечества. Закон декларирует принцип индивидуального подхода к организации и методам обучения детей с особенностями развития (как с нарушениями развития, так и одаренных), в основе которого лежит учет как врожденных качеств и проявляемых ребенком способностей, так и развиваемых при жизни.

В пункте 22а Закона [39] содержится требование к обязательному построению программ дошкольного воспитания и обучения в начальной школе с учетом зоны ближайшего развития детей.

Закон о системе народного образования является отправным документом для постановлений Министерства народного образования по вопросам ранней реабилитации, обучения и воспитания детей с особыми образовательными потребностями (в том числе детей с нарушениями развития и ограничениями здоровья). Особенно важными законодательными актами являются те, которые непосредственно воплощают идеи Л.С. Выготского в практику, они представлены ниже.

- Постановление Министерства национального образования от 30 апреля 2013 г. «О принципах предоставления и организации психолого-педагогической помощи в государственных детских садах, школах и учреждениях» (п. 532 Федерального закона Польши от 7 мая 2013 г.) [28].
- Постановление Министерства национального образования от 2 августа 2013 г. «О внесении изменений в Положение об условиях организации профессиональной подготовки, образования и ухода для детей и молодежи с ограниченными возможностями и социально неприспособленных в детских садах, школах,

государственных учреждениях и в интеграции» (п. 958 Федерального закона Польши от 22 августа 2013 г.) [30].

- Постановление Министерства национального образования от 11 октября 2013 г. «Об организации раннего развития и воспитания детей» (п. 1257 Федерального закона Польши от 29 октября 2013 г.) [31].

- Постановление Министерства национального образования от 28 августа 2012 г. «О внесении изменений в Положение об условиях для организации обучения, воспитания и ухода за детьми и молодежью с ограниченными возможностями и социально неприспособленными в детских садах, школах, государственных учреждениях и в интеграции» (п. 982 Федерального закона Польши от 31 августа 2012 г.) [29].

Дополнительно необходимо упомянуть и другие законы, которые относятся к различным сферам государственного сопровождения и помощи людям с особыми потребностями, ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью:

- Постановление Сейма от 1 августа 1997 г. «О правах инвалидов», опубликованное в министерском издании «Monitor Polski» № 50, ст. 474 и 475 [37].

- Закон от 27 августа 1997 г. «О социальной и профессиональной реабилитации и занятости инвалидов» (п. 776 Федерального закона Польши № 123 от 1997 г.) [38].

Внимание заслуживает деятельность Группы консультантов, работающей по решению Министерства народного образования по вопросам детей с особыми потребностями в области развития и образования. Группа была создана указом № 16 Министерства народного образования от 24 марта 2016 г. В ее состав входят 37 специалистов (специальные педагоги и психологи, представители органов государственной и муниципальной власти). Цель работы Группы консультантов – подготовка предложений по новым направлениям организации системы образования детей и молодежи с особыми потребностями. В первом Проекте, подготовленном членами Группы 7 июня 2016 г., раскрываются вопросы установления функционального диагноза нарушений, принципов разработки образовательных программ с учетом зоны актуального, ближайшего и перспективного развития и содержания индивидуальных образовательно-терапевтических программ для детей, нуждающихся в ранней реабилитации или находящихся в группе риска нарушений развития, а также детей дошкольного и школьного возраста.

Юридическо-концептуальные направления деятельности и содержание системы народного образования в Польше в перспективе предполагают внедрение структурных элементов концепции Л.С. Выготского о психическом развитии человека в практическую деятельность: создание центров ранней помощи и ранней реабилитации, центров психолого-педагогической помощи, специальных, интеграционных, инклюзивных школ (особенно начальных). Кроме того, предусмотрено создание центров логопедической и реабилитационной помощи, действующих в системе здравоохранения, а также центров, работающих в

структурах негосударственных учреждений. В документах и на сайте данных учреждений присутствуют ссылки на научное наследие Л.С. Выготского, адресованные родителям и работникам образования.

В предложениях по организации образовательных, реабилитационных и терапевтических центров подчеркивается, что их успешность в развитии здоровых детей и детей с ограниченными возможностями непосредственно связана с использованием научных подходов Л.С. Выготского. Особенно эффективность его методов проявляется в терапевтической и коррекционной работе с детьми, нуждающимися в специализированных методах стимуляции их развития.

Воплощение научных идей Л.С. Выготского в научных исследованиях

Учение Л.С. Выготского является теоретико-методологической основой многих научных теоретических и эмпирических исследований, проводимых в Польше, связанных с психологией, педагогикой, специальной педагогикой, с методологическими основами подготовки студентов в высших учебных заведениях.

Теория зоны ближайшего развития часто упоминается в публикациях известных польских психологов, таких как: Анна Бжезинская (Варшава) [2; 3], Станислав Ковалик (Познань) [16], Роман Оссовский (Быдгощь) [25], Хелена Сенк (Варшава) [34; 35], Бассам Аоуиль (Быдгощь) [1], Барьбара Кая (Быдгощь) [14], Дайна Кольбушевская (Познань) [15], Павел Курек (Кельце) [21]; а также в работах таких педагогов, как: Эва Филипяк (Быдгощь) [5], Эдита Грущик-Кольчинская (Варшава) [9; 10; 11], Гражина Красович-Купис [17], Збигнев Кветинский (Торунь) [22], Уршула Ошва (Люблин) [26; 27]. Разумеется, концепция зоны ближайшего развития отражена и в трудах специальных педагогов: Эвы Кулеши (Варшава) [18; 19; 20], Мирослава Рутковского (Кельце) [32; 33], Алиции Гермаковской (Кельце) [7; 8], Маженны Заорской (Ольштын) [42; 43; 44].

Исследования Анны Бжезинской и соавторов [2; 3] посвящены проблемам развития детей дошкольного и школьного возраста и формирования высших психических функций (речи и мышления) с точки зрения концепции Л.С. Выготского. В работах Станислава Ковалика [16] раскрыты вопросы успешности реабилитации, психотерапии и социализации лиц с ограниченными возможностями, особенно с нарушениями умственного развития. Положения школы Л.С. Выготского рассматриваются в работах Романа Оссовского [25] и Барьбары Каи [14] в контексте проблем психосоциального развития лиц с ограниченными возможностями, имеющих нарушения зрительных функций (незрячих и слабовидящих). В работах Бассама Аоуиля [1], Дайны Кольбушевской [15] и Павла Курека [21] представлены возможности использования концепции Л.С. Выготского в условиях современности применительно к развитию традиционных гуманистических представлений (трансгуманизм, постдарвинизм).

Ряд других польских ученых также применяют и развивают идеи Л.С. Выготского в своей педагогической деятельности. Гражина Красович-Купис [17] занимается дошкольным и начальным обучением детей. Эдита Грущик-Кольчинская

[9; 10; 11] и Уршула Ошва [26; 27] изучают возможности развития математических компетенций у детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Эва Филипяк [5], Анна Фрыдрихович, Эльжбета Козневская, Анджей Матушевский, Эльжбета Звединская [6], Анна Гжондковская, Магдалена Петшак-Кужац, Патриция Русяк [12], Рената Михалык, Эльжбета Мисёрна [24], а также Катажина Щчепковка-Щцесняк, Катажина Унишевская, Лидя Пеляшек и Мирослава Сухоцкая [36] воплощают концепцию Л.С. Выготского в обучении детей младшего школьного возраста. Збигнев Кветинский применяет эти идеи для описания теоретико-методологических проблем современной педагогики [22].

Эва Кулеша [18; 19; 20] описывает возможности коррекции детей дошкольного возраста с нарушениями умственного развития. Мирослав Рутковский [32; 33] воплощает идеи Л.С. Выготского в процессе обучения и воспитания детей с нарушениями умственного развития. Алиция Гермаковская [7; 8] занимается развитием речи, мышления и коррекцией дискалькулии. А Маженна Заорская [42; 43; 44], Тадеуш Маевский [23], Ёанна Длуская, Малгожата Карвовская и Веслава Карасинская [4] – обучением, воспитанием, реабилитацией детей и молодежи с одновременными нарушениями слуха и зрения (слепоглухих).

Существенное влияние на развитие отечественной науки оказывают научные конференции, семинары, симпозиумы, организаторами которых выступают высшие учебные заведения Польши. Дискуссия концентрируется на актуальных вопросах развития современных людей, в том числе лиц с особыми потребностями. Вниманию аудитории представляются исследования и результаты практических проектов, в основе которых лежат положения теории Л.С. Выготского [40; 41]. Например, в 2010 году благотворительная организация «Продесте» на базе специализированного центра реабилитации и развития детей с особыми потребностями и ограниченными возможностями здоровья «Анимус», провела научный терапевтический эксперимент «Общение – путь к познанию и развитию». В эксперименте участвовали родители и их дети. Всего участвовало 24 ребенка с нарушениями в развитии: 10 детей с расстройствами аутистического спектра и сложной структурой нарушенного развития; остальные дети – с синдромом Ангельмана и другими редкими генетическими заболеваниями. Все участники проживали в Опольском воеводстве. Дети в возрасте от трех до девяти лет не пользовались вербальными средствами общения. Специальная работа, построенная на концепции зоны ближайшего развития и направленная на развитие невербального общения у детей, проводилась в семьях и в специальном учреждении. Родители были проинструктированы о том, как наладить невербальный контакт с ребенком, учитывая его возможности и ограничения, как использовать повседневные ситуации для развития невербальной коммуникации. Для каждого ребенка в индивидуальном режиме были определены конкретные методы невербального общения. За три года эксперимента (с 2005 по 2008 год) уровень общения детей повысился: они научились сообщать о повседневных нуждах, овладели навыками диалога с членами семьи и другими детьми. Также в задачи эксперимента входило проведение работы по профилактике эмоционального выгорания родителей, возникающего в процессе борьбы за здоровье своих детей. Осуществлялась коррекция представлений родителей о том, что невербальные средства общения ограничивают и даже губят возможность

развития устной речи. Результаты эксперимента показали, что невербальное общение стимулирует развитие простых навыков вербальной коммуникации, которые не всегда развиваются в результате традиционно реализуемой логотерапии [13].

В Польше актуальны и научные исследования по вопросам специфики развития современных детей и молодежи, совершенствования эффективности реабилитации, образования, терапии детей с нарушениями развития (олигофренопедагогика, сурдопедагогика, тифлопедагогика, логопедия), основа которых представлена в идеях Л.С. Выготского [42; 43; 44].

Воплощение научных идей Л.С. Выготского в области подготовки и совершенствования компетенции специалистов

Следующее направление, в котором реализуются идеи Л.С. Выготского, относится к подготовке студентов психологического, педагогического (в том числе в области специальной педагогики), логопедического профилей к профессиональной деятельности. Концепция Л.С. Выготского включена в учебные программы профильных дисциплин (общей, возрастной и педагогической психологии, основ логопедии, специальной педагогики и психологии) и отражена в учебно-методических материалах (например, в курсах для студентов).

Иными формами профессиональной подготовки являются курсы повышения квалификации и переподготовки специалистов. В них принимают участие уже самостоятельно практикующие учителя, воспитатели, психологи, педагоги, специальные педагоги, логопеды. Отдельные академические часы (это зависит от формы и организации обучения) выделяются для изучения психологических основ развития детей с учетом идей Л.С. Выготского.

Кроме того, в Польше совершенствованием профессиональных знаний и умений работников сферы образования и реабилитации занимаются специализированные фирмы. Они организуют курсы по изучению творческого развития детей и молодежи, а также предлагают специальные программы, представляющие исключительно концепцию Л.С. Выготского. Однако качество и практическая эффективность таких курсов вызывает сомнение в силу ориентации их организаторов на бизнес-цель. В качестве примеров таких организаций можно привести Гданьский центр психолого-педагогической помощи и психолого-педагогической терапии, информационный сервис «Образование в Польше», варшавский интернет-проект «EDU», Фонд поддержки развития лиц с особыми потребностями в Варшаве (<http://odpoczatku.pl/public/web/content/id/99>), Центр аудиопсихофонологии в Варшаве (<http://www.centrumapf.pl>).

Воплощение научных идей Л.С. Выготского в практике образования детей со сложными нарушениями развития

Вопросам развития лиц с нарушениями интеллектуального развития, слуха, зрения и одновременными нарушениями слуха и зрения в теории и практике польской специальной педагогики уделяется особое внимание.

Идеи и подходы Л.С. Выготского применяются в ряде работ, посвященных слуховым и зрительным нарушениям [23; 42; 43; 44], в которых описаны содержательные и процессуальные особенности диагностики (всех возрастных групп с учетом степени нарушений слуха и зрения), планирования процесса реабилитации, обучения и воспитания, психолого-педагогической терапии и социализации, подготовки к жизни людей с нарушениями в зрелом возрасте, формирования общения с окружающей средой, повышения значимости ближайшего окружения ребенка в стимуляции его развития и в осуществлении задач специализированного воздействия.

В практике данные идеи воплощаются в индивидуальных образовательно-терапевтических программах, на которых построена работа в отделениях для слепоглохих детей в Польше. Такие отделения действуют в структуре специальных школ-интернатов для слепых и слабовидящих учащихся в городах Быдгоще, Лясках (недалеко от Варшавы), Радоме (где обучаются дети, у которых, кроме сенсорных нарушений, имеется интеллектуальная недостаточность разной степени).

В таких отделениях специальное обучение проводится в три этапа: первый – подготовительный к школьному обучению, целью которого является воспитание навыков культурного поведения, самообслуживания и общения с использованием невербальной коммуникации; второй – этап обучения в начальной школе (1–3 классы), в ходе которого осуществляется реализация индивидуальных программ, направленных на обогащение знаний об окружающем мире, развитие общения и социального поведения, формирование навыков чтения и письма; третий – этап обучения в средней школе (4–6 классы), ориентированный на развитие и совершенствование знаний, навыков социального взаимодействия и на подготовку детей к самостоятельной жизни в обществе.

Информирование общества о концепции Л.С. Выготского и ее роли в понимании законов развития человека и его подготовки к взрослой жизни

Для решения этой задачи, прежде всего, используются интернет-ресурсы профильных организаций, непосредственно работающих с лицами, имеющими нарушения развития и особые потребности, а также фондов, дошкольных и школьных учреждений, занимающихся обучением и воспитанием детей и молодежи с нарушениями развития. Например, информационный портал для лиц с нарушениями развития Велькопольского воеводства «Пион».

Организация «Образование и диалог», расположенная в пригороде Варшавы – Ломянки, проводит курсы для детей и молодежи, а также для родителей, заинтересованных в развитии памяти и норм общественного поведения, разработанные на основе учения Л.С. Выготского. Программы данных курсов подготовлены психологами Варшавского университета, профессорами Анной Матчак и Эвой Чернявской.

Заклучение

Можно заключить, что концепция Л.С. Выготского в Польше широко реализуется в деятельности образовательных учреждений (общеобразовательных, интегративных, инклюзивных, ранней реабилитации, дошкольных, гимназий, на уровне начальной и средней школы), предоставляющих образовательные услуги для детей и молодежи с условно нормативным и нарушенным типами развития. Научные взгляды Л.С. Выготского используются в подготовке кадров (психологов, педагогов, специальных педагогов, логопедов) и в повышении педагогических компетенций родителей. Кроме того, концепция Л.С. Выготского является методологической базой для большинства научных исследований в области обучения и воспитания детей с особенностями в развитии. Интерес к концепции Л.С. Выготского в Польше, несмотря на происходящие изменения в развитии науки и техники, не угасает, что подтверждается значительным объемом законодательных норм Министерства народного образования, сформулированных на основополагающих идеях его учения.

Литература

1. *Aouil B.* Rozwój procesualnych aspektów myślenia w świetle związków z rozwojem osobowości dzieci z uszkodzeniem słuchem / J. Trempały (ed.) // *Rozwijający się człowiek.* Bydgoszcz: Wydawnictwo WSP, 1995. S. 146–153.
2. *Brzezińska A., Lutomski G.* Dziecko w świecie ludzi i przedmiotów. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2000. 258 s.
3. *Brzezińska A., Czuba T., Lutomski G., Smykowski B.* Dziecko w zabawie i świecie języka. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 1995. 326 s.
4. *Dłuska J., Karwowska M., Karasińska W.* Świat w zasięgu ręki. Bydgoszcz: SOSW, 2011. 127 s.
5. *Filipiak E.* Nauczanie rozwijające we wczesnej edukacji według L.S. Wygotskiego. Od teorii do zmiany w praktyce. Bydgoszcz: Wydawnictwo ArtStudio, 2015. 230 s.
6. *Frydrychowicz A., Koźniewska E., Matuszewski A., Zwierzyńska E.* Skala Gotowości Szkolnej Dziecka. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, 2006. 72 s.
7. *Giermakowska A.* Terapia pedagogiczna / W. Pileckiej, M. Rutkowski (eds.) // *Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w drodze ku dorosłości.* Kraków: Wydawnictwo Impuls, 2009. S. 188–204.
8. *Giermakowska A.* Edukacja / W. Pileckiej, M. Rutkowski (eds.) // *Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w drodze ku dorosłości.* Kraków: Wydawnictwo Impuls, 2009. S. 334–350.

Zaorska M. Воплощение научных идей Л.С. Выготского в практику образования детей с ограниченными возможностями здоровья в Польше
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 1. С. 18–32.

Zaorska, M. The Embodiment of Scientific Ideas of L.S. Vygotsky into the Education Practice of Children with Disabilities
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 1, pp. 18–32.

9. *Gruszczek-Kolczyńska E., Zielińska E.* Dziecięca matematyka dwadzieścia lat później. Kraków: CEBP, 2015. 254 s.
10. *Gruszczek-Kolczyńska E.* Starsze przedszkolaki. jak skutecznie je wychowywać i kształcić w przedszkolu i domu. Kraków: CEBP, 2014. 419 s.
11. *Gruszczek-Kolczyńska E.* Edukacja matematyczna w klasie I. Książka dla nauczycieli i rodziców. Cele i treści kształcenia, podstawy psychologiczne i pedagogiczne oraz opisy zajęć z dziećmi. Kraków: CEBP, 2014. 283 s.
12. *Grządkowska A., Pietrzak-Kurzac M., Rusiak P.* Umiejętności społeczne dzieci. Dla wszystkich starczy miejsca pod wielkim dachem nieba. Dziecko z rodziny dysfunkcyjnej w szkole. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, 2006. 56 s.
13. *Ławicka J.* Komunikacja – droga poznania i rozwoju [Электронный ресурс]. URL: <http://www.prodeste.pl> (дата обращения: 10.02.2016).
14. *Kaja B.* Zarys terapii dziecka. Bydgoszcz: Wydawnictwo WSP, 1995. 169 s.
15. *Kolbuszewska D.* Ukierunkowanie na sferę najbliższego rozwoju // Edukacja i Dialog. 2005. № 4. S. 12–15.
16. *Kowalik S.* Psychologia niepełnosprawności umysłowej / H. Sęk (ed.) // Psychologia kliniczna: t. 2. Warszawa: PWN, 2007. S. 135–155.
17. *Krasowicz-Kupis G.* Rozwój i ocena umiejętności czytania dzieci sześciolletnich. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, 2006. 52 p.
18. *Kulesza E.M.* Ruch, wzrok, słuch – podstawa uczenia się. Warszawa: Wydawnictwo APS, 2011. 24 s.
19. *Kulesza E.M.* Rehabilitacja dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Warszawa: Wydawnictwo APS, 2005. 254 s.
20. *Kulesza E.M.* Rozwijanie przedmiotowo-zabawowej działalności dzieci niepełnosprawnych umysłowo w stopniu lekkim. Warszawa: Wydawnictwo APS, 2000. 124 s.
21. *Kurek P.* Kulturowo-historyczna koncepcja rozwoju Lwa Wygotskiego / W. Pileckiej, M. Rutkowski (ed.) // Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w drodze ku dorosłości Kraków: Wydawnictwo Impuls, 2009. S. 42–48.
22. *Kwieciński Z.* Pedagogika postu. Preteksty – konteksty – podteksty. Kraków: Wydawnictwo Impuls, 2012. 422 s.
23. *Majewski T.* Edukacja i rehabilitacja osób głuchoniewidomych. Warszawa: PZN, TPG, 1995. 188 s.
24. *Michalak R., Misiorna E.* Konteksty gotowości szkolnej. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, 2006. 52 s.

25. *Ossowski R.* Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji. Bydgoszcz: Wydawnictwo WSP, 1999. 375 s.

26. *Oszwa U.* Rozwój i ocena umiejętności matematycznych dzieci sześcioletnich. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, 2006. 44 s.

27. *Oszwa U.* Psychologiczna analiza procesów operowania liczbami u dzieci z trudnościami w matematyce. Lublin: Wydawnictwo UMCS, 2009. 318 s.

28. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. «W sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach», Dz. U., z dnia 7 maja 2013r. Poz. 532.

29. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej zmieniające rozporządzenie «W sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych i integracyjnych», z dnia 28 sierpnia 2012 r., Dz. U. z dnia 31 sierpnia 2012 r. Poz. 982.

30. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 2 sierpnia 2013 r. «Zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych», Dz. U. z dnia 22 sierpnia 2013. Poz. 958.

31. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 r. «W sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci», Dz. U., z dnia 29 października 2013r. Poz. 1257.

32. *Rutkowski M.* Nauczyciele, rodzice i rówieśnicy jako osoby znaczące dla ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w okresie późnego dzieciństwa / W. Pileckiej, M. Rutkowski (eds.) // Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w drodze ku dorosłości Kraków: Wydawnictwo Impuls, 2009. S. 382–390.

33. *Rutkowski M.* Szkoła podstawowa jako mikro-środowisko edukacyjne / W. Pileckiej, M. Rutkowski (eds.) // Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w drodze ku dorosłości. Kraków: Wydawnictwo Impuls, 2009. S. 459–467.

34. *Sęk H.* Psychologia kliniczna: T. 1. Warszawa: PWN, 2005. 363 s.

35. *Sęk H.* Psychologia kliniczna: T. 2. Warszawa: PWN, 2007. 358 s.

36. *Szczepkowska-Szczeniak K., Uniszewska K., Pielaszek L., Suchocka M.* Osiągnięcie samodzielności. Droga do samodzielności – przygotowanie na przyjęcie dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, 2006. 72 s.

37. Uchwała Sejmu RP z 1 sierpnia 1997 r. «Karta Praw Osób Niepełnosprawnych», Monitor Polski Nr 50. Poz. 474 i 475.

Zaorska M. Воплощение научных идей
Л.С. Выготского в практику образования детей с
ограниченными возможностями здоровья в Польше
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 1. С. 18–32.

Zaorska, M. The Embodiment of Scientific Ideas of
L.S. Vygotsky into the Education Practice of Children
with Disabilities
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 1, pp. 18–32.

38. Ustawa «O rehabilitacji społecznej, zawodowej i zatrudnianiu osób niepełnosprawnych», Dz. U., z dnia 27 sierpnia 1997 r., nr 123. Poz. 776.
39. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. «O systemie oświaty», Dz.U. 1991 nr 95 poz. 425.
40. *Wygotski L.S.* Wybrane prace psychologiczne. Warszawa: PWN, 1971. 370 s.
41. *Wygotski L.S.* Myślenie i mowa. Warszawa: PWN, 1989. 415 s.
42. *Zaorska M., Lew S.* Wygotski o wychowaniu dzieci głuchoniewidomych // Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo. T. 8. № 2. 2008. S. 7–16.
43. *Zaorska M.* System edukacji i rehabilitacji głuchoniewidomych w Rosji / Z. Palak (ed.) // Edukacyjne i rehabilitacyjne konteksty rozwoju osób niepełnosprawnych w różnych okresach ich życia. Lublin: Wydawnictwo UMCS, 2010. S. 233–245.
44. *Zaorska M.* Rozwój kulturowy dziecka w koncepcji L.S. Wygotskiego // Acta Universitatis Nicolai Copernici. Pedagogika. 2012. № 4. S. 29–48.

The Embodiment of Scientific Ideas of L.S. Vygotsky into the Education Practice of Children with Disabilities

Zaorska, M.,

Dr. Sci. (Pedagogic), Professor, Chair of Special Education, Department of Social Sciences, University of Warmia and Mazury, Member of the Committee of Pedagogical Sciences, Polish Academy of Science, Olsztyn, Poland, mzaorska@poczta.onet.pl

In present article, methods for analyzing and describing the embodiment of Vygotsky's concept in the development of Polish psychology, pedagogy and special pedagogy are presented. Special attention is paid to the use of L.S. Vygotsky's concept in educational institutions. Work of such institutions aims for perfection and psycho-pedagogical therapy of children and young people with special educational needs. The main directions of work in the sphere of education of children and young people are considered, in which the influence of Vygotsky's ideas are especially noticeable: early rehabilitation, preschool education, school, gymnasium and middle school education.

Keywords: L.S. Vygotsky concept, Poland, psychology, special pedagogy, special psychology, rehabilitation, training of specialists.

References

1. Aouil B. The development of processual aspects of thinking in the light of the compounds of the personality development of children with damaged hearing. In J. Trempala (ed.) *Developing man*. Bydgoszcz: WSP, 1995, pp. 146–153.
2. Brzezinska A., Lutomsky G. A child in a world of people and objects. Poznan: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2000. 258 p.
3. Brzezinska A., Czuba T., Lutomsky G., Smykowsky B. The child in the sport and the world of language. Poznan: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 1995. 326 p.
4. Dluska J., Karwowska M., Karasinska W. World at your fingertips. Bydgoszcz: SOSW, 2011. 127 p.
5. Filipiak E. Teaching developing in early childhood education by L.S. Vygotsky. From theory to practice changes. Bydgoszcz: Wydawnictwo ArtStudio, 2015. 230 p.

6. Frydrychowicz A., Koźniewska E., Matuszewski A., Zwierzyńska E. School Readiness Scale for Children. Warszawa: Methodological Centre for Psychological and Pedagogical, 2006. 72 p.
7. Giermakowska A. Pedagogical therapy. In W. Pielecka, M. Rutkowski (eds.) *Children with special educational needs on the way to adulthood*. Kraków: Wydawnictwo Impuls, 2009, pp. 188–204.
8. Giermakowska A. Education. In W. Pielecka, M. Rutkowski (eds.) *Children with special educational needs on the way to adulthood*. Kraków: Wydawnictwo Impuls, 2009, pp. 334–350.
9. Gruszczyk-Kolczynska E., Zielinska E. Children mathematics twenty years later. Kraków: CEBP, 2015. 254 p.
10. Gruszczyk-Kolczynska E. Older preschoolers. How to effectively educate them and educate kindergarten and home. Kraków: CEBP, 2014. 419 p.
11. Gruszczyk-Kolczynska E. Mathematics Education in Class I. The book for teachers and parents. The objectives and content of education, psychological and pedagogical basis and descriptions of activities with children. Kraków: CEBP, 2014. 283 p.
12. Grzadzowska A., Pietrzak-Kurzac M., Rusiak P. Social skills of children. For all enough space under the big roof of the sky. The child of a dysfunctional family in school. Warszawa: Methodological Centre for Psychological and Pedagogical, 2006. 56 p.
13. Lawicka J. Communication – the path to knowledge and development. URL: <http://www.prodeste.pl> (Accessed 10.02.2016).
14. Kaja B. Outline of child's therapy. Bydgoszcz: WSP, 1995. 169 p.
15. Kolbuszewska D. Focus on the realm of proximal development. *Education and Dialogue*, 2005, no. 6, pp. 12–15.
16. Kowalik S. Psychology mental disability. In H. Sek H. (ed.). *Clinical psychology*, vol. 2. Warszawa: PWN 2007, pp. 135–155.
17. Krasowicz-Kupis G. Development and evaluation of reading skills of children six. Warszawa: Methodological Centre for Psychological and Pedagogical, 2006. 52 p.
18. Kulesza E.M. Movement, sight, hearing – the Basic of learning. Warszawa: Wydawnictwo APS, 2011. 24 p.
19. Kulesza E.M. Rehabilitation of children with intellectual disabilities. Warszawa: Wydawnictwo APS, 2005. 254 p.
20. Kulesza E.M. Developing Content and playgroup activities of mentally handicapped children with mild. Warszawa: Wydawnictwo APS, 2000. 124 p.

21. Kurek P. Cultural-historical concept development of Lev Vygotsky. In W. Pielecka, M. Rutkowski (eds.). *Children with special educational needs on the way to adulthood*. Kraków: Wydawnictwo Impuls, 2009, pp. 42–48.
22. Kwiecinski Z. *Pedagogy post. The pretexts – contexts – overtones*. Krakow: Wydawnictwo Impuls, 2012. 422 p.
23. Majewski T. *Education and rehabilitation of deafblind*. Warszawa: PZN TPG, 1995. 188 p.
24. Michalak R., Misiorna E. *Contexts school readiness*. Warszawa: Methodological Centre for Psychological and Pedagogical, 2006. 52 p.
25. Ossowski R. *Theoretical and practical basis for rehabilitation*. Bydgoszcz: Wydawnictwo WSP, 1999. 375 p.
26. Oszwa U. *Development and evaluation of mathematical skills of children six*. Warszawa: Methodological Centre for Psychological and Pedagogical, 2006. 44 p.
27. Oszwa U. *Psychological analysis processes operate numbers of children with difficulties in mathematics*. Lublin: Wydawnictwo UMCS, 2008. 318 p.
28. Regulation of the Minister of National Education of 30 April 2013. "The principles of providing and organizing psychological and pedagogical assistance in public kindergartens, schools and institutions". Law of 7 May 2013, Item 532.
29. Regulation of the Minister of National Education amending Regulation "In the conditions of the organization of teaching, education and care for children and youth with disabilities and socially maladjusted in kindergartens, schools and public offices and integration" of 28 August 2012. Dz. U. of 31 August 2012, Pos. 982.
30. Regulation of the Minister of National Education dated 2 August 2013. "Changing the regulation on conditions for organizing training, education and care for children and youth with disabilities and socially maladjusted in kindergartens, schools and public offices or integration". Law of August 22, 2013, Item 958.
31. Regulation of the Minister of National Education of 11 October 2013. "In the organization of early support development of children". Law of 29 October 2013. Pos. 1257.
32. Rutkowski M. Teachers, parents and peers as being significant for a student with special educational needs during late childhood. In W. Pielecka, M. Rutkowski (eds.) *Children with special educational needs on the way to adulthood*. Kraków: Wydawnictwo Impuls, 2009, pp. 382–390.
33. Rutkowski M. School as a micro-educational environment. In Pielecka W., Rutkowski M. (eds.) *Children with special educational needs on the way to adulthood*. Kraków: Wydawnictwo Impuls, 2009, pp. 459–467.

Заорска М. Воплощение научных идей
Л.С. Выготского в практику образования детей с
ограниченными возможностями здоровья в Польше
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 1. С. 18–32.

Zaorska, M. The Embodiment of Scientific Ideas of
L.S. Vygotsky into the Education Practice of Children
with Disabilities
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 1, pp. 18–32.

34. Sek H. Clinical psychology: vol. 1. Warszawa: PWN, 2005. 363 p.
35. Sek H. Clinical psychology: vol. 2. Warszawa: PWN, 2007. 358 p.
36. Szczepkowska-Szczesniak K., Uniszewska K., Pielaszek L., Suchocka M. Achieving self-reliance. The road to independence – to prepare for the adoption of a child with special educational needs. Warszawa: Methodological Centre for Psychological and Pedagogical, 2006. 72 p.
37. Resolution of the Sejm of 1 August 1997. "Charter of Rights of Persons with Disabilities", *Polish Monitor*, no. 50, Item 474-475.
38. The law "About social rehabilitation, vocational and employment of disabled persons", Law of 27 August 1997, no. 123, Item 776.
39. Act of 7 September 1991. "The education system", Laws of 1991, no. 95, Item 425.
40. Wygotski L.S. Selected works psychological. Warszawa: PWN, 1971. 370 p.
41. Wygotski L.S. Thinking and speech. Warszawa: PWN, 1989. 415 p.
42. Zaorska M. Lev S. Vygotsky about the education of deaf-blind children. *Man – Disability – Societ*, 2008, vol. 8, no. 2, pp. 7–16.
43. Zaorska M. The system of education and rehabilitation of deafblind in Russia. In Palak Z. (ed.) *Educational and rehabilitation contexts of development of people with disabilities in different periods of their lives*. Lublin: Wydawnictwo UMCS, 2009, pp. 233–245.
44. Zaorska M. Cultural development of the child in the concept of L.S. Vygotsky. *Acta Universitatis Nicolai Copernici. Pedagogika*, 2012, no. 4, pp. 29–48.

Чувствительность к справедливости и психологическое благополучие у несовершеннолетних правонарушителей мужского пола

Астанина Н.Б.,

кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии, Воронежский филиал Московского гуманитарно-экономического института (МГЭИ), Воронеж, Россия, astanina.nadya@yandex.ru

Исследование посвящено изучению взаимосвязи психологического благополучия и чувствительности к справедливости у несовершеннолетних правонарушителей мужского пола. Был опрошен 171 респондент в возрасте от 13 до 18 лет, среди них 82 правонарушителя и 89 правопослушных подростков. Для исследования изучаемых переменных были использованы методики: опросник чувствительности к справедливости М. Шмитта, измеряющий чувствительность к справедливости с разных ролевых позиций, и Шкала психологического благополучия Варвик–Эдинбург. Выявлено, что правонарушители значимо более чувствительны к справедливости по сравнению с правопослушными подростками. Психологическое благополучие правонарушителей положительно связано со всеми видами чувствительности к справедливости: с чувствительностью к справедливости с позиции жертвы, а также с трех других ролевых позиций – свидетеля, бенефициара, нарушителя, составляющих просоциальную чувствительность к справедливости. В группе правопослушных подростков значимые связи психологического благополучия и чувствительности к справедливости не обнаружены.

Ключевые слова: чувствительность к справедливости, несовершеннолетние правонарушители, психологическое благополучие, подростки.

Для цитаты:

Астанина Н.Б. Чувствительность к справедливости и психологическое благополучие у несовершеннолетних правонарушителей мужского пола [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 1. С. 33–47. doi: 10.17759/psyclin.2017060103

For citation:

Astanina, N.B. Justice Sensitivity and Mental Well-Being among Male Juvenile Offenders [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i

[spetsial'naia psikhologiiia], 2017, vol. 6, no. 1, pp. 33–47. doi: 10.17759/psycljn.2017060103 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Одними из самых актуальных и социально значимых задач, стоящих перед нашим обществом сегодня, являются поиск путей снижения роста правонарушений среди молодежи и повышение эффективности профилактики делинквентного поведения. Переживание психологического неблагополучия считается одной из причин формирования противоправного поведения подростков, а также их криминализации и суицидоопасного поведения в местах лишения свободы [3; 12]. В связи с этим изучение факторов психологического благополучия подростков – правонарушителей весьма важно для оптимизации процессов профилактики и психологической коррекции личности правонарушителя, а также для повышения потенциала воспитательных мер в местах социальной изоляции.

Согласно результатам последних исследований, гораздо более важный вклад в психологическое благополучие вносят не внешние события и объективные условия жизни, а индивидуально-психологические особенности: черты, ценности, установки, которые формируются при жизни и опосредуют эффекты врожденных и средовых факторов [4].

Целью данного исследования является изучение связи психологического благополучия и чувствительности к справедливости у несовершеннолетних правонарушителей мужского пола.

Многочисленные наблюдения психологов и педагогов, работающих с подростками, свидетельствуют, что потребность в справедливости у них выражена гораздо ярче, чем у детей и взрослых. Результаты наблюдений подтверждаются рядом зарубежных исследований [9; 13; 16; 17].

Согласно результатам исследования веры в справедливый мир у несовершеннолетних правонарушителей, потребность в справедливости у них выражена в большей степени, чем у правопослушных подростков [1]. У правонарушителей значимо выше вера в общую справедливость мира, связанная, в отличие от веры в справедливость по отношению к себе, преимущественно с антисоциальными установками. Помимо этого, у них искажена композиция веры в справедливый мир: вера в общую справедливость преобладает над верой в справедливость по отношению к себе, что может ассоциироваться с переживаниями «обойденности судьбой», несправедливости и обострять желание восстанавливать справедливость, в том числе криминальными способами. Наблюдения пенитенциарных психологов также свидетельствуют о большом интересе правонарушителей к теме справедливости: у подростков – правонарушителей ярко выражено свойство рассматривать себя как жертв несправедливого обращения [3; 10].

Исследование К. Дальберт (С. Dalbert), проведенное в колониях Германии, показало, что, напротив, вера в справедливый мир является ресурсом для психологического благополучия и просоциального поведения правонарушителей [14]. В исследовании была выявлена положительная связь веры заключенных в справедливость мира по отношению к себе со склонностью к контролю гнева, которую К. Дальберт объяснила наличием своего рода «договора» человека и мира о взаимном бережном отношении. Исследование также показало, что с течением срока пребывания в колонии вера в справедливый мир снижается.

Несмотря на очевидную научную и практическую значимость проблемы отношения к справедливости у несовершеннолетних правонарушителей, к настоящему моменту она остается недостаточно изученной. Поэтому исследование связи чувствительности к справедливости с психологическим благополучием у несовершеннолетних правонарушителей весьма актуально.

Наше исследование базируется на концепции чувствительности к справедливости немецкого психолога М. Шмитта (М. Schmitt), согласно которой *чувствительность к справедливости* (ЧС) – это черта личности, которая проявляется как готовность воспринимать и эмоционально сильно реагировать на случаи несправедливости [17]. Выраженность ЧС описывается при помощи четырех индикаторов: частоты переживаемой несправедливости; интенсивности эмоциональных реакций на несправедливость; устойчивости мыслей о несправедливых событиях; мотивации к восстановлению справедливости [7; 17].

Большинство исследователей ЧС рассматривали этот конструкт с точки зрения жертвы неблагоприятных обстоятельств [5; 8]. Однако поскольку эпизоды несправедливости вовлекают большое число причастных к событию людей, выполняющих разные социальные роли, М. Шмитт предлагает рассматривать четыре вида чувствительности к справедливости: с позиции *жертвы* (victim sensitivity), *свидетеля* (observer sensitivity), *бенефициара* (beneficiary sensitivity) и *нарушителя* (perpetrator sensitivity). Чувствительность жертвы (Ч_{жертв}) проявляется в случае нарушения прав, ущемления интересов человека и сопровождается чувством гнева. Чувствительность свидетеля (Ч_{свид}) характерна для ситуаций, когда событие не затрагивает непосредственно интересов самого субъекта, но вызывает у него чувство морального возмущения. Чувствительность нарушителя (Ч_{наруш}) проявляется в случае, когда субъект получил выгоду в результате активного нарушения прав другого человека, а чувствительность бенефициара (Ч_{бенеф}) – когда субъект случайно получил выгоду за счет других. В двух последних случаях ведущая эмоция – чувство вины.

Согласно концепции М. Шмитта, реакции на несправедливость каждого из ролевых участников несправедливого события сопровождаются негативными переживаниями. При этом каждый из видов ЧС имеет социально-адаптивный смысл. В частности, чувствительность с позиции жертвы как черта личности хотя и является вредной для психологического благополучия особенностью, связанной положительно с враждебностью, завистью, недоверием людям, паранойей и

мстительностью, но в недружественной среде может оказаться весьма полезным качеством [8]. В ситуации конфликта чувствительность жертвы сопровождается страхом быть использованными другими людьми и превентивной агрессией и, таким образом, позволяет защитить свои границы.

Три других вида ЧС (Ч_{свид}, Ч_{бенеф}, Ч_{наруш}), напротив, сопровождаются просоциальной направленностью [7; 15]. В исследованиях С. Лотца (S. Lotz) было выявлено, что люди с высокими показателями Ч_{свид}, Ч_{бенеф}, Ч_{наруш} ведут себя в соответствии с декларируемыми ими нормами и склонны восстанавливать справедливость даже ценой личных потерь, что и позволило автору обобщить эти три качества в категорию *просоциальной чувствительности* (Ч_{просоц}).

Исследования на взрослой российской выборке, проведенные С.К. Нартовой-Бочавер совместно с нами, показывают, что в отношении психологического благополучия ни одно из измерений ЧС не является полезным. Напротив, некоторые виды ЧС оказывают негативное влияние на личность. Выявлено, что наиболее разрушительное влияние оказывает Ч_{жертв} [5; 6; 8].

В результате нашего предыдущего исследования, посвященного изучению ЧС у российских подростков, было выявлено, что в юношеском возрасте восприимчивость к справедливости значимо ниже по сравнению с подростковым [2]. Основной задачей текущего исследования является изучение особенностей ЧС и их сравнение в группах несовершеннолетних правонарушителей и законопослушных подростков, а также изучение связи ЧС и психологического благополучия в обеих группах.

Организация и процедура исследования

Гипотезой исследования стало предположение о более высокой ЧС у правонарушителей по сравнению с правопослушными подростками, а также об отрицательной связи ЧС и психологического благополучия в обеих группах респондентов.

В исследовании принял участие 171 подросток мужского пола от 13 до 18 лет. Контрольную группу составили 89 подростков, учащиеся школ и среднеспециальных учебных заведений г. Воронежа. В состав экспериментальной группы вошли 82 правонарушителя: воспитанники спецшколы для детей с девиантным поведением, воспитательной колонии, а также содержащиеся в следственном изоляторе г. Воронежа и Воронежской области.

Мы разделили экспериментальную группу на три подгруппы в зависимости от возраста, степени криминализации и длительности социальной изоляции. Первую подгруппу составили 19 подростков – воспитанников спецшколы, направленные в учреждение по решению суда за кражи; возраст подростков – 13-14 лет. В состав второй группы вошли 35 подростков, отбывающие наказание в воспитательной колонии; возраст – от 15 до 18 лет. Третью группу составили 28 подростков, содержащиеся в следственном изоляторе в статусе «обвиняемые» и «осужденные»,

возраст – от 16 до 18 лет. Правонарушители, находящиеся в колонии и в следственном изоляторе, обвиняются или осуждены за тяжкие и особо тяжкие преступления корыстной, агрессивной и агрессивно-насильственной ориентации.

По нашей просьбе к участию в исследовании психологи учреждений привлекали только подростков с сохраненным интеллектом.

Для достижения цели исследования были использованы следующие методики: 1) опросник чувствительности к справедливости М. Шмитта (Justice Sensitivity Inventory), включающий 4 шкалы, измеряющие чувствительность к справедливости с разных ролевых позиций; 2) Шкала психологического благополучия Варвик–Эдинбург (Warwick–Edinburgh Mental Well-being Scale).

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнение чувствительности к справедливости у правонарушителей и правопослушных подростков показало наличие значимых различий по всем видам ЧС: у правонарушителей показатели были значимо выше (табл. 1). Для сравнения применялся критерий Манна–Уитни.

Таблица 1

Результаты сравнения чувствительности к справедливости в группах правонарушителей и правопослушных подростков

Название шкалы	Средний ранг в группе правонарушителей (n=82)	Средний ранг в группе правопослушных подростков (n=89)	Статистика критерия	Уровень значимости
Чувствительность жертвы (Ч _{жертв})	95,22	78,37	2970	0,03
Чувствительность свидетеля (Ч _{свид})	93,97	79,53	3074	0,05
Чувствительность бенефициара (Ч _{бенеф})	102,42	71,66	2373	0,01
Чувствительность нарушителя (Ч _{наруш})	94,95	78,62	2993	0,03

Таким образом, правонарушители в большей степени склонны воспринимать и эмоционально реагировать на несправедливость по сравнению с правопослушными подростками. При этом выявлено, что они более чувствительны к справедливости и в случае воспринимаемого ими ущемления своих интересов (Ч_{жертв}), и в случае ущемления чужих интересов, когда они являются сторонними наблюдателями несправедливости (Ч_{свид}), либо случайными или активными виновниками несправедливости по отношению к другому человеку (Ч_{бенеф} и Ч_{наруш}).

В результате изучения взаимосвязи ЧС и психологического благополучия в группе правонарушителей выявлены значимые положительные корреляции психологического благополучия со всеми видами ЧС. В группе правопослушных подростков значимых корреляций не обнаружено (табл. 2). Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента ранговой корреляции Ч. Спирмена.

Таблица 2

Коэффициенты корреляции между шкалами опросника чувствительности к справедливости и Шкалой психологического благополучия в группах правопослушных подростков и правонарушителей

Правопослушные подростки		Правонарушители	
Виды чувствительности к справедливости	Психологическое благополучие	Виды чувствительности к справедливости	Психологическое благополучие
Чувствительность жертвы (Ч _{жертв})	0,063	Чувствительность жертвы (Ч _{жертв})	0,432*
Чувствительность свидетеля (Ч _{свид})	0,183	Чувствительность свидетеля (Ч _{свид})	0,494*
Чувствительность бенефициара (Ч _{бенеф})	0,049	Чувствительность бенефициара (Ч _{бенеф})	0,480*
Чувствительность нарушителя (Ч _{наруш})	0,115	Чувствительность нарушителя (Ч _{наруш})	0,586*

Примечание. * – $\rho \leq 0,01$.

Таким образом, вопреки нашему предположению, в группе правопослушных подростков ЧС не связана с психологическим благополучием, а для правонарушителей является не фактором снижения психологического благополучия, а, напротив, его ресурсом. Психологическое благополучие правонарушителей сопровождается их способностью замечать и эмоционально реагировать на случаи нарушения справедливости. При этом им важно быть чувствительными как с позиции жертвы, так и с трех других ролевых позиций (Ч_{свид}, Ч_{бенеф}, Ч_{наруш}), составляющих просоциальную чувствительность к справедливости, которая предполагает эмоциональную вовлеченность и стремление восстанавливать справедливость в случае ущемления чужих интересов.

Чувствительность к справедливости у правонарушителей выполняет, вероятно, ряд важных функций. Чувствительность жертвы – черта, являющаяся для взрослых людей определенно вредной в среде дружественной, для законопослушных подростков, согласно полученным результатам, становится не

полезной, в то время как для правонарушителей оказывается ресурсом. Повышенная Ч_{жертв}, вероятно, полезна в условиях враждебной среды, характерной для криминальных групп подростков в целом и, в частности, для воспитательных учреждений. Недружественность среды воспитательных учреждений обусловлена фактом социальной изоляции подростков, их особым статусом правонарушителя, а также нормами криминальной субкультуры, с которыми приходится неизбежно соприкасаться в следственных изоляторах, колониях, несколько меньше – в спецшколах. Ч_{жертв}, предполагающая постоянное ожидание несправедливого обращения по отношению к себе и готовность агрессивно реагировать на несправедливое обращение, в среде правонарушителей позволяет быть чувствительным к своим границам, защищать их, что обеспечивает возможность занимать и поддерживать высокий социальный статус в подростковой криминальной среде.

Вопрос о функциях просоциального блока ЧС для поддержания психологического благополучия правонарушителей, с нашей точки зрения, более дискуссионный. Не исключено, что просоциальная чувствительность также обслуживает потребность в защите своих границ. Так, в работах С. Лотца подробно изучена позиция свидетеля несправедливости, который в наиболее вероятном случае испытывает радость из-за того, что жертва это не он, и стремится исправить несправедливость, основываясь не столько на эмоциях, сколько на здравом расчете [7; 15]. Можно предположить, что подростки, более внимательные и чувствительные к тому, что происходит вокруг в среде учреждения, и в особенности к тому, за что поощряют, а за что наказывают, будут успешнее защищать свои границы и адаптироваться к условиям учреждения.

Вероятно также, что более благополучными оказываются те несовершеннолетние правонарушители, кто более дружелюбно настроен по отношению к людям. Несмотря на тот факт, что большая часть опрошенных нами подростков осуждены за совершение тяжких и особо тяжких преступлений, сложно делать выводы о степени устойчивости их криминальной мотивации. Известно, что среди несовершеннолетних правонарушителей помимо явно антисоциально настроенных, высока доля подростков с положительной и неустойчивой личностной направленностью [10; 11]. Первые совершают правонарушения под влиянием случайных обстоятельств в сочетании с легкомысленной оценкой действий. Мотивация вторых очень сильно зависит от среды: в просоциальном окружении для них характерны просоциальные мотивы, в антисоциальном – проявляются подражательная мотивация, а также страх отвержения и унижения группой. Под групповым давлением такие подростки становятся способными к совершению тяжких преступлений.

В условиях социальной изоляции воспитательных учреждений просоциальные установки могут проявляться у кого-то прямо, сопровождаясь чувством вины, а также под действием психологических защит, в виде иллюзорной цели в жизни. В этом случае жизнь на свободе неосознанно идеализируется, все хорошее выглядит еще более привлекательным, а трудности игнорируются. Подростки ждут, когда

выйдут на свободу, будут работать, помогать родителям, однако к моменту подготовки к освобождению начинают испытывать тревогу в связи с осознанием реальных трудностей жизни на свободе [3].

Вероятно, что просоциальный блок ЧС связан с психологическим благополучием правонарушителей, поскольку сопровождается укреплением их связи с внешним миром, преодолением чувства обособленности, обусловленного статусом правонарушителя, появлением надежды и цели в жизни.

С целью получения более точных данных о чувствительности к справедливости и его связи с психологическим благополучием у несовершеннолетних правонарушителей, мы проанализировали данные отдельно в трех группах: среди подростков, находящихся в спецшколе, в СИЗО и в воспитательной колонии.

Сравнение ЧС по критерию Краскелла–Уоллиса свидетельствует о наличии значимых различий: наиболее высокие показатели ЧС характерны для подростков, содержащихся в СИЗО, менее выражена ЧС у подростков из спецшколы и колонии (табл. 3).

Таблица 3

Результаты сравнения чувствительности к справедливости между группами правонарушителей, содержащихся в спецшколе, СИЗО и воспитательной колонии

Название шкалы	Средний ранг в группе подростков спецшколы (n=19)	Средний ранг в группе подростков СИЗО (n=28)	Средний ранг в группе подростков колонии (n=35)	Статистика критерия	Уровень значимости
Чувствительность жертвы (Ч _{жертв})	31,35	58,11	35,20	19,219	0,001
Чувствительность свидетеля (Ч _{свид})	40,33	55,27	32,34	14,233	0,001
Чувствительность бенефициара (Ч _{бенеф})	38,38	54,66	33,94	12,123	0,002
Чувствительность нарушителя (Ч _{наруш})	42,88	52,38	33,20	9,907	0,007

Для наглядности изучения различий в степени выраженности ЧС мы представили результаты измерения средних значений ЧС в трех группах подростков на рис. 1.

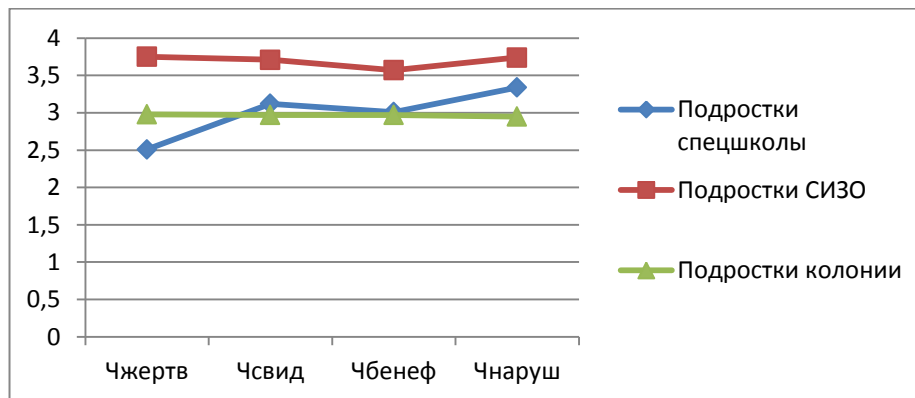


Рис. 1. Средние значения чувствительности к справедливости в группах правонарушителей, содержащихся в спецшколе, СИЗО и воспитательной колонии

Наиболее высокой ЧС по всем параметрам характеризуются правонарушители, содержащиеся в следственном изоляторе. Вероятно, что для этой категории правонарушителей тема справедливости особенно актуальна в связи с ожиданием суда, вынесением приговора, воздействием стрессовых факторов новой обстановки.

ЧС у воспитанников колоний и спецшколы значительно ниже по сравнению с подростками СИЗО, что, вероятно, связано с завершенностью для большинства подростков процесса адаптации к условиям изоляции, особому статусу правонарушителя, а также к своему положению в неформальной подростковой среде учреждений. По уровню своей ЧС эти категории правонарушителей ближе к правопослушным подросткам.

Изучение связи психологического благополучия с ЧС показывает также наличие особенностей в исследуемых группах. В группах подростков спецшколы и СИЗО психологическое благополучие значимо положительно связано с Чжертв; в группе воспитанников колонии – с Чсвид, Чбенеф, Чнаруш (табл. 4).

Таблица 4

Коэффициенты корреляции между шкалами опросника чувствительности к справедливости и Шкалой психологического благополучия в группах правонарушителей, содержащихся в спецшколе, СИЗО, воспитательной колонии

Название шкалы	Психологическое благополучие подростков СИЗО (n=28)	Психологическое благополучие подростков спецшколы (n=19)	Психологическое благополучие подростков колонии (n=35)
Чувствительность жертвы (Чжертв)	0,422*	0,493*	0,251
Чувствительность свидетеля (Чсвид)	0,281	0,328	0,507**

Чувствительность бенефициара (Ч _{бенеф})	0,337	0,229	0,505**
Чувствительность нарушителя (Ч _{наруш})	0,155	0,354	0,650**

Примечание. * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$.

Итак, результаты свидетельствуют, что психологическое благополучие правонарушителей СИЗО и спецшколы сопровождается чувствительностью к справедливости с позиции жертвы, в то время как для психологического благополучия подростков колонии большее значение имеет просоциальная чувствительность. Вероятно, в следственном изоляторе, где подросток только адаптируется к условиям социальной изоляции, чувствительность жертвы помогает сохранить и защитить свои границы, а также совладать с переживаниями в связи с новым статусом правонарушителя. В спецшколе, помимо этой функции, чувствительность жертвы также может помогать удовлетворять потребность в получении внимания. Не исключено, что в силу младшего возраста воспитанников спецшкол к позиции жертвы более толерантно относятся и сами подростки, и воспитатели. В условиях колонии чувствительность жертвы менее важна для психологического благополучия (корреляция положительна, но не значима). Среди воспитанников колонии, которые представляют собой наиболее криминализованную часть подростков, как это ни парадоксально, более благополучны те, кто сохраняет способность быть справедливым по отношению к другому человеку, даже в ущерб собственным интересам.

Заключение

Итак, гипотеза нашего исследования подтвердилась частично. Правонарушители значимо более чувствительны к справедливости по сравнению с правопослушными подростками. Вопреки нашим ожиданиям, в группе правопослушных подростков чувствительность к справедливости не связана с психологическим благополучием, а для правонарушителей является не фактором снижения психологического благополучия, а его ресурсом. Психологическое благополучие правонарушителей положительно связано со всеми видами чувствительности к справедливости: с чувствительностью к справедливости с позиции жертвы, а также трех других ролевых позиций – чувствительностью свидетеля, бенефициара и нарушителя, составляющих просоциальную чувствительность к справедливости.

Чувствительность к справедливости в среде правонарушителей, вероятно, выполняет ряд важных функций. Чувствительность жертвы позволяет сохранять индивидуальность в недружественной среде, быть чувствительным к своим границам и защищать их. Просоциальная чувствительность сопровождает укрепление связи с внешним миром, помогает преодолеть чувство обособленности, обусловленного статусом правонарушителя.

Связь психологического благополучия и чувствительности к справедливости правонарушителей имеет особенности в зависимости от возраста, степени криминализации, длительности социальной изоляции. Психологическое благополучие подростков, содержащихся в следственном изоляторе и спецшколе, сопровождается чувствительностью к справедливости с позиции жертвы. Для воспитанников колонии большее значение имеет просоциальная чувствительность к справедливости.

Пенитенциарная практика показывает, что при работе с криминализованным контингентом подростков, находящихся в колониях, формирование общечеловеческих ценностей, в том числе ценности справедливости, осуществляется очень сложно. Тем не менее на основе результатов исследования можно заключить, что эта работа является необходимой и очень ценной не только для реализации исправительных и воспитательных целей, но и для поддержания психологического благополучия подростков.

Перспективой данного исследования является изучение связи психологического благополучия и чувствительности к справедливости у несовершеннолетних правонарушителей, не имеющих опыта социальной изоляции.

Финансирование

Исследование было проведено при поддержке РГНФ, проект № 15-36-01233.

Литература

1. *Астанина Н.Б.* Особенности феномена доверия у несовершеннолетних правонарушителей мужского пола: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2011. 209 с.
2. *Астанина Н.Б.* Вера в справедливый мир и чувствительность к справедливости на разных стадиях подросткового возраста: сравнительный анализ // Проблемы, исследования, инновации вузовской науки. Межвузовский сборник научных трудов / Отв. ред. В.И. Кочетов. Вып. 6, Воронеж, Воронежский ЦНТИ – филиал ФГБУ «РЭА» Минэнерго России, 2015. С. 124–130.
3. *Дикопольцев Д.Е., Москвитина М.М., Новиков Д.Е.* О некоторых факторах, способствующих формированию суицидального поведения среди несовершеннолетних осужденных [Электронный ресурс] // *Novainfo*. 2015. № 33-1. URL: <http://novainfo.ru/article/3422> (дата обращения: 28.09.2016).
4. *Иванова Т.Ю.* Функциональная роль личностных ресурсов в обеспечении психологического благополучия: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2016. 205 с.
5. *Нартова-Бочавер С.К., Астанина Н.Б.* Позиция жертвы: феноменология и следствия // Психология стресса и совладающего поведения: материалы III

Астанина Н.Б. Чувствительность к справедливости и психологическое благополучие у несовершеннолетних правонарушителей мужского пола
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 1. С. 33–47.

*Astanina, N.B. Justice Sensitivity and Mental Well-Being among Male Juvenile Offenders
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 1, pp. 33–47.*

международной научно-практической конференции. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2013. Т. 1. С. 195–197.

6. *Нартова-Бочавер С.К., Астанина Н.Б. Чувствительность к справедливости как свойство субъекта: личностный ресурс или бремя // Человек, субъект, личность в современной психологии. Материалы международной конференции, посвященной 80-летию А.В. Брушлинского. Т. 3. М., 2013. С. 574–577.*

7. *Нартова-Бочавер С.К., Астанина Н.Б. Психологические проблемы справедливости в зарубежной персонологии: теории и эмпирические исследования // Психологический журнал. 2014. № 1. С. 16–32.*

8. *Нартова-Бочавер С.К., Астанина Н.Б. «Униженность и оскорбленность» как черта личности: феноменологический анализ позиции жертвы // Социальная психология и общество. 2014. № 2. С. 13–26.*

9. *Пиаже Ж. Моральное суждение у ребенка. М.: Академический проект, 2015. 480 с.*

10. *Пирожков В.Ф. Криминальная психология: учебное издание. М.: «Ось-89», 2007. 704 с.*

11. *Чиркина Р.В. Изменение установок противоправного поведения личности у несовершеннолетних: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2008. 33 с.*

12. *Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. М.: Трикта, 2005. 336 с.*

13. *Dalbert C. The world is more just for me than generally: About the personal belief in a just world scale's validity // Social Justice Research. 1999. Vol. 12. P. 79–98.*

14. *Dalbert C., Filke E. Belief in personal just world justice judgments and their functions for young prisoners // Criminal justices and behavior. 2007. Vol. 34. № 11. P. 1516–1527.*

15. *Lotz S., Baumert A., Fechtenhauer D., Gresser F., Schlösser T. Justice Sensitivity, Moral Emotions, and Altruistic Punishment // IACM 23rd Annual Conference Paper. SSRN. URL: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1612791.*

16. *Oppenheimer L. The belief in a just world and subjective perceptions of society: A developmental perspective // Journal of Adolescence. 2006. V. 29. № 4. P. 655–669.*

17. *Schmitt M., Baumert A., Gollwitzer M., Maes J. The Justice Sensitivity Inventory: Factorial validity, location in the personality facet space, demographic pattern, and normative data // Social Justice Research. 2010. V. 23. P. 211–238.*

Justice Sensitivity and Mental Well-Being among Male Juvenile Offenders

Astanina, N.B.,

PhD. (Psychology), Associate professor, Department of Psychology of the Voronezh branch, Moscow Humanitarian-Economic Institute, Voronezh, Russia, astanina.nadya@yandex.ru

The research explores the link between mental well-being and justice sensitivity among male juvenile offenders. 171 adolescents aged from 13 to 18 years (82 offenders and 89 law-abiding adolescents) were interviewed. The following methods were used: Justice Sensitivity Inventory (M. Schmitt), including 4 scales which measures justice sensitivity from different roles, and Warwick-Edinburgh Mental Well-being scale. Revealed, that offenders were significantly more sensitive to justice than law-abiding adolescents. Mental well-being of offenders is positively associated with all types of justice sensitivity: victim sensitivity, as well as the other three roles– observer sensitivity, beneficiary sensitivity, perpetrator sensitivity, which are the components of prosocial justice sensitivity. In the group of law-abiding adolescents significant relationship among mental well-being and justice sensitivity was not found.

Keywords: justice sensitivity, juvenile offenders, mental well-being, adolescents.

Funding

This work was supported by grant RFH № № 15-36-01233.

References

1. Astanina N.B. Osobennosti fenomena doveriya u nesovershennoletnikh pravonarushitelei muzhskogo pola. Dis. ... kand. psikhol. Nauk [The features of the phenomenon of trust among male juvenile offenders. PhD. (Psychology) diss.]. Moscow, 2011. 209 p.
2. Astanina N.B. Vera v spravedlivyi mir i chuvstvitel'nost' k spravedlivosti na raznykh stadiyakh podrostkovogo vozrasta: sravnitel'nyi analiz [Belief in a just world and justice sensitivity at different stages of adolescence: a comparative analysis]. In Kochetov V.I. (ed.) *Problemy, issledovaniya, innovatsii vuzovskoi nauki. Mezhvuzovskii sbornik nauchnykh*

trudov [Problems, research, innovation of science. Interuniversity collection of scientific works]. Vyp. 6. Voronezh: publ. of. Voronezhskii TsNTI – filial FGBU «REA» Minenergo Rossii, 2015, Pp. 124–130.

3. Dikopol'tsev D.E., Moskvitina M.M., Novikov D.E. O nekotorykh faktorakh, sposobstvuyushchikh formirovaniyu suitsidal'nogo povedeniya sredi nesovershennoletnikh osuzhdennykh [Elektronnyi resurs] [Some of the factors that contribute to the formation of suicidal behavior among juvenile offenders]. *NovInfo*, 2015, no. 33-1. Available at: <http://novainfo.ru/article/3422>. (Accessed 29.08.2016).

4. Ivanova T.Yu. Funktsional'naya rol' lichnostnykh resursov v obespechenii psikhologicheskogo blagopoluchiya. Dis. kand. psikhol. nauk. [Functional role of personal resources in ensuring of psychological well-being. PhD. (Psychology) diss.]. Moscow, 2016. 205 p.

5. Nartova-Bochaver S.K., Astanina N.B. Pozitsiya zhertvy: fenomenologiya i sledstviya [The position of the victims: the phenomenology and consequences]. *Psikhologiya stressa i sovladayushchego povedeniya: materialy III mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii. T. 1* [Psychology of stress and coping behavior: materials of III international scientific-practical conference]. Vol. 1. Kostroma: publ. of KGU im. N.A. Nekrasova, 2013, pp. 195–197.

6. Nartova-Bochaver S.K., Astanina N.B. Chuvstvitel'nost' k spravedlivosti kak svoistvo sub"ekta: lichnostnyi resurs ili bremya [Sensitivity to fairness as a property of the subject: personal resource or a burden]. *Chelovek, sub"ekt, lichnost' v sovremennoi psikhologii. Materialy mezhdunarodnoi konferentsii, posvyashchennoi 80-letiyu A.V. Brushlinskogo. T. 3*. [Man, subject, personality in modern psychology. Proceedings of the international conference dedicated to the 80th anniversary of A.V. Brushlinsky. Vol. 3], Moscow, 2013, pp. 574–577.

7. Nartova-Bochaver S.K., Astanina N.B. Psikhologicheskie problemy spravedlivosti v zarubezhnoi personologii: teorii i empiricheskie issledovaniya [Psychological problems justice in foreign personology: a theory and empirical study]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal], 2014, no. 1. pp. 16–32.

8. Nartova-Bochaver S.K., Astanina N.B. «Unizhennost' i oskorblennost'» kak cherta lichnosti: fenomenologicheskii analiz pozitsii zhertvy [“Humiliation and insult” as a personality trait: a phenomenological analysis of the position of the victim]. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo* [Social Psychology and Society], 2014, no. 2, pp. 13–26.

9. Piazhe Zh. Moral'noe suzhdenie u rebenka [The moral judgment of the child]. Moscow: Akademicheskii proekt, 2015. 480 p.

10. Pirozhkov V.F. Kriminal'naya psikhologiya: uchebnoe izdanie [Criminal psychology: educational edition]. Moscow: "Os'-89", 2007. 704 p.

11. Chirkina R.V. Izmenenie ustanovok protivopravnogo povedeniya lichnosti u nesovershennoletnikh: avtoref. Diss. ... kand. psikhol. Nauk [The setting of the wrongful conduct of the person at minor. PhD (Psychology) diss.], Moscow, 2008. 33 p.

Астанина Н.Б. Чувствительность к справедливости и психологическое благополучие у несовершеннолетних правонарушителей мужского пола
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 1. С. 33–47.

Astanina, N.B. Justice Sensitivity and Mental Well-Being among Male Juvenile Offenders
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 1, pp. 33–47.

12. Shneider L.B. Deviantnoe povedenie detei i podrostkov [Deviant behavior of children and adolescents]. Moscow: Triksta, 2005. 336 p.
13. Dalbert C. The world is more just for me than generally: About the personal belief in a just world scale's validity. *Social Justice Research*, 1999, vol. 12, pp. 79–98.
14. Dalbert C., Filke E. Belief in personal just world justice judgments and their functions for young prisoners. *Criminal justices and behavior*, 2007, vol. 34, no. 11, pp. 1516–1527.
15. Lotz S., Baumert A., Fechtenhauer D., Gresser F., Schlösser T. Justice Sensitivity, Moral Emotions, and Altruistic Punishment. *IACM 23rd Annual Conference Paper. SSRN*. URL: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1612791.
16. Oppenheimer L. The belief in a just world and subjective perceptions of society: A developmental perspective. *Journal of Adolescence*, 2006, vol. 29, no. 4, pp. 655–669.
17. Schmitt M., Baumert A., Gollwitzer M., Maes J. The Justice Sensitivity Inventory: Factorial validity, location in the personality facet space, demographic pattern, and normative data. *Social Justice Research*, 2010, vol. 23, pp. 211–238.

Диагностика и нейропсихологическая коррекция детей с неврозоподобными энурезом и энкопрезом

Березкин Д.В.,

аспирант, кафедра клинической психологии и психологической помощи, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена; педагог-психолог, Детский психоневрологический санаторий «Комарово», Санкт-Петербург, Россия, berezkin.dm@yandex.ru

В статье проанализирован опыт работы с шестью детьми с неврозоподобным энурезом и одним ребенком с неврозоподобным энкопрезом. Работа включала психодиагностическое обследование и коррекционные мероприятия. Психодиагностическое обследование было направлено на измерение различных показателей сенсомоторных реакций с целью описания функционального состояния центральной нервной системы, а также включало оценку показателей памяти, внимания и мышления. Функциональные показатели центральной нервной системы у детей с неврозоподобными энурезом и энкопрезом были приближены к тем, что фиксировались у их здоровых сверстников, при этом показатели когнитивных функций у данной группы детей были ниже. Использовались методы нейропсихологической коррекции, направленные на развитие зрительно-моторной координации, пространственно-временных представлений и понимания логико-грамматических конструкций. Основываясь на субъективных отчетах детей, их родителей, а также на сведениях, полученных из медицинской документации, можно предположить, что предложенный способ работы является эффективным методом коррекции проявлений неврозоподобных энуреза и энкопреза у детей со схожими характеристиками, выявляемыми в психодиагностическом обследовании. Полученные результаты обосновывают значимость оценки функциональных показателей центральной нервной системы путем измерения различных характеристик сенсомоторных реакций.

Ключевые слова: нейропсихологическая коррекция, неврозоподобные расстройства резидуально-органического генеза, энурез, энкопрез.

Для цитаты:

Березкин Д.В. Диагностика и нейропсихологическая коррекция детей с неврозоподобными энурезом и энкопрезом [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 1. С. 48–62. doi: 10.17759/psyclin.2017060104

For citation:

Bereskin, D.V. Diagnostics and Neuropsychological Correction of Children with Neurosis-Like Enuresis and Encopresis [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2017, vol. 6, no. 1, pp. 48–62. doi: 10.17759/psycljn. 2017060104 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Энурез – часто встречаемое нарушение, относящееся к обширной группе неврозоподобных расстройств резидуально-органического генеза. Энкопрез встречается несколько реже [2]. Отличительной чертой неврозоподобных расстройств от собственно неврозов является то, что в основе нарушений лежат не психогенные факторы, а резидуально-органические нарушения ЦНС.

В клинических, нейрофизиологических, психофизиологических и клиничко-психологических исследованиях детей с резидуально-органическими нарушениями рассматривают как единую группу. В них с разных сторон изучаются особенности развития таких детей.

В работах по психиатрии детского возраста выделены две основные формы психопатологических нарушений развития. Дезонтогенетическая форма нарушенного развития проявляется в недоразвитии психических функций. Энцефалопатическая форма проявляется в распаде психических функций. Неврозоподобные и психопатоподобные состояния резидуально-органического генеза относятся к энцефалопатической форме нарушенного развития [5; 7]. В современных исследованиях отмечается частая встречаемость органических непсихотических расстройств в общей группе детей и подростков, обращающихся за психиатрической помощью [7; 11; 17], а также увеличение встречаемости этих расстройств [17].

В основе нейрофизиологических исследований лежит изучение таких аспектов, как сложности в обучении и нарушения внимания. При этом указывается, что у детей со сложностями в обучении, вызванными резидуально-органическими нарушениями ЦНС, отмечаются функциональная незрелость коры головного мозга, регуляторной фронтоталамической системы [8], несформированность правого полушария [10] и истощаемость функциональных резервов ЦНС [6].

В психофизиологических исследованиях было установлено, что для детей с трудностями в обучении характерны повышение инертности нервных процессов, удлинение латентных периодов сенсомоторных реакций, увеличение количества ошибок в реакциях выбора [4], сложности в управлении движениями, вызванные недостаточной сформированностью функций контроля за ними [19; 20].

В клиничко-психологических и в клинических исследованиях при изучении познавательных процессов чаще рассматриваются формы нарушения развития без учета клинической специфики пациентов. Если эти исследования имеют нейропсихологический вектор, то акцент ставится на изучении формирования

высших психических функций в контексте очаговых поражений головного мозга [9; 13; 15].

Таким образом, основными критериями формирования групп детей с неврозоподобными расстройствами являются нарушение внимания, наличие резидуально-органической патологии без уточнения клинических проявлений. Между тем неврозоподобные расстройства имеют широкий спектр проявлений. Помимо упомянутых выше энуреза и энкопреза, они могут сопровождаться трихопатологией (навязчивым выдергиванием волос), тиками, навязчивыми движениями, грызением ногтей, онанизмом и т.д. Все эти нарушения отражены в Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10).

В одном из последних клинико-психологических исследований дети с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза были разделены на три группы [2]. В первую группу вошли пациенты с органическими эмоционально-лабильными [астеническими] расстройствами [F 06.6]. Во второй группе были объединены пациенты, имеющие трудности контролирования движений и процессов выделения. Ее составили дети с энурезом [F 98.0], энкопрезом [F 98.1] и стереотипными двигательными расстройствами [98.4]. В третью группу вошли дети с расстройствами поведения [F 98.8 и F 98.9]. Было установлено, что у детей второй группы показатели сенсомоторных реакций оказались выше, чем у пациентов первой и третьей групп. Причем значения этих показателей у детей второй группы приближались к нормативным значениям. Несмотря на различия при оценке простых и сложных сенсомоторных реакций, все пациенты с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза имели сниженные когнитивные функции.

Можно предположить, что исследование различных сенсомоторных реакций – значимый диагностический аспект, который должен учитываться при работе с детьми с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза. Рассмотрим представления об организации двигательной активности человека.

В реализации простых сенсомоторных реакций задействованы субкортикальный (экстрапирамидный) и кортикальный (пирамидный) уровни контроля, а в организации сложных реакций – кортикальный уровень. Соответственно, характеристики простых и сложных сенсомоторных реакций у пациентов с несформированными функциями контроля над движениями и функциями выделения указывают на более высокое функциональное состояние кортикальных и субкортикальных структур головного мозга, чем у пациентов с другими клиническими проявлениями при неврозоподобных расстройствах. В связи с этим следует ожидать достаточную эффективность психокоррекционной работы с детьми с энурезом и энкопрезом.

Цель настоящей статьи – изучение значимых диагностических характеристик, при выявлении которых применение нейропсихологических методов коррекции является эффективным способом помощи детям с неврозоподобными энурезом и энкопрезом.

Программа исследования

Экспериментальную группу составили 7 детей (6 мальчиков и одна девочка), в разное время проходивших комплексную реабилитацию в детском психоневрологическом санатории «Комарово» (Санкт-Петербург). Реабилитация включала биологические (фармакологические и физиотерапевтические) и психосоциальные (логопедические, психологические, педагогические) коррекционные мероприятия. В психологической работе использовались как методы психодиагностики, направленные на оценку сенсомоторных реакций, внимания, памяти, зрительно-конструктивной деятельности и мышления, так и психокоррекционные методы. Возраст пациентов составил от 8 до 12 лет: 4 пациентам было 8 лет, еще трем детям – 10, 11 и 12 лет. У 6 пациентов наблюдался ночной энурез, у одного – энкопрез. У всех пациентов энурез был ежедневный, с редкими однодневными «сухими окнами». У пациента с энкопрезом наблюдались как ночные, так и дневные эпизоды недержания кала. У 6 детей резидуальные нарушения ЦНС были следствием отягощенного перинатального периода, у одного – ранний анамнез был неизвестен. Три ребенка обучались по программе VII вида для детей с задержкой психического развития, четверо – по общеобразовательной школьной программе.

В контрольную группу условно здоровых вошли 8 детей в возрасте от 8 до 10 лет (3 мальчика и 5 девочек). 4 детям было 8 лет, двум – 9 лет, еще двум – 10 лет. Все дети обучались в начальной общеобразовательной школе № 611 г. Санкт-Петербурга.

Для диагностики простых и сложных сенсомоторных реакций использовалось компьютерное приложение, основой для создания которого послужила методика оценки функциональных свойств нервной системы Ю.А. Цагарелли [14]. Компьютерная технология обследования позволяет оценить различные показатели простого варианта реакции в ситуации выбора (ПР), сложного варианта реакции в ситуации выбора (СР), а также реакции на движущийся объект (РДО) [2]. В простом варианте ребенку необходимо реагировать на появляющийся в правом поле восприятия сигнал нажатием клавиши «J» правой рукой, при появлении сигнала в левом поле восприятия ребенку необходимо нажимать левой рукой клавишу «F». В данном случае оценивалось среднее время реакции (время ПР) правой и левой рук в мс.

В сложном варианте от испытуемого требуется перестраивать двигательный стереотип после условного сигнала: на сигнал, подаваемый в правом поле, необходимо реагировать нажатием левой рукой клавиши «F», а на сигнал, подаваемый в левом поле, – нажатием правой рукой клавиши «J». После повторного условного сигнала ребенок должен вернуться к первому двигательному стереотипу: при сигнале в правом поле нажимать правой рукой на клавишу «J», а при сигнале в левом поле – левой рукой на клавишу «F». В этом варианте методики оценивались следующие параметры: среднее время в мс (СР среднее), наблюдаемое при обоих двигательных стереотипах, время при перестроении двигательного стереотипа (СР при перестройке) и время при возвращении к первому двигательному

стереотипу (СР без перестройки). Помимо этого оценивалось количество ошибок, сделанных ребенком при выполнении этой пробы (СР ошибки).

При диагностике реакции на движущийся объект оценивается среднее время ошибки в мс (опережения или запаздывания реакции) при прохождении условным стимулом (в данном случае кругом) центра полосы длиной 57 мм (201 пиксель). В нашем исследовании условный стимул двигался со скоростью 90 пикселей в секунду. Центр полосы был отмечен вертикальной линией. При прохождении центра условным стимулом испытуемый должен был нажимать на клавишу «пробел».

Для исследования особенностей внимания (устойчивости концентрации и объема) использовались таблицы Шульте и методика Тулуз–Пьерона. Ребенку предъявлялись пять разных таблиц Шульте, оценивалось среднее время их выполнения [3; 12]. При проведении теста Тулуз–Пьерона фиксировались средние значения продуктивности (количество символов в минуту) и точности выполнения (процент ошибочных ответов) [18].

Кратковременная слухоречевая память оценивалась с помощью методики «10 слов» [3; 12]. Пациентам давались 4 попытки, чтобы запомнить слова; после каждой попытки они воспроизводили все запомненные слова. Спустя час они воспроизводили слова без предварительного повторения.

Для изучения мышления применялись методики «Метафоры», «Исключение лишних слов». Пациентам предлагались три метафоры, оценивалось количество правильных ответов. Результаты по методике «Исключение лишних слов» оценивались по пятибалльной шкале; подсчитывалось количество правильных ответов, а также анализировалось их качество: способность дать объяснение, подобрать родовое понятие.

Для нейропсихологической диагностики использовался стимульный материал из стандартной нейропсихологической батареи методик Е.Ю. Балашовой и М.С. Ковязиной [1].

Применялся также клинический метод, который включал наблюдение за поведением пациентов в условиях экспериментального исследования и в условиях стационара.

Для проверки достоверности различий полученных данных применялся непараметрический статистический критерий – *u*-критерий Манна–Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение

В обеих группах левши отсутствовали, поэтому левшество не рассматривалось нами как фактор, могущий сказаться на результатах обследования.

Характеристики сенсомоторных реакций детей экспериментальной и контрольной групп отражены в табл. 1. Из таблицы видно, что достоверных статистических различий по показателям время ПР и среднее время СР у детей

контрольной и экспериментальной групп установлено не было. Время СР с перестройкой оказалось незначительно выше у детей экспериментальной группы, а время СР без перестройки было выше у детей контрольной группы. Разность между временем СР с перестройкой и СР без перестройки у детей экспериментальной и контрольной групп была неодинаковой. У детей экспериментальной группы она составила 27 мс, тогда как у детей контрольной группы – 100 мс. Вероятно, меньшая длительность СР при перестройке у детей экспериментальной группы связана с тем, что это задание они выполняли с меньшей точностью. Дети экспериментальной группы совершали достоверно больше ошибок в СР, чем их здоровые сверстники. Время ошибки в РДО было достоверно больше у детей экспериментальной группы. Полученные результаты согласуются с ранее опубликованными данными [2].

Таблица 1

Средние результаты функциональных характеристик ЦНС детей экспериментальной и контрольной групп

Вид испытания	Экспериментальная группа (ЭГ)	Контрольная группа (КГ)	U-критерий; уровень значимости
ПР, мс	364,4±48,7	421,9±72,2	U=15, p>0,05
СР (средняя), мс	560,0±194,9	528,0±21,4	U=13, p>0,05
СР при перестройке, мс	552,1±227,1	596,1±28,0	U=4, p≤0,05
СР без перестройки, мс	535,3±120,0	496,3±26,3	U=6, p≤0,05
СР ошибочные ответы	2,14±1,1	0,5±0,5	U=6, p≤0,05
РДО, мс	70,7±19,5	42,6±0,5	U=6, p≤0,05

Примечание: жирным шрифтом отмечены характеристики, при сравнении которых были установлены статистические различия.

Таким образом, дети экспериментальной группы испытывали сложности при выполнении заданий, требующих перестроений реакций. В особенности это проявлялось в возникающих трудностях торможения существующего двигательного стереотипа. Если ориентироваться на представления о построении движений, согласно которым в реализации сложных реакций в первую очередь участвует кортикальный уровень контроля, то показатели СР можно рассматривать как косвенную характеристику снижения функционального состояния коры головного мозга. Можно предположить, что сложности, возникающие у детей экспериментальной группы при перестроении двигательного стереотипа,

указывают на снижение функционального состояния коры головного мозга или на несформированность регуляторной фронто-таламической системы.

С другой стороны, сенсомоторные реакции опосредуются пространственно-временными представлениями [16]. Пространственно-временные представления наиболее задействованы при РДО, поскольку испытуемому необходимо оценивать такие характеристики, как расстояние, проходимое объектом, и скорость его движения. Вероятно, большее время ошибки в РДО у детей экспериментальной группы связано не только со снижением функционального состояния ЦНС, но и с недостаточной сформированностью пространственно-временных представлений.

Показатели памяти, внимания и мышления детей контрольной и экспериментальной групп приведены в табл. 2.

Таблица 2

Средние результаты функциональных характеристик ЦНС детей экспериментальной и контрольной групп

Методики	Экспериментальная группа (ЭГ)	Контрольная группа (КГ)	U-критерий; уровень значимости
Таблицы Шульте, с	81,4±16,1	58,6±4,2	U=6,0; p<0,05
Тест Тулуз-Пьерона (продуктивность), символы/мин	38,7±0,8	38,1±3,4	U=6,0; p<0,05
Тулуз-Пьерона (точность), %	2,9±3,3	0,9±0,6	U=6,0; p<0,05
Запоминание 10 слов	7,0±1,2	8,9±0,6	U=6,0; p<0,05
Отсроченное воспроизведение слов	7,0±1,2	9,6±0,5	U=1,5; p<0,05
Метафоры	2,3±0,8	2,9±0,4	U=15, 0; p>0,05
Исключение лишних слов	12,4±0,8	45,1±7,1	U=0,0; p<0,5

Примечание: жирным шрифтом отмечены характеристики, при сравнении которых были установлены статистические различия.

Дети экспериментальной группы достоверно медленнее выполняли счет по таблицам Шульте и делали больше ошибок при выполнении методики Тулуз-Пьерона, чем их здоровые сверстники, что указывает на снижение объема и

концентрации внимания у детей экспериментальной группы. Вместе с тем уровень работоспособности при умственных нагрузках у них оказался незначительно выше, чем у детей контрольной группы.

У детей экспериментальной группы объем кратковременной и долговременной памяти оказался ниже, чем у их здоровых сверстников. Снижение объема кратковременной памяти у детей экспериментальной группы, вероятно, связано с забыванием воспроизводимых в предыдущих повторениях слов. Подобная особенность кратковременной памяти была характерна для большинства детей экспериментальной группы.

У детей экспериментальной группы результаты, полученные по методике «Исключение лишних слов», были существенно ниже, чем у детей контрольной группы. У них также фиксировались трудности обобщения и недостаточный вербальный опыт. Вместе с тем достоверных различий между количеством объясненных метафор у детей двух групп установлено не было.

Приведенные данные соответствуют ранее опубликованным сведениям о несформированности когнитивных функций у детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза [2].

После психологической диагностики были проведены коррекционные мероприятия. В работе использовались методы нейропсихологической коррекции, направленные на развитие зрительно-моторной координации, пространственного восприятия, пространственного анализа и синтеза, а также на формирование представлений о времени.

Первое занятие было направлено на формирование зрительно-моторной координации. На бланке расставлялись точки, которые ребенок должен был соединить ровными линиями от точки к точке. Сначала точки расставлялись примерно на расстоянии 4-х сантиметров, затем расстояние между точками увеличивалось до 20 см. На следующем этапе ребенку предлагался образец линии длиной 30 см; перед ребенком ставилась задача, ориентируясь на образец, нарисовать линии около 10 раз. В ходе работы психолог следил за постановкой руки ребенка, напряжением мышц руки, а также объяснял, каким образом следует координировать движения, либо сопровождал своей рукой руку ребенка, чтобы оптимизировать процесс формирования правильного двигательного навыка.

На втором занятии ребенку предъявлялись изображения, схожие с фигурами Тейлора и Рея–Остеррица. Ребенку предлагалось отыскивать различные геометрические фигуры (прямоугольники, треугольники, квадраты). После обсуждения рисунка и способов применения приобретенного на предыдущем занятии навыка прочерчивания линий ребенку предлагалось скопировать эти фигуры.

Целью третьего занятия было формирование у ребенка представлений о перспективе и навыков изображения объемных фигур. Предлагалось создать

рисунок, используя приобретенные навыки зрительно-конструктивной деятельности и полученные знания о перспективе. Чаще всего это были изображения улицы, аллеи, пейзажа. Процесс работы сопровождался беседой об интересных местах, в которых побывал ребенок, и о том, когда это происходило.

На следующих занятиях ребенок знакомился с представлениями о времени: обсуждались различные временные периоды, такие как год, время года, месяц, неделя, дни недели, сутки и их продолжительность, часы, минуты и т.д. Затем психолог просил ребенка по часам описать его вчерашний день. Это задание вызывало у детей существенные сложности. На развитие навыка формирования развернутой, последовательной логико-грамматической конструкции требовалось не менее двух занятий.

Проведение описанной коррекционной программы занимало от 5 до 8 занятий. После завершения коррекционной программы у детей эпизоды ночного энуреза проходили или снижались до минимума. У пациента с энкопрезом отмечалась «чистая» неделя. Следующий эпизод недержания кала произошел на выходных.

Программа, направленная на развитие познавательных процессов, неожиданно оказала положительное влияние на сферу межличностных отношений. Так, вышеупомянутый пациент с энкопрезом на приеме в понедельник после эпизода недержания кала на выходных смог сформулировать, что это произошло на фоне конфликта с матерью, приехавшей к нему в санаторий. Подобный эффект следует связывать с развитием временных представлений у ребенка.

К сожалению, в условиях работы в санатории, который находится за городом, у специалистов не всегда есть возможность встречаться с родителями. Из всех семи детей удалось поговорить лишь с бабушкой одного пациента. В беседе она отмечала, что в разговорах с отцом внук стал лучше формулировать свои мысли, рассказывать о том, как проводит время. Это положительно сказалось на отношениях отца к сыну. Бабушка отметила, что отец ранее считал его малоспособным, уделял ему недостаточно внимания, но на данный момент контакт между отцом и сыном существенно улучшился за счет развившихся у него на фоне психологической коррекции речевых навыков.

Заключение

На основании полученных данных можно говорить о том, что предложенный способ работы с пациентами с неврозоподобными энурезом и энкопрезом применим в практике медицинских психологов в качестве метода, направленного на снижение выраженности неврозоподобных проявлений. При этом важно отметить, что необходимы дальнейшие исследования эффективности данной программы нейропсихологической коррекции для детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза.

Описанный метод работы можно рассматривать как один из этапов комплексной помощи. Нами было показано, что нейропсихологическая коррекция, направленная на развитие высших психических функций, может оказывать

косвенное влияние на отношения ребенка с родителями. Так, развитие навыков формирования логико-грамматических конструкций с опорой на представления о пространстве и времени в одном случае положительно сказалось на общении ребенка с отцом. В другом случае ребенок стал осознавать связь между эпизодами энкопреза и конфликтами с матерью, что создало основу для дальнейшей семейной работы.

Очевидно, что в работе с пациентами психоневрологического профиля необходим комплексный подход, включающий в себя как индивидуальную психокоррекционную работу, так и семейное консультирование и участие в группах. Нейропсихологическую коррекцию и семейное консультирование можно в данном случае рассматривать в качестве двух этапов оказания психологической помощи детям с неврозоподобными энурезом и энкопрезом.

При психодиагностическом обследовании у всех детей экспериментальной группы наблюдались схожие особенности: наличие когнитивного дефицита разной степени выраженности, несформированность пространственно-временных понятий и навыка обозначения родовых понятий. В целом, эти нарушения являются типичными для детей с любыми другими неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза [3]. В данном случае особую значимость имела оценка функциональных показателей ЦНС.

У детей экспериментальной группы отмечались сложности в изменении двигательного стереотипа, увеличение ошибок в сложных реакциях, большее количество ошибок в реакциях на движущийся объект. Некоторые показатели сенсомоторных реакций были близки к тем, которые фиксировались у здоровых детей. Это дало основание предположить, что функциональное состояние ЦНС было достаточным для развития высших психических функций.

Вышесказанное позволяет заключить, что метод, описанный в настоящей статье, может быть эффективен для детей с неврозоподобными энурезом и энкопрезом. Наш опыт работы указывает на значимость выделения групп пациентов с неврозоподобными расстройствами на основании их клинических проявлений, уточнения их психодиагностических характеристик и применения психофизиологических диагностических методов. Подобный подход позволяет описывать и подбирать конкретные эффективные методы для работы с каждым пациентом, имеющим определенные клинические проявления, психологические и психофизиологические особенности.

Литература

1. Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Нейропсихологическая диагностика. Классические стимульные материалы. М.: Генезис. 2015. 18 листов с цветными и 52 ч/б изображениями.

2. Березкин Д.В. Функциональные характеристики центральной нервной системы и нарушения познавательных функций у детей с неврозоподобными расстройствами резидуально-органического генеза [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 2. С. 46–62. (Дата обращения 27.11.2016).

3. Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. Киев: Здоров'я. 1986. 280 с.

4. Иорданова Ю.А. Особенности поведенческого реагирования детей 7–10 лет с дефицитом внимания // Вестник Поморского университета. 2006. № 3. С. 68–72.

5. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: (Руководство для врачей). М.: Медицина, 1995. 608 с.

6. Литвиненко О.В. Психологические и психофизиологические особенности внимания у здоровых детей и детей с синдромом дефицита внимания: автореф... канд. психол. наук. Р. н/Д., 2003. 22 с.

7. Малкова И. Органические поражения мозга у детей // Psihologie. 2009. № 1. С. 55–68.

8. Мачинская Р.И., Крупская Е.В. Созревание регуляторных структур мозга и организация внимания у детей младшего школьного возраста // Когнитивные исследования: сб. науч. трудов, вып. 2 / Под ред. В.Д. Соловьева, Т.В. Черниговской. М.: Ин-т психологии РАН, 2008. С. 32–48.

9. Новикова Г.Р. Нейропсихологическая характеристика высших психических функций у детей 6–9 лет с пограничными психическими расстройствами: автореф. ... канд. психол. наук. М., 2008. 23 с.

10. Подоплекин Д.Н. Распределение постоянных потенциалов головного мозга при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей-северян: автореф. ... канд. мед. наук. Архангельск, 2003. 20 с.

11. Пронина Л.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика психических расстройств у детей младшего и среднего школьного возраста: автореф. ... канд. мед. наук. М., 1995. 22 с.

12. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. 448 с.

13. Семенович А.В., Цыганок А.А. Нейропсихологический подход к типологии онтогенеза // Нейропсихология сегодня / Под ред. Е.Д. Хомской. М.: изд-во МГУ, 1995. С. 170–183.

14. Цагарелли Ю.А. Системная психологическая диагностика на приборе «Активациометр». Казань: изд-во Казанского ун-та, 2008. 266 с.

Березкин Д.В. Диагностика и нейропсихологическая коррекция детей с неврозоподобными энурезом и энкопрезом
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 1. С. 48–62.

*Bereskin, D.V. Diagnostics and Neuropsychological Correction of Children with Neurosis-Like Enuresis and Encopresis
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 1, pp. 48–62.*

15. Цветкова Л.С., Цветков А.В. Нейропсихологические синдромы несформированности высших психических функций у младших школьников с отклонениями в развитии психики // Вестник Московского университета. Психология. Сер. 14. 2009. № 2. С. 62–61.

16. Шутова С.В., Муравьева И.В. Сенсомоторные реакции как характеристика функционального состояния ЦНС // Вестник Тамбовского университета. 2013. Т. 18. № 5. С. 2831–2840.

17. Эверт Л.С., Потупчик Т.В., Крысенко Л.В., Паничева Е.С. Характеристика астенического синдрома у детей первого года обучения в школе // Российский педиатрический журнал. 2014. № 2. С. 37–40.

18. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций: Метод. Руководство. СПб.: ГП «ИМАТОН», 1997. 80 с.

19. *Kalff A.C., et al. Low- and high-level controlled processing in executive motor control tasks in 5-6-year-old children at risk of ADHD // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2003. Vol. 44. № 7. P. 1049–1057.*

20. *Shallice T., et al. Executive function profile of children with attention deficit hyperactivity disorder // Developmental Neuropsychology. 2002. Vol. 21. № 1. P. 43–71.*

Diagnosics and Neuropsychological Correction of Children with Neurosis-Like Enuresis and Encopresis

Bereskin, D.V.,

Ph.D. student, Chair of Clinical Psychology and Psychological Support, The Herzen State Pedagogical University; psychologist, Child Psychoneurological Sanatorium "Komarovo", Saint-Petersburg, Russia, berezkin.dm@yandex.ru

The experience of a work with a group of children with enuresis (six patients) and encopresis (one patient) both of residual-organic origin is analyzed in this article. Work included psychological diagnostic techniques and psychological correction. Psychological diagnostic evaluation was directed to the measurements of different characteristics of sensorimotor reactions, memory, attention and cognitive functions. Functional characteristics of the central nervous system in children with enuresis and encopresis were approximated to those recorded in their healthy peers, while the cognitive functions in present group of children were lower. Psychological correction has included neuropsychological methods, which were aimed at the development of: visual-motor coordination, spatio-temporal organization relations and logic constructions understanding. Based on children's and parent's self-reports and based on medical records also it can be assumed that proposed psychological correction can be effective in enuresis and encopresis in children with similar characteristics, which can be observed. The significance of the functional indices evaluation of the central nervous system by measuring various characteristics of sensorimotor reactions substantiate by results obtained.

Keywords: neuropsychological correction, borderline mental disorder, residual-organic genesis, enuresis, encopresis.

References

1. Balashova E.Ju., Kovyazina M.S. Neiropsikhologicheskaya diagnostika. Klassicheskie stimul'nye materialy [Neuropsychological diagnostics. Classical stimulus materials]. Moscow: Genezis. 2015. 18 pages with colored and 52 with black-white images.
2. Berezkin D.V. Funkcional'nye harakteristiki central'no jnervnoj sistemy in arushenija poznavatel'nyh funkcij u detej s nevrozopodobnymi rasstrojstvami rezidual'no-

organicheskogo geneza [Jelektronnyj resurs] [The functional status of central nervous system and disturbances of cognitive functions of children with borderline mental disorder of residual organic genesis]. *Klinicheskaya i special'naya psihologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2016, vol. 5, no. 2, pp. 46–62. (Accessed 27.11.2016).

3. Bleiher V.M., Kruk I.V. Patopsikhologicheskaya diagnostika [Pahtopsychological diagnostics]. Kiev: Zdorov'ye. 1986. 280 p.

4. Iordanova Ju.A. Osobennosti povedencheskogo reagirovaniya detei 7–10 let s defitsytom vnimaniya [Specifically behavioral reaction of 7–10 years old children with deficit of attention]. *Vestnik Pomorskogo universiteta: Ser. «Estestvennye I tochnyenauki» [Bulleting of Pomor State University: Ser. Natural and exact sciences]*, 2006, no. 3, pp. 68–72.

5. Kovalev V.V. Psikhatriya detskogo vozrasta: (Rukovodstvodya vrachei) [Psychiatry of children age: (doctor's manual)]. Moscow: Meditsyna, 1995. 608 p.

6. Litvinenko O.V. Psikhologicheskie I psikhofiziologicheskie osobennosti vnimaniya u zdorovyh detei I detej s sindromom defitsyta vnimaniya. Avtoref...kand. psikhol. Nauk [Psychological and psychophysiological characteristics of attention of healthy children and children with syndrome of attention deficit. PhD (psychology) thesis]. Rostov-na-Donu, 2003. 22 p.

7. Malkova I. Organicheskiye porazheniya mozga u detei [Children organic brain damage]. *Psikhologiya [Psychology]*, 2009, no. 1, pp. 55–68.

8. Machinskaya R.I., Krupskaya E.V. Sozrevaniere gulyatornykh struktur mozga I organizatsyya vnimaniya u detei mladshogo shkol'nogo vozrasta [Brain regulatory structures maturation and attention organization of primary school age children]. In V.D. Solov'eva, T.V. Chernigovskaya (Eds.) *Kognitivnye issledovaniya: Sb. nauch. trudov, vyp. 2 [Cognitive research: collection of the science works, Iss.2]*. Moscow: publ. of Institut psihologii RAN publ., 2008, pp. 32–48.

9. Novikova G.R. Neyropsihologicheskaya harakteristika vysshih psihicheskikh funkciy u detey 6–9 let s pogranichnymi psihicheskimi rasstroystvami. Avtoref...kand. psihol. nauk [Neuropsychology characteristics heist higher psychical function of children 6–9 years old with borderline mental disorders: PhD (psychology) thesis]. Moscow, 2008. 23 p.

10. Podoplekin D.N. Raspredelenie postoyannykh potencialov golovnogogo mozga pri syndrome deficit vnimaniya s giperaktivnost'yu (SDVG) u detey-severyan. Avtoref ... kand. med. nauk. [Distribution of permanent brain potentials of children from the north having attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): PhD (psychology) thesis]. Arhangel'sk, 2003. 20 p.

11. Pronina L.A. Kliniko-epidemiologicheskaya harakteristika psihicheskikh rasstroystv u detey mladshogo i srednegoshkol'nogo vozrasta [Clinical and epidemiological characteristic of mental disorders of junior and secondary school children: PhD (psychology) thesis]. Moscow, 1995. 22 p.

12. Rubinshtein S.Ya. Eksperimental'nye metodiki patopsikhologii [Pathopsychological experimental methods]. Moscow: EKSMO-Press, 1999. 448 p.

13. Semenovich A.V., Tsyganok A.A. Nejropsihologicheskij podhod k tipologii ontogeneza [Neuropsychological approach to the typology of ontogenesis]. In E.D. Homskaiy (ed.) *Nejropsihologija segodnja* [*Neuropsychology Today*]. Moscow: Publ. of MGU, 1995. pp. 170–183.

14. Tsagarelli U.A. Sistemnaya psikhologicheskaya diagnostika napribore «Aktivatsyometr» [System psychological diagnostic with the «Activationmeter» device]. Kazan': publ. of Kazanskiy universitet, 2008. 266 p.

15. Tsvetkova L.S., Tsvetkov A.V. Neiropsihologicheskiye sindromy nesformirovannosti vysshykh psikhicheskikh funktsyi u mladshikh shkol'nikov s otkloneniyami v razvitii psikhiki [Neuropsychological syndromes of higher psychical function immature of primary school age children with deviations of psychical development]. *Vestnik Moskovskogo universiteta: Ser. 14. Psikhologiya* [*Bulleting of Moscow State University. Ser. 14. Psychology*], 2009, no. 2, pp. 62–61.

16. Shutova S.V., Murav'eva I.V. Sensomotornye reaktsyi kak kharakteristika funktsional'nogo sostojaniya CNS [Sensometrical reactions as characteristic of the CNS functionality status]. *Vestnik TGU* [*Bulleting of Tombov State University*], 2013, vol. 18, no. 5, pp. 2831–2840.

17. Evert L.S., Potupchik T.V., Krysenko L.V., Panicheva E.S. Kharakteristika astenicheskogo sindroma u detei pervogo goda obucheniya v shkole [Characteristics of astenoneurotic syndrome of the first year of education children in School]. *Rossiiskii pediatricheskii zhurnal* [*Russian Pediatric Journal*], 2014, no. 2, pp. 37–40.

18. Yasyukova, L.A. Optimizatsya obucheniya i razvitiya detei s MMD. Diagnostika i kompensatsya minimal'nyh mozgovykh disfunktsyi: Metod. Rukovodstvo [Optimization of teaching and development of children with minimal brain dysfunction. diagnostics and compensation of minimal brain dysfunction. methodological manual]. Saint-Petersburg: Imaton, 1997. 80 p.

19. Kalff A.C., et al. Low- and high-level controlled processing in executive motor control tasks in 5-6-year-old children at risk of ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2003, vol. 44, no. 7, pp. 1049–1057.

20. Shallice T., et al. Executive function profile of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 2002, vol. 21, no. 1, pp. 43–71.

Психосоциальные факторы качества жизни, связанного со здоровьем, у больных с нарушением двигательных функций

Котельникова А.В.,

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, лаборатория медицинской психологии и психотерапии, ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы» Москва, Россия, pav-kotelnikov@ya.ru

Кукшина А.А.,

кандидат медицинских наук, руководитель, лаборатория медицинской психологии и психотерапии ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия, kukshina@list.ru

Целью настоящей работы явилось исследование психосоциальных факторов качества жизни, связанного со здоровьем, у больных с нарушением двигательных функций. На репрезентативной выборке 126 пациентов с нарушением двигательных функций различной этиологии, получающих восстановительное лечение, исследован вклад социально-демографических и анамнестических характеристик (пол, возраст, образование, семейное положение, социальный статус, количество предыдущих госпитализаций) в формирование качества жизни. В качестве значимых факторов обозначены возраст пациентов и социальный статус (выход на пенсию), при этом половая принадлежность, семейное положение, уровень образования и количество госпитализаций по восстановительному лечению не ассоциируются с субъективной оценкой качества жизни у обследованного контингента больных.

Ключевые слова: качество жизни, нарушение двигательных функций, возраст, социальный статус, выход на пенсию, пол, семейное положение, количество госпитализаций.

Для цитаты:

Котельникова А.В., Кукшина А.А. Психосоциальные факторы качества жизни, связанного со здоровьем, у больных с нарушением двигательных функций

[Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 1. С. 63–78. doi: 10.17759/psyclin.2017060105

For citation:

Kotel'nikova, A.V., Kukshina, A.A. Psychosocial Factors of Health-Related Quality of Life in Patients with Movement Disorders [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2017, vol. 6, no. 1, pp. 63–78. doi: 10.17759/psyclin.2017060105 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

По определению Всемирной организации здравоохранения качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем, в современных условиях рассматривается как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии [12]. Такое понимание качества жизни отражает, прежде всего, гуманистическую тенденцию отношения к человеку как к целостной личности в ее биопсихосоциальном единстве [18], основанную на многокомпонентной трактовке здоровья. Хорошее состояние здоровья человека и его жизненное благополучие отражают не отсутствие болезней, а удовлетворение его потребностей и адаптацию в физической, психологической и социальной сферах [14].

Изучение качества жизни, связанного со здоровьем, как указывают А.А. Новик и Т.И. Ионова, является высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп, поскольку позволяет количественно оценить компоненты здоровья, связанные или не связанные с заболеванием, а также дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного [12].

По мнению ряда ученых, особенно важным представляется исследование именно психологических механизмов формирования индивидуального КЖ, связанного со здоровьем, что является необходимым условием корректной интерпретации любой информации, касающейся субъективной удовлетворенности/неудовлетворенности (больного и здорового) человека различными сторонами своей жизнедеятельности [7]. Однако понимание этих механизмов возможно лишь при целостном, всестороннем изучении психосоциальных факторов, определяющих успешность адаптации личности, ее адаптационно-компенсаторный потенциал и реализацию этого потенциала в конкретных жизненных условиях.

В связи со сменой глобальной медицинской парадигмы с патоцентрической на санцентрическую к настоящему моменту исследования психосоциальных факторов формирования КЖ, связанного со здоровьем, приобретают все большую актуальность для различных континентов больных. Анализ доступных литературных источников по заявленной проблеме выявил неоднозначность роли обозначенных факторов в формировании субъективного КЖ, связанного со

здоровьем. Так, в работе И.А. Васильевой и коллег изучалась связь показателей КЖ больных на гемодиализе с социально-демографическими характеристиками (полом, возрастом, образованием и семейным положением) и было показано, что мужчин отличают более высокие показатели КЖ, а увеличение возраста ухудшает все показатели КЖ как у мужчин, так и у женщин; в то же время уровень образования и семейное положение не сказываются на субъективной оценке КЖ у этой категории пациентов [6]. При этом у больных сахарным диабетом 1 типа более высокий уровень КЖ ассоциирован со старшим возрастом, мужским полом, отсутствием инвалидности и наличием партнера [16]. А в исследовании Г.Б. Колотовой и коллег влияние социально-демографических факторов на КЖ пациентов с анкилозирующим спондилитом, сопровождающимся нарушением двигательных функций, выявлено не было [9].

В исследовании КЖ пациентов с ортодонтической патологией было обнаружено, что семейное положение может являться значимым фактором КЖ: женатые (замужние) пациенты отмечают более низкое КЖ по сравнению с холостыми [2]. Аналогичный результат получен и в исследовании больных с синдромом Эйзенменгера [1].

По мнению Н.А. Бернштейна, «из всех областей вопросов, относящихся к компетенции общей физиологии, ни одна не является столь специфически человеческой, как область физиологии двигательных функций... Судьбу индивидуума в борьбе за существование решают его действия...» [4, с. 7, 9]. Распространенность двигательных нарушений в общей популяции, частота обращаемости за медицинской помощью (вторая после респираторных заболеваний), а также высокий риск инвалидизации трудоспособного населения делают особенно актуальным изучение обозначенной проблемы на этом контингенте больных. В нашей стране за период 1999–2003 гг. официальный показатель (по статистическим сводкам Министерства здравоохранения РФ) заболеваемости для болезней костно-мышечной системы (БКМС), рассчитанный на 100000 населения страны, возрос на 23,9%. При этом доля БКМС среди всех болезней повысилась с 6,5% до 7,2%. Дорсалгии, характеризующиеся этиологической и прогностической гетерогенностью, возникают на протяжении жизни у 70-90% населения и занимают третье место по частоте поводов для госпитализации, являясь самой распространенной причиной продолжительной временной нетрудоспособности после 45 лет [5; 10; 17]. В возрасте около 50 лет дорсопатии диагностируются примерно у 80% мужчин и 60% женщин [10]. Двигательные нарушения, явившиеся следствием инсульта, дополняют этот список: слабость в руке (примерно у 50% больных) и/или слабость в ноге (примерно 40-45% случаев) в сочетании с болевым синдромом приводят к снижению общей двигательной активности и становятся причиной зависимости от окружающих в повседневной жизни [3].

Таким образом, **целью** настоящей работы явилось исследование психосоциальных факторов КЖ, связанного со здоровьем, у больных с нарушением двигательных функций.

Описание выборки и методы

В исследовании участвовали 126 пациентов, находившихся на лечении в филиале № 3 Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы. Среди них были:

- 47 пациентов с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (средний возраст $54,2 \pm 12,1$), из них 19 (40,4%) женщин, 28 (59,6%) мужчин;
- 48 пациентов с нарушениями двигательных функций на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника (средний возраст $54,4 \pm 11,4$), среди них 28 (58,3%) женщин, 20 (41,7%) мужчин;
- 31 пациент с двигательными нарушениями на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов (средний возраст $53,4 \pm 9,0$), среди них 19 (61,3%) женщин, 12 (38,7%) мужчин.

Сопоставимость нозологических групп с точки зрения возрастного и полового состава была оценена на основе статистических критериев равнозначности. Для анализа значимости различий в возрастном составе исследовательских групп использовался Н-критерий Крускала–Уоллиса: $H(2, 126) = 0,51$ при $p = 0,76$. Пропорциональная представленность мужчин и женщин в исследовательских группах анализировалась статистикой Фишера, уровень значимости которой при попарном сопоставлении составлял $p > 0,05$.

Для исследования КЖ больных применялся рекомендованный международными протоколами опросник SF-36 (36-Item Short-Form Health Survey) [12]. Результаты опросника представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Количественно оцениваются показатели, представленные ниже.

1. *Общее состояние здоровья* (General Health, GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже баллы по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

2. *Физическое функционирование* (Physical Functioning, PF) отражает степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, перенос тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность больного значительно ограничивается состоянием его здоровья.

3. *Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием* (Role-Physical Functioning, RP), отражает влияние физического состояния на повседневную рольную деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие

показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием больного.

4. *Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием* (Role-Emotional, RE), предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества). Низкие показатели по шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

5. *Социальное функционирование* (Social Functioning, SF) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

6. *Интенсивность боли* (Bodily Pain, BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность больного.

7. *Жизненная активность* (Vitality, VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности, астении.

8. *Психическое здоровье* (Mental Health, MH) определяет настроение и общий эмоциональный фон, наличие депрессии, тревоги. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Под психосоциальными факторами КЖ в настоящем исследовании понимались социально-демографические и анамнестические характеристики пациентов: пол, возраст, образование, семейное положение, социальный статус, количество предыдущих госпитализаций.

Математико-статистическая обработка данных производилась в программном пакете «Statistica 10.0» и включала в себя анализ данных описательной статистики, оценку значимости различий в уровне выраженности исследуемого признака для несвязанных выборок с помощью критериев Крускала–Уоллиса и Манна–Уитни, анализ значимости различий в пропорциональном соотношении бинарного признака в группах по критерию Фишера, кластерный анализ по методу k-средних.

Результаты и их обсуждение

На *первом этапе* работы было проведено исследование КЖ, связанного со здоровьем, контингента больных с нарушением двигательных функций различной

этиологии в сопоставлении с имеющимися условно-нормативными показателями, полученными по результатам психометрической апробации русскоязычной версии опросника SF-36 [12]. Результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительный анализ значимости различий в качестве жизни пациентов с нарушением двигательных функций различной этиологии (N=126) в сопоставлении с условно-нормативными показателями

Субшкалы опросника SF-36	Условно-нормативные показатели (n=2114)*	Последствия ОНМК (n=47)		Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника (n=48)		Хронические ревматоидные заболевания (n=31)	
	M±SD	M±SD	p*	M±SD	p*	M±SD	p*
GH – Общее состояние здоровья	54,1±19,4	45,1±13,1	0,002	43,9±20,3	0,000	55,5±17,8	0,691
PF – Физическое функционирование	79,6±22,0	42,5±22,4	0,000	41,0±24,7	0,000	47,0±27,8	0,000
RP – Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	64,9±37,0	17,0±23,2	0,000	13,8±26,2	0,000	16,7±34,3	0,000
RE – Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	66,5±36,7	35,0±41,7	0,000	47,7±40,5	0,001	33,4±41,1	0,000
SF – Социальное функционирование	68,0±22,1	47,2±19,3	0,000	45,7±14,2	0,000	40,8±14,4	0,000
BP – Интенсивность боли	66,4±25,0	55,6±25,0	0,003	29,9±16,7	0,000	29,4±16,7	0,000
VT – Жизненная активность	56,2±18,2	49,5±21,1	0,012	50,9±19,2	0,044	43,6±19,7	0,000
MH – Психическое здоровье	58,0±16,4	56,1±18,3	0,433	62,0±18,5	0,096	56,0±18,9	0,501

Примечание: * – уровень статистической значимости различий.

Обозначение: ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения.

Как видно из табл. 1, в результате сопоставления средних показателей КЖ обследованных групп больных с двигательными нарушениями различной этиологии с условно-нормативными было выявлено достоверное снижение показателей КЖ по всем шкалам опросника SF-36 за исключением шкалы психического здоровья. Таким образом, нарушение двигательных функций, безусловно, снижает КЖ по всем аспектам функционирования, при этом показатели психического здоровья обследованной выборки остаются конкордатными общепопуляционным.

На *втором этапе* работы изучались социально-психологические факторы КЖ, связанного со здоровьем, у больных с нарушением двигательных функций различной этиологии. Для исследования КЖ было использовано двукатегориальное ранжирование: к данным, характеризующим КЖ пациентов, применялась процедура кластерного анализа по методу *k*-средних, позволяющая сгруппировать объекты в заданное число кластеров [11]. С учетом многофакторной структуры исходных данных для каждой нозологии были выделены контрастные по уровню КЖ группы: с высоким и низким уровнями КЖ.

В группе пациентов с двигательными нарушениями в результате острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) было 14 человек с высоким КЖ и 33 человека с низким КЖ; в группе пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника – 22 человека с высоким КЖ и 26 человек с низким КЖ; в группе с двигательными нарушениями на фоне хронических ревматоидных заболеваний – 9 человек с высоким КЖ и 22 человека с низким КЖ. В результате попарного сравнения пропорционального соотношения указанных категорий пациентов в обследованных нозологических группах при помощи критерия Фишера достоверных различий зафиксировано не было ($p > 0,05$). Это позволило объединить имеющиеся данные всех обследованных нозологических групп для дальнейшего анализа КЖ. Таким образом, общее количество пациентов с двигательными нарушениями, оценивающих свое КЖ как высокое, составило 45 человек (35,7%), как низкое – 81 человек (64,3%) (рис. 1).

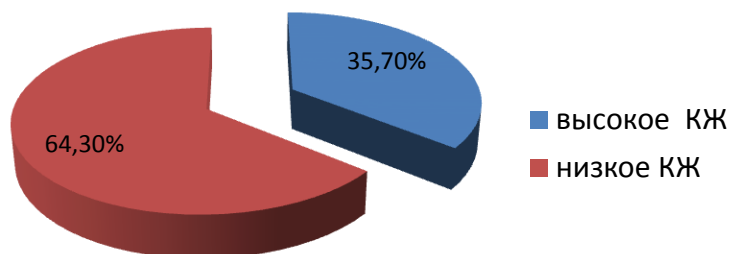


Рис. 1. Пропорциональная представленность высокого и низкого КЖ у больных с нарушением двигательных функций

Далее психосоциальные факторы КЖ, связанного со здоровьем, изучались в рамках произведенной кластеризации. Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2

Социально-демографические и анамнестические характеристики обследованного контингента больных с нарушением двигательных функций (N=126)

Социально-демографические и анамнестические характеристики		Высокое КЖ (n=45)	Низкое КЖ (n=81)
Пол (абс./%)	Женский	20 (44,4%)	46 (56,8 %)
	Мужской	25 (56,6%)	35 (43,2 %)
Возраст (M±SD)		50,7±12,3	55,9±10,0
Количество лет, затраченных на получение образования (M±SD)		13,3±1,9	12,9±1,9
Семейное положение (абс./%)	В браке	24 (53,3%)	48 (59,3%)
	Разведен	14 (31,1%)	19 (23,5%)
	Вдова (вдовец)	2 (4,4%)	11 (13,6%)
	Никогда не состоял в браке	5 (11,2%)	3 (3,6%)
Социальный статус (абс./%)	Работает	16 (35,6%)	17 (21,0%)
	Домохозяйка	2 (4,4%)	4 (4,9%)
	Пенсионер	19 (42,2%)	49 (60,5%)
	Временно не работает	8 (17,8%)	11 (13,6%)
Количество предыдущих госпитализаций (абс./%)	Ни одной	15 (33,3%)	21 (25,9%)
	1-2	10 (22,2%)	26 (32,1%)
	3 и более	20 (44,5%)	34 (42,0%)

Из табл. 2 видно, что, с точки зрения половой представленности, группы больных, оценивающих свое КЖ как высокое и как низкое, состоят из приблизительно одинакового соотношения мужчин и женщин. Достоверных различий в пропорциях мужчин и женщин в группах с высоким и низким КЖ, оцениваемых с помощью критерия Фишера, зафиксировано не было ($p=0,13$). Таким

образом, можно сделать вывод о том, что биологический пол для обследованного контингента больных не является значимым фактором КЖ, связанного со здоровьем.

Средний возраст в группе лиц, оценивающих свое КЖ, связанное со здоровьем, как высокое, составил $50,7 \pm 12,3$ лет; в группе, оценивающих свое КЖ как низкое – $55,9 \pm 10,0$ лет. Анализ значимости возрастных различий по критерию Манна–Уитни позволил интерпретировать описанные различия, как статистически достоверные ($U=1310,5$, $p=0,01$), то есть возраст является фактором снижения КЖ, связанного со здоровьем.

Уровень образования обследованных групп в основном описывается как среднее специальное и достоверно не различается ($U=1615,5$, $p=0,25$): $13,3 \pm 1,9$ лет и $12,9 \pm 1,9$ лет, потраченных на получение образования в группах соответственно.

Семейное положение также не является значимым фактором КЖ, связанного со здоровьем, в обследованных группах. Результаты анализа пропорциональной представленности в группах больных с высоким и низким КЖ у лиц, состоящих в браке, разведенных, овдовевших и никогда не состоявших в браке, достоверных различий не подтвердили ($p > 0,05$). При этом проведение аналогичной процедуры анализа применительно к социальному статусу обследованных выявило достоверное преобладание лиц, находящихся на пенсии в группе больных, оценивающих свое КЖ как низкое (60,5%) по сравнению с лицами, оценивающими свое КЖ, как высокое (42,2%). Доля же работающих в группе с высоким КЖ превышает соответствующий показатель группы с низким КЖ (35,6% против 21,0%) на уровне статистической тенденции ($p=0,06$) (рис. 2).

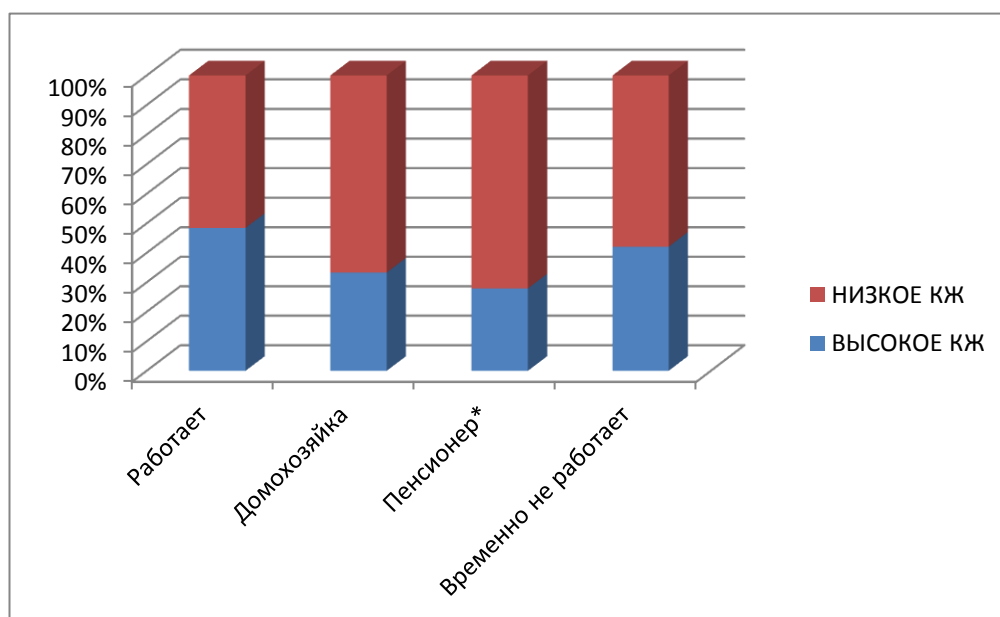


Рис. 2. Социальный статус в группах больных с высоким ($n=45$) и низким ($n=81$) КЖ

Описанный результат соответствует имеющимся в литературе данным о психологической «болезненности» выхода на пенсию, обусловленной резкой переменой социального положения, тем, от чего страдают самооценка и самоуважение человека [8]. Двигательные нарушения зачастую приводят к ранней инвалидизации трудоспособного населения, к вынужденному уходу с работы [13], вследствие чего люди перестают осознавать себя востребованными и начинают испытывать оторванность от социальной жизни, переживать свою ненужность государству и обществу [15]. Нельзя не учитывать и резкое ухудшение их материального благосостояния. Многие из них оказываются за чертой бедности, что сопровождается стрессом, вследствие которого могут развиваться психосоматические расстройства [8].

Анализ значимости различий показателей КЖ в группах с высоким и низким КЖ выявил наличие достоверных различий по всем шкалам опросника SF-36, кроме шкал SF (социальное функционирование) и ВР (интенсивность боли). Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3

Анализ значимости различий (U-критерий Манна-Уитни) показателей КЖ в группах с высоким и низким КЖ (N=126)

Субшкалы опросника SF-36	U	p*	Высокое КЖ (n=45) (M±SD)	Низкое КЖ (n=81) (M±SD)
GH – Общее состояние здоровья	1392,5	0,040	51,1±17,0	44,8±17,9
PF – Физическое функционирование	1390,0	0,030	49,4±25,7	39,4±22,5
RP – Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	1265,5	0,001	28,3±36,8	8,6±16,2
RE – Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	28,5	0,000	89,0±17,2	11,7±18,1
SF – Социальное функционирование	1664,5	0,410	43,9±15,4	45,7±17,0
BP – Интенсивность боли	1470,5	0,070	46,0±28,3	35,6±19,9
VT – Жизненная активность	878,5	0,000	60,1±18,0	42,2±18,3
MH – Психическое здоровье	855,5	0,000	68,9±13,9	52,5±18,4

Примечание: * – уровень статистической значимости различий. Факт имеющегося в ряде случаев превышения показателей стандартного отклонения над соответствующими значениями средних по шкалам опросника SF-36 свидетельствует об отсутствии нормального распределения данных и учтен при выборе критериев анализа (непараметрические).

Из табл. 3 видно, что максимальные различия (на уровне $p \leq 0,001$) между группами с высоким и низким КЖ получены по шкалам опросника SF-36, отражающим преимущественно психологическую составляющую: Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, Жизненная активность, Психическое здоровье. По шкалам, отражающим в большей мере физическую составляющую КЖ, различия имеют либо меньшую статистическую достоверность ($p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$ для шкал Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, Общее состояние здоровья, Физическое функционирование), либо отсутствуют вовсе (шкалы Социальное функционирование и Интенсивность боли).

Переменная количества предыдущих госпитализаций была введена в исследование с учетом фармакоэкономических аспектов, возможного формирования госпитализма, наличия вторичной выгоды от заболевания и т.п. Таким образом, предшествующий опыт прохождения медицинской реабилитации больных описывался в следующих градациях: «никогда не госпитализировался», «госпитализировался один-два раза», «госпитализировался три и более раз». В ходе попарного сравнения (критерий Фишера) пропорциональной представленности соответствующих категорий в группах больных с высоким и низким КЖ достоверных различий обнаружено не было. Как в группе с высоким КЖ, так и в группе с низким КЖ процентная представленность часто госпитализирующихся (3 и более раз) больных составляет чуть более 40% (44,5% и 42,0% соответственно). Описанный результат не позволяет интерпретировать количество госпитализаций как фактор формирования качества жизни, однако заставляет задуматься, прежде всего, о происхождении столь высокой частотности госпитализаций: возможно, это соотносится с продолжительностью заболевания, однако возникает также предположение, что большое количество госпитализаций у людей пожилого возраста – это одна из возможных форм социализации.

Выводы

Таким образом, проведенное исследование позволяет обозначить субъективно оцениваемое качество жизни как методическую основу для составления индивидуальных программ психологической реабилитации.

Представляется важным для практикующих специалистов (медицинских психологов, реабилитологов, социальных работников) факт отсутствия связи между нозологией заболевания и субъективным качеством жизни. Можно предположить, что чувства бессилия, беспомощности, утраты контроля, возникающие вследствие невозможности полноценно реализовать одну из основных потребностей человеческого организма – потребность в движении, – создают идентичный психологический контекст состояния и субъективных переживаний больного вне зависимости от того, чем вызваны двигательные нарушения.

Вполне ожидаемые результаты, позволяющие обозначить возраст и социальный статус (выход на пенсию) в качестве значимых психосоциальных

факторов формирования КЖ, связанного со здоровьем, также необходимо учитывать в процессе психокоррекционной работы. При этом показано, что половая принадлежность, семейное положение, уровень образования, количество предыдущих госпитализаций по восстановительному лечению не ассоциируются с субъективной оценкой КЖ.

Литература

1. *Алехин А.Н., Андреева Е.В., Гончарова Н.С., Мусеева О.М., Трифонова Е.А.* Факторы социально-психологической адаптации пациентов с синдромом Эйзенменгера // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2012. Т. 91. № 9. С. 14–22.
2. *Архарова О.Н., Вагнер В.Д.* Влияние социально-демографических признаков на качество жизни ортодонтических пациентов // Институт стоматологии. 2015. Т. 69. № 4. С. 42–45.
3. *Батышева Т.Т., Бойко А.Н., Костенко Е.В.* Методологические основы лечения спастичности. Медико-социальные аспекты лечения спастичности в практике врача-невролога // Материалы научно-практической конференции. М., 2010. С. 6–9.
4. *Бернштейн Н.А.* О построении движений. М.: Книга по требованию, 2012. 253 с.
5. *Бучнов А.Д., Лупанов А.И., Матвиенко В.В., Карп В.Н.* Медико-социальные аспекты здоровья и качества жизни военнослужащих с заболеваниями позвоночника // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2006. № 2. С. 76–80.
6. *Васильева И.А., Бабарыкина Е.В., Добронравов В.А.* Социально-демографические характеристики и качество жизни больных на гемодиализе // Нефрология. 2012. Т. 16. № 4. С. 55–61.
7. *Вассерман Л.И., Михайлов В.А., Табулина С.Д.* Психологическая структура качества жизни больных с эпилепсией. Пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 2008. 22 с.
8. *Ильин Е.П.* Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм, лень. СПб.: Питер. 2011. 224 с.
9. *Колотова Г.Б., Кузнецова Н.А.* Качество жизни больных анкилозирующим спондилитом // Уральский медицинский журнал. 2012. Т. 101. № 9. С. 96–101.
10. *Манвелов Л.С.* Вертеброгенные болевые синдромы // Нервные болезни. 2004. № 3. С. 42–44.
11. *Наследов А.Д.* Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. СПб.: Речь, 2004. 392 с.

12. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. / Под ред. Ю.Л. Шевченко. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. 320 с.
13. Образовательная программа по депрессивным расстройствам (редакция 2008 г.). Т. 2. Депрессия и соматические заболевания / под ред. В.Н. Краснова. М.: МНИИ Психиатрии, 2010. 171 с.
14. Проценко А.С. Современные тенденции оценки эффективности медицинской помощи через критерий качества жизни // Материалы международной заочной научно-практической конференции «Современная медицина: тенденции развития». Новосибирск: Сибирская ассоциация консультантов, 2012. С. 92–96.
15. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга/ Под общ. ред. Г.Е. Ивановой, В.В. Крылова, М.Б. Цыкунова, Б.А. Поляева. М.: ОАО «Московские учебники и Картолитография», 2010. 640 с.
16. Шишкова Ю.А. Клинические, психологические и социально-демографические аспекты качества жизни у больных сахарным диабетом 1 типа молодого возраста. Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. М., 2012. 28 с.
17. Crowe M., Whitehead L., Gagan M.J., Baxter D., Panckhurst A. Self-management and chronic low back pain: a qualitative study // Journal of Advanced Nursing. 2010. Vol. 66. № 7. P. 1478–1486. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05316.x (дата обращения: 24.06.2015).
18. Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model // American Journal of Psychiatry. 1980. Vol. 137. № 5. P. 535–544. doi: 10.1176/ajp.137.5.535 (дата обращения: 24.06.2015).

Psychosocial Factors of Health-Related Quality of Life in Patients with Movement Disorders

Kotel'nikova, A.V.,

PhD. (Psychology), Senior Research Assistant, Laboratory of Medical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine, Moscow, Russia, pav-kotelnikov@ya.ru

Kukshina, A.A.,

PhD. (Medicine), Director, Laboratory of Medical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine, Moscow, Russia, kukshina@list.ru

The aim of present work was to investigate the psychosocial factors of quality of life associated with health in patients with impaired motor functions. Representative sample consisted of 126 patients with impaired motor functions of various etiologies receiving medical rehabilitation. The contribution of socio-demographic and anamnesis characteristics (gender, age, education, marital status, social status, number of previous hospitalizations) in the formation of the quality of life has studied. The patients age, social status (retirement) are designated as significant factors. At the same time gender, marital status, education level, number of hospitalizations for rehabilitation treatment is not associated with the subjective assessment of the quality of life in the examined group of patients.

Keywords: quality of life, movement disorders, gender, age, marital status, social status, retirement, number of hospitalizations.

References

1. Alekhin A.N., Andreeva E.V., Goncharova N.S., Moiseeva O.M., Trifonova E.A. Faktory sotsial'no-psikhologicheskoi adaptatsii patsientov s sindromom Eizenmengera [Factors of psychosocial adaptation in patients with Eisenmenger syndrome]. *Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta [Scientific Notes of P.F. Lesgaft University]*, 2012, vol. 91, no. 9, pp. 14–22. (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Arharova O.N., Vagner V.D. Vliyanie sotsial'no-demograficheskikh priznakov na kachestvo zhizni ortodonticheskikh patsientov [Influence of social and demographic

attributes on quality of life of orthodontic patients]. *Institut stomatologii [Institute of Dentistry]*, 2015, vol. 69, no. 4, pp. 42–45. (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Batysheva T.T., Boiko A.N., Kostenko E.V. Metodologicheskie osnovy lecheniya spastichnosti. Mediko-sotsial'nye aspekty lecheniya spastichnosti v praktike vrach-nevrologa [Methodological bases of the treatment of spasticity. Medical and social aspects of spasticity treatment in the practice of a neurologist]. *Materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii [Materials of scientific-practical conference]*. Moscow, 2010, pp. 6–9. (in Russ.).

4. Bernshtein N.A. O postroenii dvizhenii [About construction of movements]. Moscow: Kniga po trebovaniyu, 2012. 253 p. (In Russ.).

5. Buchnov A.D., Lupanov A.I., Matvienko V.V., Karp V.N. Mediko-sotsial'nye aspekty zdorov'ya i kachestva zhizni voennosluzhashchikh s zabolevaniyami pozvonochnika [Medical and social aspects of health and quality of life of soldiers with spinal disorders]. *Vestnik Rossiyskoy VoЕННО-meditsinskoy akademii [Bulletin of the Russian Academy of Military Medicine]*, 2006, no. 2, pp. 76–80. (in Russ.).

6. Vasilieva I.A., Babarykina E.V., Dobronravov V.A. Sotsial'no-demograficheskie kharakteristiki i kachestvo zhizni bol'nykh na gemodialize [Social-demographic characteristics and quality of life of patients on the hemodialysis]. *Nefrologiya [Nephrology]*, 2012, vol. 16, no. 4, pp. 55–61. (In Russ., abstr. in Engl.).

7. Vasserman L.I., Mikhailov V.A., Tabulina S.D. Psikhologicheskaya struktura kachestva zhizni bol'nykh s epilepsiei. Posobie dlya vrachei i meditsinskikh psikhologov [Psychological structure of the quality of life of patients with epilepsy. Manual for physicians and medical psychologists]. Saint-Petersburg: publ. of Psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva, 2008. 22 p. (In Russ.).

8. Il'in E.P. Rabota i lichnost'. Trudogolizm, perfektsionizm, len' [Work and personality. Workaholism, perfectionism, laziness]. Saint-Petersburg: Piter, 2011. 224 p. (In Russ.).

9. Kolotova G.B., Kuznetsova N.A. Kachestvo zhizni bol'nykh ankiloziruyushchim spondilitom [Quality of life of patients with ankylosing spondylitis]. *Ural'skii meditsinskii zhurnal [Urals Medical Journal]*, 2012, vol. 101, no. 9, pp. 96–101. (In Russ., abstr. in Engl.).

10. Manvelov L.S. Vertebroгенные болевые синдромы [Vertebrogenic pain syndromes]. *Nervnye bolezni [Nerve Disease]*, 2004, no. 3, pp. 42–44. (In Russ.).

11. Nasledov A.D. Matematicheskie metody psikhologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretatsiya dannykh. Uchebnoe posobie [Mathematical methods of psychological research. Analysis and interpretation of data. Textbook]. Saint-Petersburg: Rech', 2004. 392 p. (In Russ.).

12. Novik A.A., Ionova T.I. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine [Guidelines for the study of quality of life in medicine]*. 2-e izd. Yu.L. Shevchenko (ed.). Moscow: OLMA Media Group, 2007. 320 p. (In Russ.).

13. Obrazovatel'naya programma po depressivnym rasstroystvam (redaktsiya 2008). T. 2: Depressiya i somaticheskie zabolevaniya [Educational program for depressive disorders (revised 2008). Vol. 2: Depression and somatic diseases]. V.N. Krasnov (ed.). Moscow: publ. of MNII Psikhiiatrii, 2010. 171 p. (In Russ.).
14. Protsenko A.S. Sovremennye tendentsii otsenki effektivnosti meditsinskoi pomoshchi cherez kriterii kachestva zhizni [Modern trends in estimation of the effectiveness of medical care through the quality of life criterion]. *Materialy mezhdunarodnoi zaochnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Sovremennaya meditsina: tendentsii razvitiya» [Proceedings of the International Correspondence Scientific-Practical Conference «Modern Medicine: Development Trends»]*. Novosibirsk: Sibirskaya assotsiatsiya konsul'tantov, 2012, pp. 92–96. (In Russ.).
15. Reabilitatsiya bol'nykh s travmaticheskoi bolezn'yu spinnogo mozga [Rehabilitation of patients with traumatic spinal cord disease]. G.E. Ivanova, V.V. Krylov, M.B. Tsykunov, B.A. Polyayev (eds.). Moscow: OAO "Moskovskie uchebniki i Kartolitografiya", 2010. 640 p. (In Russ.).
16. Shishkova Yu.A. Klinicheskie, psikhologicheskie i sotsial'no-demograficheskie aspekty kachestva zhizni u bol'nykh sakharnym diabetom 1 tipa molodogo vozrasta [Clinical, psychological and socio-demographic aspects of quality of life in young patients with type 1 diabetes. PhD. (Medicine) Thesis]. Moscow, 2012. 28 p. (In Russ.).
17. Crowe M., Whitehead L., Gagan M.J., Baxter D., Panckhurst A. Self-management and chronic low back pain: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, vol. 66, no. 7, pp. 1478–1486. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05316.x (Accessed: 24.06.2015).
18. Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*. 1980, vol. 137, no. 5, pp. 535–544. doi: 10.1176/ajp.137.5.535 (Accessed: 24.06.2015)

Профили когнитивного дефицита при параноидной шизофрении и шизотипическом расстройстве

Лебедева Г.Г.,

ассистент, кафедра общей и медицинской психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, lebedeva2512@gmail.com

Исаева Е.Р.,

доктор психологических наук, доцент, заведующая кафедрой, кафедра общей и медицинской психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, isajeva@yandex.ru

Статья посвящена поиску более точных психодиагностических методов и оценочных средств для определения степени выраженности когнитивного дефицита у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. В статье анализируются понятия «когнитивного дефицита» и «когнитивного профиля», понимаемые как соотношение сохранных и нарушенных компонентов когнитивных процессов и их схематическое представление. Авторами обосновывается необходимость четкой градации выявляемых при шизофрении когнитивных нарушений, разработки универсальных алгоритмов перевода результатов традиционного качественного (содержательного) анализа нарушений познавательной деятельности в количественные показатели. В основу статьи легли результаты собственного экспериментально-психологического исследования авторов. В исследовании приняли участие 128 пациентов: 76 человек с параноидной шизофренией (F 20 по МКБ-10) и 52 человека с шизотипическим расстройством (F 21 по МКБ-10). Для оценки когнитивного дефицита использовались как традиционные отечественные методики, так и зарубежные тесты, редко используемые в практике медицинского психолога. В ходе исследования анализировались различия в выполнении когнитивных тестов между группами пациентов с разной формой шизофрении, а также с разной длительностью заболевания (до 5 лет и более 5 лет). На основе количественных данных выстраивался когнитивный профиль по каждому заболеванию. В результате были определены разные варианты когнитивного дефицита в зависимости от формы и течения заболевания. Авторами статьи подробно описаны структура и динамика когнитивного дефицита при разных формах шизофрении и в зависимости от разной длительности заболевания и составлены на этой основе когнитивные профили.

Ключевые слова: шизофрения, когнитивный дефицит, когнитивные нарушения, когнитивный профиль

Для цитаты:

Лебедева Г.Г., Исаева Е.Р. Профили когнитивного дефицита при параноидной шизофрении и шизотипическом расстройстве [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 1. С. 79–94. doi: 10.17759/psyclin.2017060106

For citation:

Lebedeva, G.G., Isaeva, E.R. Profiles of Cognitive Deficits in Paranoid Schizophrenia and Schizotypal Disorder [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2017, vol. 6, no. 1, pp. 79–94. doi: 10.17759/psycljn.2017060106 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Понятие нейрокогнитивного дефицита внедрилось в тезаурус психиатрии и медицинской психологии. Учеными подчеркивается важность изучения в рамках когнитивного дефицита нарушений внимания (в основном, избирательности), ограничений слуховой и зрительной рабочей памяти, снижения скорости реакции и активности психических (информационных) процессов и нарушений исполнительных функций – программирования, регуляции и контроля психической деятельности [15; 16; 18; 19]. К настоящему времени накоплено огромное количество публикаций об особенностях когнитивного дефицита: только в англоязычной литературе превышает три тысячи [1; 14; 17] и за последние 20 лет выросло почти в 7 раз [11; 20]. Кроме того, условия современной практической деятельности медицинского психолога все чаще обуславливают необходимость фиксации степени выраженности когнитивных нарушений. Так, например, определение степени выраженности психического дефекта, или дефицита, является важной задачей и требованием медико-социальной экспертизы [2]. В реабилитационной практике выраженность ограничений основных категорий жизнедеятельности выводится через определение степени выраженности нарушений функций различных систем организма в качественных характеристиках (незначительные, умеренные, выраженные, значительно выраженные), в основе которых лежат количественные показатели [7; 8; 9; 16]. Четкая градация (в баллах) степени выраженности когнитивных нарушений облегчит постановку задач в полипрофессиональном курировании пациентов, повышая наглядность и доступность данных для сравнения с другими социальными и клиническими показателями. Все вышесказанное определяет необходимость разработки универсальных алгоритмов перевода результатов качественного (содержательного) анализа нарушений функционирования психики (психической, познавательной деятельности) в количественные показатели. В связи с этим совершенствование методов и формы представления (наглядность, схематичность и количественная оценка) результатов экспериментально-психологического обследования пациентов по-прежнему остается весьма актуальной задачей современной медицинской психодиагностики.

Целью настоящего исследования является уточнение и описание структуры и динамики когнитивного дефицита в зависимости от формы шизофрении и длительности заболевания и составление на этой основе когнитивных профилей.

Эмпирическая база исследования

В исследовании приняли участие 128 человек в возрасте от 16 до 45 ($26,02 \pm 0,60$) лет, из которых 81 мужчина (63%) и 47 (37%) женщин. Пациентов с диагнозом параноидная шизофрения (F 20 по МКБ-10) – 76 человек; пациентов с шизотипическим расстройством (F 21 по МКБ-10) – 52 человека. Группы больных являлись сопоставимыми по основным социально-демографическим характеристикам.

Критерии отбора: наличие клинически установленного диагноза в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10; отсутствие на момент обследования острой психотической симптоматики, выраженного интеллектуально-мнестического снижения и признаков нейрорепитического синдрома; отсутствие полиморфной симптоматики и коморбидных расстройств; информированное добровольное согласие на участие в исследовании и отсутствие возражений со стороны лечащего врача; правшество пациентов.

Методы и методики. Для оценки степени выраженности когнитивного дефицита использовались: тест «Последовательные соединения» (Trail Making Test, TMT, части А и Б; Reitan R.M., Wolfson D., 1993), тест беглости речевых ответов (Verbal Fluency Test, VFT; Lezak M.D., 1995), тест «Сложная фигура Рея–Остеррица» (Rey–Osterrieth Complex Figure Test), таблицы Шульте–Горбова (Горбов Ф.Д., 1971), таблицы Шульте (Рубинштейн С.Я., 1998), субтесты «Кубики», «Шифровка», «Повторение цифр» методики Д. Векслера (Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И., 2006), тест на запоминание 10 слов (Лурия А.Р., 1969), стандартные прогрессивные матрицы Дж. Равена (Равен Дж.К., Корт Дж.Х., Равен Дж., 2002), пиктограммы (Херсонский Б.Г., 2000).

В ходе исследования анализировались различия в выполнении когнитивных тестов между группами пациентов с разной формой шизофрении (F 20 и F 21) и разной длительностью болезни (менее 5 лет и более 5 лет). Сравнение между группами проводилось с помощью U-теста Манна–Уитни.

Результаты и их обсуждение

Более подробно результаты проведенного многостороннего исследования когнитивных процессов пациентов исследуемых групп представлены в наших предыдущих публикациях [9; 13].

В данной статье для оценивания степени выраженности когнитивных нарушений нами были введены три градации: 0 – отсутствие нарушений, нормативные показатели, 1 – легкая степень нарушений, 2 – выраженная степень нарушений.

Полученные в экспериментально-психологическом обследовании пациентов показатели когнитивных функций переводились по этой градуированной шкале в количественные характеристики (нормативные показатели, легкая степень нарушений, выраженная). На основе переведенных данных выстраивался когнитивный профиль по каждому заболеванию (F 20 и F 21). Когнитивный профиль понимался нами как соотношение сохранных и нарушенных компонентов когнитивных процессов. Полученные профили представлены на рис. 1–5.

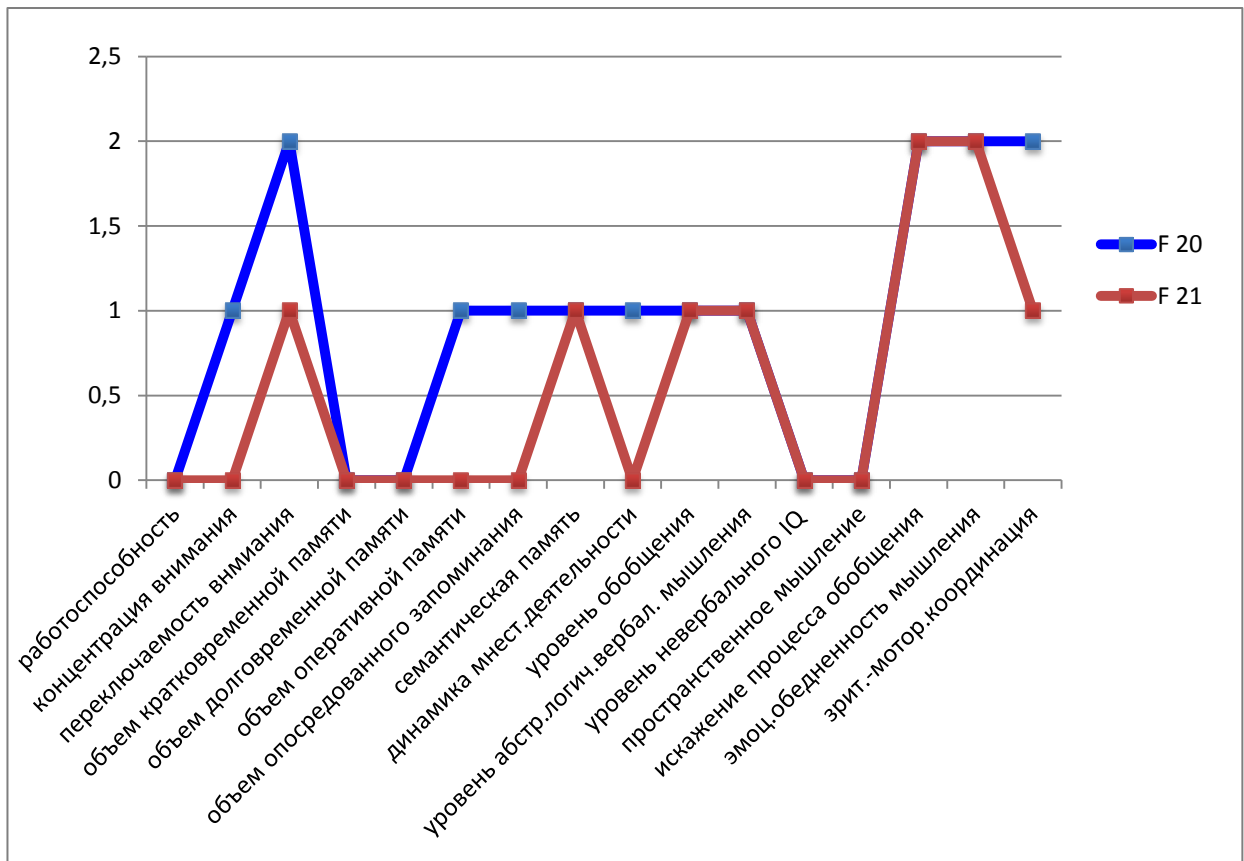


Рис. 1. Когнитивные профили у пациентов сравниваемых групп

Как видно на рис. 1, в обеих группах пациентов отмечалось отсутствие нарушений в следующих когнитивных параметрах (0 баллов – нормативный показатель): уровень работоспособности, объем кратковременной памяти, эффективность долговременной памяти, пространственное мышление, уровень невербального интеллекта. У пациентов с параноидной шизофренией (F 20) была обнаружена легкая степень снижения (1 балл) по следующим параметрам: концентрация внимания, объем оперативной памяти, опосредованного запоминания и семантической памяти, динамика мнестической деятельности, уровень обобщения, уровень абстрактно-логического вербального мышления. А выраженная степень нарушений (2 балла) была зафиксирована по таким параметрам, как: переключаемость внимания, искажение процесса обобщения, эмоциональная обедненность мышления, согласованность деятельности зрительного и двигательного анализаторов.

У пациентов с шизотипическим расстройством (F 21) отмечалась легкая степень снижения переключаемости внимания, семантической памяти, согласованности одновременной деятельности зрительного и двигательного анализаторов, уровня обобщения, уровня абстрактно-логического вербального мышления, а также выраженная степень нарушений мышления: искажение процесса обобщения, эмоциональная обедненность мышления.

С целью исследования динамики когнитивных показателей у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством исследованы средние значения у групп пациентов, болеющих до 5 лет и более 5 лет. На рис. 2 и 3 представлены данные, имеющие различия в показателях на уровне статистической значимости ($p \leq 0,05$).

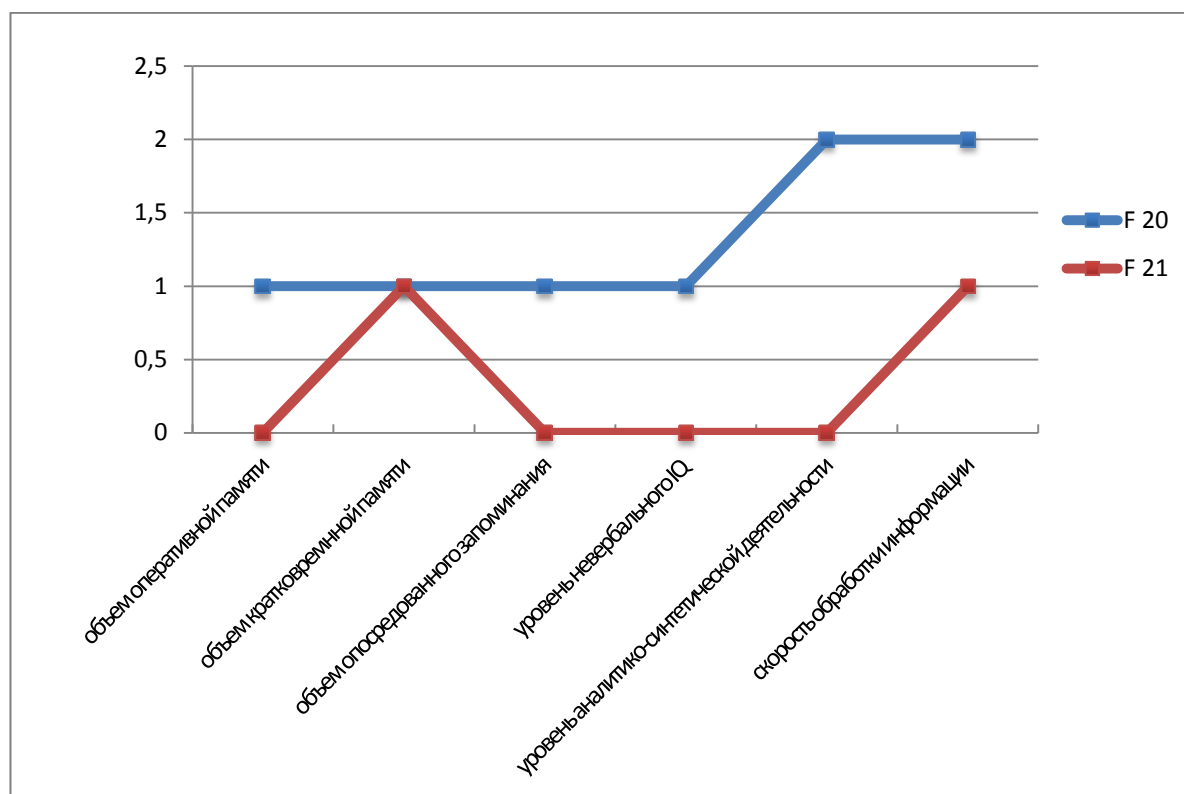


Рис. 2. Когнитивные профили у пациентов сравниваемых групп (длительность заболевания до 5 лет)

На рис. 2 можно увидеть, что у пациентов с шизотипическим расстройством при первом психотическом эпизоде (длительность заболевания до 5 лет) отмечается отсутствие нарушений в следующих когнитивных параметрах (0 баллов): объем оперативной памяти и объем опосредованного запоминания, уровень невербального интеллекта, уровень аналитико-синтетической деятельности. В обеих группах пациентов уже при первом психотическом эпизоде фиксировалась легкая степень нарушений объема кратковременной памяти. Помимо этого у пациентов с параноидной шизофренией наблюдалась легкая степень (1 балл) уменьшения объема оперативной памяти и опосредованного запоминания,

снижение уровня невербального интеллекта, а у пациентов с шизотипическим расстройством – снижение скорости обработки информации. Выраженная степень когнитивных нарушений (2 балла) на этапе заболевания до 5 лет была зафиксирована только в группе пациентов с параноидной шизофренией в показателях уровня аналитико-синтетической деятельности и скорости обработки информации.

Таким образом, пациенты с параноидной шизофренией уступали пациентам с шизотипическим расстройством в объеме оперативной и опосредованной памяти, в скорости выполнения заданий на непосредственное и отсроченное воспроизведение уже в первые 5 лет заболевания (первый эпизод), при этом показатели активного внимания, мышления, кратковременной памяти в этих группах значимо не различались. Изучение специфики мыслительных процессов при помощи методики Дж. Равена показало, что пациенты с параноидной шизофренией уже в первые 5 лет заболевания проявляют меньшую способность к динамической (быстрой) наблюдательности и к определению логического принципа непрерывного развития положения фигур в пространстве, прослеживанию непрерывных количественных и качественных изменений, проявляют меньшую способность к (высшей) абстракции и динамическому синтезу, обладают менее сохранным логичностью мышления, чем пациенты с шизотипическим расстройством; в пиктограммах они чаще используют атрибутивные, индивидуально-значимые образы.

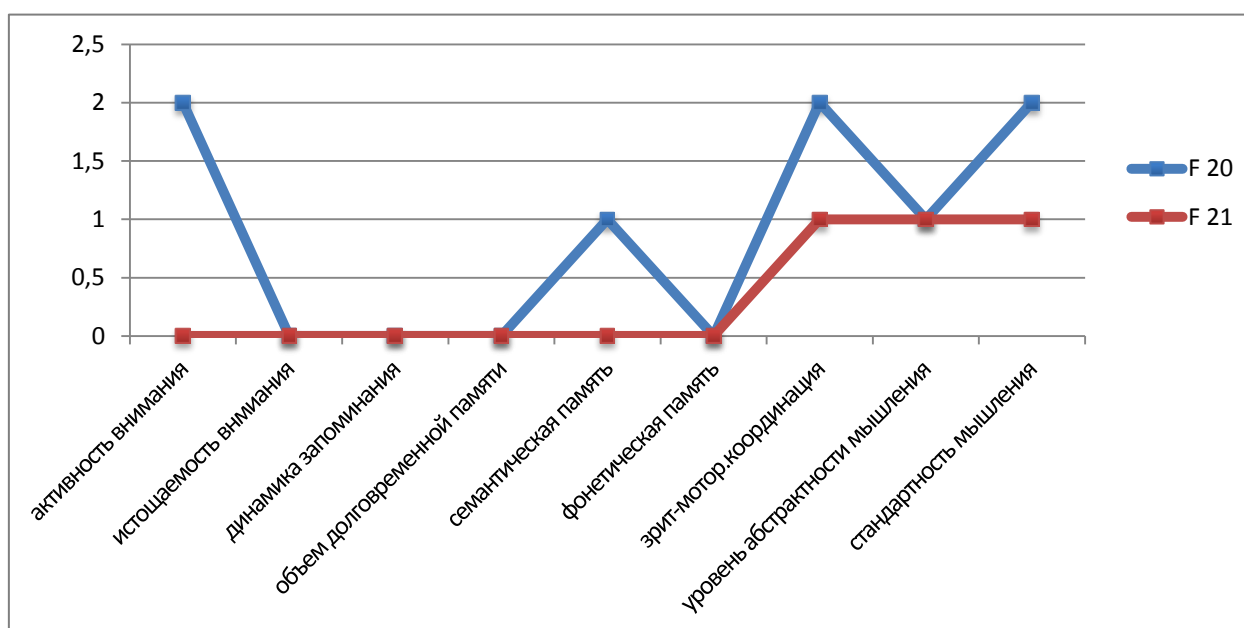


Рис. 3. Когнитивные профили у пациентов сравниваемых групп (длительность заболевания 6–10 лет)

На рис. 3 показано, что у пациентов с параноидной шизофренией с длительностью заболевания более 5 лет отмечалось отсутствие нарушений (0 баллов) в следующих когнитивных параметрах: динамика запоминания, объем долговременной и вербальной памяти. У пациентов с шизотипическим

расстройством с длительностью заболевания более 5 лет отсутствовали нарушения следующих когнитивных функций: активность внимания, динамика запоминания, объем долговременной памяти, вербальной, семантической памяти. В обеих группах пациентов отмечалась лишь легкая степень нарушений (1 балл) в уровне абстрактности мышления при длительности заболевания более 5 лет. Помимо этого у пациентов с параноидной шизофренией легкая степень снижения наблюдалась также по показателю семантической памяти, а у пациентов с шизотипическим расстройством – в скорости зрительно-моторной координации и в уровне стандартности мышления. Выраженная степень когнитивных нарушений (2 балла) на этапе заболевания более 5 лет была зафиксирована только в группе пациентов с параноидной шизофренией по показателям активности внимания, зрительно-моторной координации, уровня стандартности мышления.

Таким образом, пациенты с параноидной шизофренией с длительностью заболевания более 5 лет значительно уступали пациентам с шизотипическим расстройством по уровню активности внимания, зрительно-моторной координации, стандартности мышления.

Для изучения вариантов когнитивного дефицита, обусловленных различными клиническими характеристиками заболевания у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством, применялся кластерный анализ по методу У. Варда. Анализу подвергались данные, включающие наиболее информативные характеристики испытуемых, которые условно можно разделить на биологические, клинические и психологические. По результатам проведенного кластерного анализа для каждой формы заболевания были получены варианты когнитивного снижения в зависимости от клинических и социальных характеристик заболевания. Так, в группе пациентов с параноидной шизофренией зафиксированы три основных варианта когнитивного снижения (рис. 4), основанные на клинических параметрах заболевания:

1. длительное течение заболевания, сопровождающееся средним уровнем выраженности психопатологической симптоматики, формирует когнитивный дефицит с преобладанием нарушений внимания и зрительно-пространственных функций (кластер 1);

2. позднее начало заболевания и невыраженная клиническая (психопатологическая) симптоматика сопровождаются когнитивным дефицитом с преобладанием нарушений мнестических функций (кластер 2);

3. острое начало заболевания (выраженная психопатологическая симптоматика) в раннем возрасте на начальном этапе («первый эпизод») еще не сопровождается выраженными когнитивными нарушениями, когнитивный дефицит не сформирован (кластер 3).

Для пациентов с шизотипическим расстройством были характерны два основных варианта когнитивного снижения (рис. 5), также включающие клинические параметры заболевания:

1. раннее начало заболевания, сопровождающееся высокими показателями внимания, объема памяти, скорости и качества выполнения заданий, сохранным понятийным мышлением, высоким уровнем динамического синтеза; при этом в мышлении присутствуют искажения (кластер 1);

2. выраженность психопатологических симптомов, сниженные показатели внимания и уровня работоспособности, снижение понятийного мышления и способности к абстрагированию (кластер 2). Более подробно результаты кластерного анализа были представлены в предыдущих публикациях [7; 8].

Затем для каждого варианта были уточнены и описаны профили когнитивного дефицита (рис. 4 и 5).

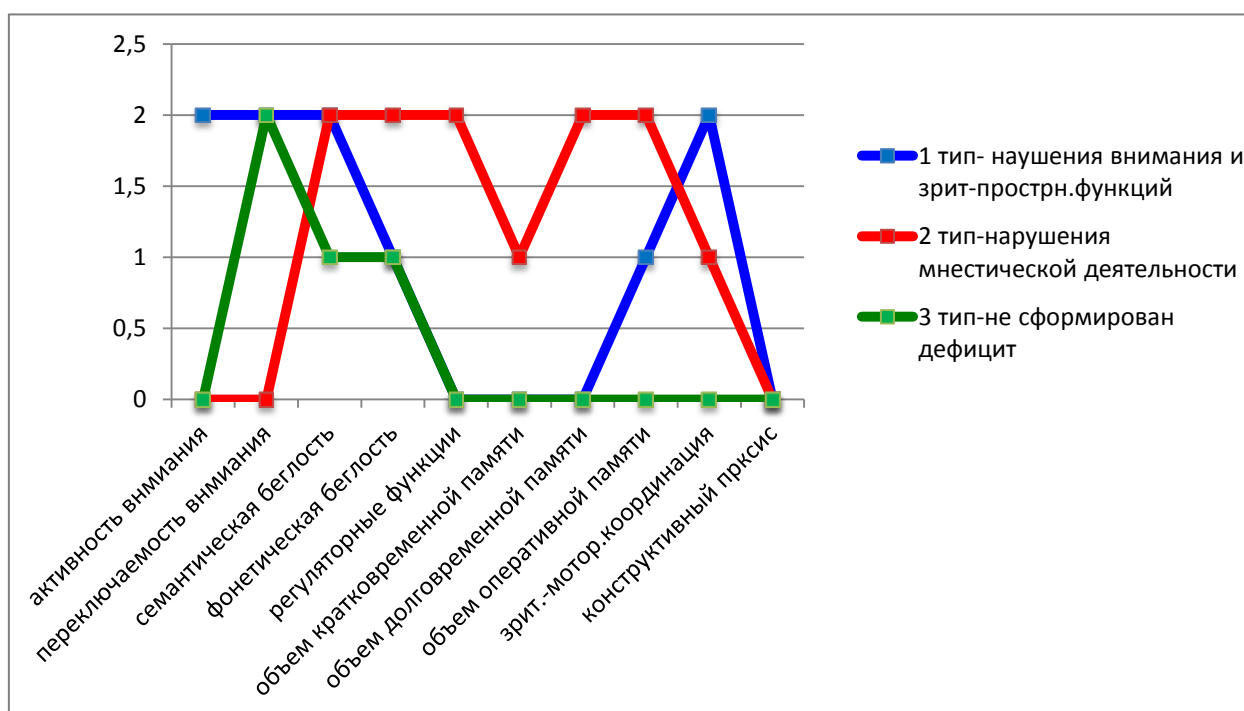


Рис. 4. Варианты когнитивного дефицита у пациентов с параноидной шизофренией

На рис. 4. показано, что в структуре первого типа когнитивного дефицита характерны (кластер 1): наиболее выраженные нарушения внимания, показателей его активности, переключаемости, концентрации, самые низкие показатели зрительно-пространственных функций. При этом показатели опосредованного запоминания, долговременной, оперативной и кратковременной памяти, объема памяти, конструктивного праксиса грубо не нарушены.

Кластер 2, который отражает второй тип когнитивного снижения, характеризуется средними показателями работоспособности, высокими показателями активности, переключаемости внимания, скорости выполнения заданий, но при этом самыми низкими показателями работоспособности, памяти и ее объема.

При третьем типе развития психических нарушений при параноидной шизофрении (кластер 3), как было сказано выше, когнитивный дефицит еще не сформирован. Когнитивное функционирование характеризуется самыми высокими показателями активности внимания и переключаемости, а также оперативной, долговременной памяти, объема памяти, опосредованного запоминания, зрительно-пространственных функций. Показатели понятийного мышления, вербального абстрактного мышления (семантическая и фонетическая беглость) также самые высокие. При этом скорость выполнения заданий на зрительно-пространственную координацию также высока (в сравнении с другими кластерами).

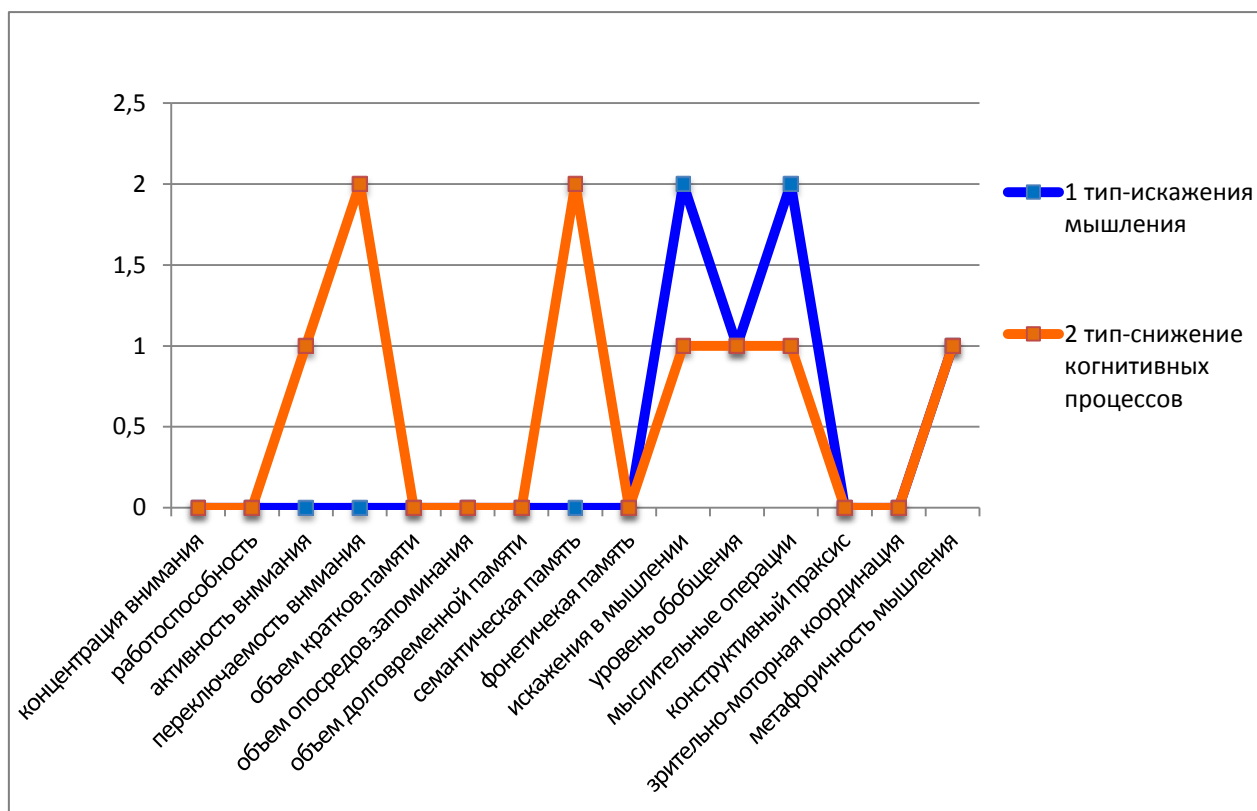


Рис. 5. Типы когнитивного дефицита у пациентов с шизотипическим расстройством

На рис. 5. показано, что при первом типе когнитивного снижения у пациентов с шизотипическим расстройством (кластер №1) отмечается сохранность большинства когнитивных функций: высокий темп работоспособности, высокие показатели внимательности, скорости выполнения заданий, понятийного мышления, семантической беглости, зрительно-моторных функций, пространственных аналитико-синтетических способностей, большой объем опосредованной памяти. При этом для пациентов данного кластера характерен низкий объем оперативной и кратковременной памяти. Мышление характеризуется сильным искажением процесса обобщения, в пиктограммах наблюдается большое количество конкретных, метафорических и повторяющихся образов, а также образов, имеющих индивидуальную значимость; на рисунках преобладает геометрическая,

графическая символика. В мышлении прослеживаются высокие показатели дифференциации и анализа структуры, установления аналогий, закономерностей и динамических перемен, а также более высокие показатели способности к абстракции и динамическому синтезу (методика Равена) в целом.

Второй тип когнитивного дефицита у пациентов с шизотипическим расстройством (кластер 2) характеризуется менее сохранными, по сравнению с первым типом, когнитивными функциями: более низким темпом работоспособности, меньшими показателями понятийного мышления, семантической беглости, зрительно-моторных функций, пространственных аналитико-синтетических способностей, меньшим объемом опосредованной памяти, но при этом более высоким объемом оперативной и кратковременной памяти. Мышление характеризуется большим количеством атрибутивных и формальных, стандартных образов, а также большим количеством оригинальных образов; в ответах наблюдаются меньшее количество искажений и более выраженное снижение процесса обобщения. Также в мышлении прослеживаются более низкие показатели дифференциации и анализа структуры, установления аналогий, закономерностей и динамических перемен, чем в первом варианте, и в целом более низкие способности к абстракции и динамическому синтезу.

Таким образом, проведенное исследование позволило сформулировать следующие **выводы**.

1. Структура когнитивного дефицита различается у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством.

2. В зависимости от длительности заболевания по-разному происходит когнитивное снижение и нарастание дефицита у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством.

3. У пациентов с параноидной шизофренией когнитивный дефицит развивается уже при первом психотическом эпизоде, наблюдается более выраженное снижение когнитивных функций. У пациентов с шизотипическим расстройством когнитивный дефицит проявляется менее выраженными когнитивными нарушениями.

Заключение

В современных исследованиях не описан единый «универсальный» когнитивный дефицит для пациентов с шизофренией, что перекликается не только с результатами представленного исследования, но и с работами других исследователей [5; 9; 12; 15]. Определены разные варианты когнитивного дефицита в зависимости от формы и течения заболевания. Дальнейшая систематизация знаний о когнитивном дефиците и внедрение в систему медицинской психодиагностики современного и удобного алгоритма оценивания и квантификации нарушений в когнитивной сфере у пациентов с шизофренией

позволит оптимизировать работу медицинских психологов. Также это позволит наладить взаимопонимание между медицинскими психологами и врачами-психиатрами, модернизировать их общий тезаурус, основанный на современных научных данных в обеих областях человекознания, близких по своим предмету изучения и истории развития. В конечном счете алгоритм количественного оценивания нарушений в когнитивной сфере у пациентов будет способствовать дальнейшему совершенствованию модели совместной диагностической и лечебно-восстановительной деятельности специалистов в полипрофессиональных бригадах.

Литература

1. *Вербенко В.А.* Нейрокогнитивные расстройства при шизофрении. Симферополь: ООО ДИАЙПИ, 2007. 308 с.
2. *Войтенко Р.М., Саковская В.Г., Филиппова М.П.* Изменения психических процессов и методы их исследования. Значение в МСЭ. Учебно-методическое пособие. СПб.: Айсинг, 2014. 44 с.
3. *Войтенко Р.М.* Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: рук-во для врачей и клинических психологов. СПб.: 2011. 192 с.
4. *Дороднова А.С.* Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: дисс... канд. мед. наук. М., 2006. 175с.
5. *Зайцева Ю.С., Корсакова Н.К.* Динамика нейрокогнитивного дефицита у пациентов с различной степенью прогрессивности шизофрении при первых приступах и в течение 5-летнего катамнеза // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18. № 2. С. 15–25.
6. *Кондратьев Ф.В.* Судьба больных шизофренией (клинико-социальный и судебно-психиатрический аспекты). М: Юстицинформ, 2010. 402 с.
7. *Лебедева Г.Г.* Варианты когнитивного дефицита в сравнении с клиническими характеристиками у пациентов с параноидной шизофренией // Материалы Международного молодежного научного форума «Ломоносов-2015» / Отв. ред. А.И. Андреев, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов. [Электронный ресурс] М.: МАКС Пресс, 2015. URL: http://lomonosov-su.ru/archive/Lomonosov_2015/data/section_22_6911.htm (дата обращения: 23.03.2017).
8. *Лебедева Г.Г. Исаева Е.Р.* Варианты когнитивного дефицита в зависимости от клинических характеристик заболевания у пациентов с параноидной шизофренией // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, 2015. Т. 22. № 1. С. 51–54.

9. Лебедева Г.Г., Исаева Е.Р., Степанова А.В. Когнитивный дефицит при параноидной шизофрении и шизотипическом расстройстве: сравнительное исследование когнитивных нарушений // Вестник Томского гос. пед. ун-та. 2013. Вып. 5. С. 155–160.
10. Магомедова М.В. Соотношение социального функционирования и нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на раннем и отдаленном этапе болезни: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003. 142 с.
11. Минутко В.Л. Шизофрения. Курск: ИПП Курск, 2009. 688 с.
12. Мухитова Ю.В. Когнитивные дисфункции при разной степени выраженности психического дефекта у больных шизофренией: дисс. ... канд. психол. наук. СПб, 2013. 158 с.
13. Степанова А.В., Исаева Е.Р., Коцюбинский А.П., Лебедева Г.Г. Сравнительный анализ когнитивных дисфункций у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2014. № 4. С. 62–67.
14. Шмуклер А.Б. Структурно-функциональная рассогласованность различных отделов головного мозга при шизофрении: роль интегративной перцепции // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20. № 3. С. 86–95.
15. Шмуклер А.Б., Гурович И.Я., Пансуев О.О. Динамика нейрокогнитивных и социально-когнитивных функций при шизофрении / Под ред. З.И. Кекелидзе // Сборник материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. Уфа, 18–20 мая 2016 года. М.: изд-во «ФМИЦПН им. В.П. Сербского», 2016. С.104–105.
16. Gold J.M., Harvey P.D. Cognitive deficit in schizophrenia // Psychiatric clinics of North America. 1993. Vol. 16. P. 259–312.
17. Keefe R.S., Eesley E. Neurocognition in schizophrenia / B.J. Sadock, V.A. Sadock, P. Ruiz (Eds.) // Kaplan&Sadock's comprehensive textbook of psychiatry: 9 ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams&Wilkins, 2009. P. 1531–1541.
18. Savla G.N., Moore D.J., Palmer B.W. Cognitive functioning / K.T. Mueser, D.V. Jeste (Eds.) // Clinical handbook of schizophrenia. New York, NY: Guilford Press, 2008, P. 91–99.
19. Saykin A.J. Gur R.C., Gur R.E., et. al. Neuropsychological function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning // Archives of General Psychiatry. 1991. Vol. 48. P. 618–624.
20. Wykes T., Reeder C. Cognitive Remediation therapy for schizophrenia. London: Routledge, 2005. 315 p.

Profiles of Cognitive Deficits in Paranoid Schizophrenia and Schizotypal Disorder

Lebedeva, G.G.,

Associate Professor, chair of General and Medical Psychology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University", Saint Petersburg, Russia, lebedeva2512@gmail.com

Isaeva, E.R.,

Dr. Sci. (Psychology), chair of General and Medical Psychology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University" of the Ministry of Healthcare of Russian Federation, Saint Petersburg, Russia, isajeva@yandex.ru

The article is devoted to the search for more accurate psycho-diagnostic methods and assessment tools for determining the degree of cognitive deficits in patients with schizophrenic disorders. The concepts of "cognitive deficits" and "cognitive profile", understood as the ratio of intact and damaged components of cognitive processes and their schematic representation are discussed. The authors substantiate the need for a clear gradation of cognitive impairments in schizophrenia, development of universal translation algorithms of traditional qualitative results (meaningful) analysis of violations of cognitive activity in quantitative indicators. The article is based on the results of experimental psychological study. The investigation involved 128 patients: 76 people with Paranoid schizophrenia (F20 according to ICD-10) and 52 persons with Schizotypal disorder (F21 according to ICD-10). To assess the cognitive deficit, both traditional domestic methods and foreign tests, rarely used in the practice of a medical psychologist were conducted. The study analyzed the difference in cognitive tests performance between groups of patients with several types of schizophrenia and with different disease duration (up to 5 years and more). On the basis of quantitative data, a "cognitive profile" was lined for each disease. As a result, different variants of cognitive deficits, depending on the shape and course of the disease have been identified. The structure and dynamics of the cognitive deficits associated with schizophrenia and various forms depending on the different duration of the disease is described in detail. Also cognitive profiles compiled on this basis.

Keywords: schizophrenia, cognitive deficits, cognitive violation, cognitive profile.

References

1. Verbenko V.A. Neyrokognitivnye rasstroystva pri shizofrenii [Neurocognitive disorders in schizophrenia]. Simferopol': OOO DIAYPI, 2007. 308 p.
2. Voytenko R.M., Sakovskaya V.G., Filippova M.P. Izmeneniya psikhicheskikh protsessov i metody ikh issledovaniya. Znachenie v MSE. Uchebno-metodicheskoe posobie [Changes in mental processes and methods of their study. Meaning in ITU. Educational handbook]. Saint-Petersburg: Aysing, 2014. 44 p.
3. Voytenko R.M. Sotsial'naya psikhatriya s osnovami mediko-sotsial'noy ekspertizy i reabilitologii: ruk-vo dlya vrachey i klinicheskikh psikhologov [Social psychiatry with the basics of medical and social expertise and rehabilitation: a hand-for physicians and clinical psychologists]. Saint-Petersburg, 2011. 192 p.
4. Dorodnova A. S. Kliniko–sotsial'nye i organizatsionnye aspekty pomoshchi bol'nym shizofreniy i rasstroystvami shizofrenicheskogo spektra s pervymi psikhoticheskimi epizodami: dis... kand.med.nauk [Clinical, social and organizational aspects of helping patients with schizophrenia and disorders of the schizophrenic spectrum with the first psychotic episodes: Phd Thesis (Medicine)]. Moscow, 2006. 175 p.
5. Zaytseva Yu.S., Korsakova N.K. Dinamika neyrokognitivnogo defitsita u patsientov s razlichnoy stepen'yu progredientnosti shizofrenii pri pervykh pristupakh i v techenie 5-letnego katamneza [Dynamics of neurocognitive deficits in patients with different degrees of schizophrenia progression during first attacks and during 5-year-old catamnesis]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya [Social and Clinical Psychiatry]*, 2008, vol. 18, no. 2, pp. 15–25.
6. Kondrat'ev F.V. Sud'ba bol'nykh shizofreniy (kliniko-sotsial'nyy i sudebno-psikhiatricheskyy aspekty) [The fate of patients with schizophrenia (clinical and social and forensic psychiatric aspects)]. Moscow: Yustitsinform, 2010. 402 p.
7. Lebedeva G.G. Varianty kognitivnogo defitsita v sravnenii s klinicheskimi kharakteristikami u patsientov s paranoidnoy shizofreniy [Variants of cognitive deficits in comparison with clinical characteristics in patients with paranoid schizophrenia] [Electronic resource]. In A.I. Andreev, A.V. Andriyanov, E.A. Antipov (Eds.) *Materialy Mezhdunarodnogo molodezhnogo nauchnogo foruma «Lomonosov-2015» [Proceedings of the International Youth Scientific Forum "Lomonosov-2015"]*. Moscow: MAKS Press, 2015. URL: http://lomonosov-su.ru/archive/Lomonosov_2015/data/section_22_6911.htm (Accessed: 23.03.2017).
8. Lebedeva G.G. Isaeva E.R. Varianty kognitivnogo defitsita v zavisimosti ot klinicheskikh kharakteristik zabolevaniya u patsientov s paranoidnoy shizofreniy [Variants of cognitive deficiency depending on the clinical characteristics of the disease in patients with paranoid schizophrenia]. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta im. akademika I.P.Pavlova [The Scientific Notes of the I. P. Pavlov St. Petersburg State Medical University]*, 2015, vol. 22, no. 1, pp. 51–54.

9. Lebedeva G.G., Isaeva E.R., Stepanova A.V. Kognitivnyy defitsit pri paranoidnoy shizofrenii i shizotipicheskom rasstroystve: sravnitel'noe issledovanie kognitivnykh narusheniy [Cognitive deficiency in paranoid schizophrenia and schizotypic disorder: a comparative study of cognitive impairment]. *Vestnik Tomskogo gos. ped. un-ta [Bulletin of Tomsk State Pedagogical University]*, 2013, Iss. 5, pp. 155–160.

10. Magomedova M.V. Sootnoshenie sotsial'nogo funktsionirovaniyai neyrokognitivnogo defitsita u bol'nykh shizofreniy i shizoaffektivnym rasstroystvom na rannem i otdalennom etape bolezni. Diss. kand. med. nauk [Correlation of social functioning and neurocognitive deficiency in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder at an early and distant stage of the disease: PhD (Medicine) diss. Moscow, 2003. 142 p.

11. Minutko V.L. Shizofreniya [Schizophrenia]. Kursk: "Kursk", 2009. 688 p.

12. Mukhitova Yu.V. Kognitivnye disfunktsii pri raznoy stepeni vyrazhennosti psikhicheskogo defekta u bol'nykh shizofreniy: diss. ... kand. psikh. nauk [Cognitive dysfunctions with different degrees of severity of mental defect in patients with schizophrenia. PhD (Psychology) diss.]. Saint-Petersburg, 2013. 158 p.

13. Stepanova A.V., Isaeva E.R., Kotsyubinskiĭ A.P., Lebedeva G.G. Sravnitel'nyĭ analiz kognitivnykh disfunktsii u patsientov s paranoidnoĭ shizofreniy i shizotipicheskim rasstroystvom [Comparative analysis of cognitive dysfunctions in patients with paranoid schizophrenia and schizotypic disorder]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V.M. Bekhtereva [Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]*, 2014, no. 4, pp. 62–67.

14. Shmukler A.B. Strukturno-funktsional'naya rassoglasovannost' razlichnykh otdelov golovnogo mozga pri shizofrenii: rol' integrativnoy pertseptsii [Structural and functional mismatch of different divisions of the brain in schizophrenia: the role of integrative perception]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya [Social and Clinical Psychiatry]*, 2010, vol. 20, no. 3, pp. 86–95.

15. Shmukler A.B., Gurovich I.Ya., Papsuev O.O. Dinamika neyrokognitivnykh i sotsial'no-kognitivnykh funktsiy pri shizofrenii [Dynamics of neurocognitive and socio-cognitive functions in schizophrenia]. In Z.I. Kekelidze (ed.) *Sbornik materialov VI Natsional'nogo kongressa po sotsial'noy psikhiatrii i narkologii [Proceedings of VI National Congress on Social Psychiatry and Addiction]*. Moscow: Publ. of FGBU "FMITsPN im. V.P. Serbskogo", 2016, pp. 104–105.

16. Gold J.M., Harvey P.D. Cognitive deficit in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 1993, vol. 16, pp. 259–312.

17. Keefe R.S., Easley S.E. Neurocognition in schizophrenia. In B.J. Sadock, V.A. Sadock, P. Ruiz (Eds.) *Kaplan&Sadock's comprehensive textbook of psychiatry: 9th ed.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams&Wilkins, 2009, pp. 1531–1541.

Лебедева Г.Г., Исаева Е.Р. Профили когнитивного дефицита при параноидной шизофрении и шизотипическом расстройстве
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 1. С. 79–94.

Lebedeva, G.G., Isaeva, E.R. Profiles of Cognitive Deficits in Paranoid Schizophrenia and Schizotypal Disorder
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 1, pp. 79–94.

18. Savla G.N., Moore D.J., Palmer B.W. Cognitive functioning. In K.T. Mueser, D.V. Jeste (Eds.) *Clinical handbook of schizophrenia*. New York, NY: Guilford Press, 2008, pp. 91–99.

19. Saykin A.J. Gur R.C., Gur R.E., et. al. Neuropsychological function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning. *Archives of General Psychiatry*, 1991, vol. 48, pp. 618–624.

20. Wykes T., Reeder C. Cognitive Remediation therapy for schizophrenia. London: Routledge, 2005. 315 p.

Значение ориентировки во времени для прогноза рисков старости (обзор зарубежных исследований)

Мелёхин А.И.,

клинический психолог, Российский геронтологический научно-клинический центр; аспирант, Институт психологии РАН, Москва, Россия, clinmelehin@yandex.ru

В зарубежной литературе по гериатрии и геронтопсихиатрии изменения в ориентировке во времени рассматриваются как один из прогностических факторов развития биологических и психических рисков, связанных с процессом старения. Проведенный анализ позволил конкретизировать следующие понятия: ориентировка и дезориентировка во времени, хронотараксис и мизориентация, а также систематизировать функции и церебральные механизмы, обеспечивающие ориентировку во времени. В статье систематизирован алгоритм оценки ориентировки пожилого человека во времени, в пространстве, в собственной личности и в ситуации, описаны методы оценки вербального и поведенческого компонентов ориентировки во времени. На основе представленной модели Г. Берриоса описан динамический характер нарушений в способности ориентироваться во времени в пожилом и старческом возрастах. Приводятся классификация и клинические характеристики нарушения ориентировки во времени при соматических и психических расстройствах в позднем возрасте.

Ключевые слова: пожилой возраст, старческий возраст, время, восприятие времени, ориентировка во времени, дезориентация во времени.

Для цитаты:

Мелёхин А.И. Значение ориентировки во времени для прогноза рисков старости (обзор зарубежных исследований) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 1. С. 95–118. doi: 10.17759/psyclin.2017060107

For citation:

Melehin, A.I. The Value of Orientation in Time to Predict the Risks of Old Age (A Review of Foreign Studies) [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2017, vol. 6, no. 1, pp. 95–118. doi: 10.17759/psycljn.2017060107 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

В настоящее время в связи с утверждением порядка оказания медицинской помощи людям пожилого и старческого возрастов (приказ Минздрава России от 29.01.2016 № 38н), а также стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в РФ до 2025 года наблюдается отказ от подхода, ориентированного на болезнь (disease-oriented medical approach), и переход к пациент-ориентированному, целенаправленному комплексному подходу (goal-oriented integrative approach) [48]. В рамках этого подхода внимание уделяется выявлению биологических, когнитивных и социальных рисков такой формы неблагоприятного течения старения, как старческая астения (frailty) [2; 5; 13; 48]. Согласно эпидемиологическим данным, у 27,3% людей пожилого и старческого возраста наблюдается выраженный синдром старческой астении, характеризующийся повышенной уязвимостью, ограниченной способностью реагировать на внешние и внутренние стрессоры. У 50,9% людей позднего возраста наблюдается старческая преастения (pre-frailty), которая при отсутствии адекватного лечения и профилактических мероприятий переходит в течение 4-5 лет в старческую астению [18]. В связи с этим людям 55 лет и старше рекомендовано проходить комплексную гериатрическую оценку состояния здоровья (comprehensive geriatric assessment) для выявления степени выраженности синдрома старческой астении [2; 5; 60]. В ходе проведения комплексной гериатрической оценки следует уделять внимание нарушениям в способности ориентироваться во времени.

Изменения ориентировки во времени являются прогностическим фактором возникновения делирия [47], умеренных когнитивных нарушений [27; 45; 47; 59], сосудистой деменции [15; 16; 30; 31; 45], болезни Альцгеймера [16; 20; 31; 59; 63; 64], риска падений [64]. Оценка ориентировки во времени может применяться в качестве альтернативы диагностики эпизодической памяти в связи с тем, что она позволяет дифференцировать у пациентов различные нейродегенеративные расстройства, например, болезнь Альцгеймера или лобно-височную деменцию. Оценка ориентировки во времени дает возможность прогнозировать изменения в когнитивных функциях, а также отслеживать изменения в когнитивном статусе в ходе проводимой терапии [22; 27; 52; 53; 63; 69]. В связи с этим в зарубежной гериатрии и геронтологии проводятся исследования ориентировки во времени при нормальном течении старения [15; 35; 36], умеренном когнитивном дефиците [12; 17; 19; 23; 28; 35; 41; 43], нейродегенеративных [20; 30; 32; 36; 40; 44; 47; 52; 58] и неврологических [10; 15; 24; 29; 37] расстройствах. Проводятся исследования эффективности когнитивных тренингов в поддержании способности ориентироваться во времени в позднем возрасте [47; 48].

В отечественной геронтопсихиатрии и нейропсихологии проводятся исследования особенностей восприятия времени в позднем возрасте [1; 6]. В работах С.И. Гавриловой [9], Т.В. Зозули [4], Н.Н. Яхно [3], Е.Ю. Балашовой [1] и И.Ф. Рощиной [8] можно встретить упоминания об особенностях ориентировки в числе, месяце и годе, во времени года и времени суток при болезни Альцгеймера, сосудистой и смешанной деменции. Однако отдельных исследований по особенностям

ориентировки во времени как при нормальном старении, так и при нейродегенеративных расстройствах в России практически не проводилось.

Целью статьи является обзор зарубежных исследований, посвященных проблеме изменения в ориентировке во времени как прогностического фактора рисков старости. Анализ этих исследований позволит сформировать у специалистов представления о понятии, функциях, церебральных механизмах, видах диагностики ориентировки во времени, а также о симптомах и течении дезориентации во времени в позднем возрасте при соматических и психических расстройствах.

Ориентировка во времени: понятие, функции и церебральные механизмы

Ориентировка во времени (time orientation, temporal orientation) –эволюционно молодая разновидность ориентировки [10]. Она относится к сфере восприятия [30]. Это способность человека *знать* (вербальный компонент) и *использовать* (поведенческий, практический компонент) временную информацию для организации своего поведения. Она позволяет идентифицировать события («когда произошло?») в масштабе часов, дней, месяцев и лет [30; 31; 41; 47; 62; 63].

Способность ориентироваться во времени обеспечивается закрепленными в памяти *временными ориентирами*, или темпоральными маркерами [25]. Ориентировка во времени является одним из структурных компонентов восприятия времени, однако ее не следует путать с таким компонентом временной перспективы, как временная направленность (time orientation). Этот компонент временной перспективы позволяет человеку определять ведущую временную зону (прошлое, настоящее и будущее), на которую в большей степени он ориентируется [25].

Выделяют следующие **функции** ориентировки во времени [12; 47; 50; 61]: структурирование опыта, поддержание функционального состояния, планирование деятельности во времени для эффективного личного, социального и профессионального функционирования.

Способность ориентироваться во времени во многом связана с циркадным поведенческим ритмом человека [31; 40; 65]. Процессы ориентировки во времени, в пространстве и в собственной личности обеспечиваются функционированием нейронной сети пассивного режима работы мозга (default-mode network) [49], задним отделом гиппокампа [21; 28; 69], медиальной височной и теменной кортикальными областями [26; 59; 66]. Нейровизуализационные данные подтверждают предположения о том, что временной ориентировки вне ориентировки в пространстве и в собственной личности не бывает [16]. В связи с этим верно говорить не об ориентировке во времени, а об общей ориентировке (general orientation) [48], или психической ориентировке (mental orientation) [50], которая состоит из единства представлений человека о времени, месте, собственной личности и о ситуации.

Диагностика ориентировки во времени

Исследование способности человека к ориентировке во времени является обязательной частью клинической беседы с пациентом и помогает специалисту выяснить состояние сознания и особенности его нарушения, а также задает направление дальнейшему обследованию пациента [48]. Вопросы, связанные с ориентировкой во времени (год, месяц, число, день недели), часто задают пациентам, находящимся в стационаре или имеющим выраженные нарушения в ориентировке во времени [7]. Состояние ориентировки во времени, его динамика изменений, длительность отсутствия ориентировки являются прогностическими критериями для оценки тяжести ургентных психических состояний [7].

При оценке способности ориентироваться во времени уделяют внимание вербальному и практическому (поведенческому, невербальному) компонентам [16].

Вербальная ориентировка во времени оценивается с помощью ряда шкал для оценки нейропсихиатрического статуса в позднем возрасте [27; 45; 47; 62; 63]. Проведение в составе нейропсихологического обследования процедуры оценки ориентировки во времени, в пространстве и в собственной личности повышает специфичность и чувствительность результатов такого обследования к распознаванию легкой и умеренной степеней болезни Альцгеймера [58]. Например, в Краткой шкале оценки психического статуса (MMSE, M. Folstein) и в Монреальской когнитивной шкале (MoCA, Z. Nasreddine) выделяют индекс ориентировки во времени (Temporal Orientation Index), который состоит из анализа ориентировки в числе, в месяце, в годе, в дне недели и во времени года. Максимальное значение данного индекса соответствует 5 [32]. Показано, что если у пожилого человека наблюдаются одна или две стойкие ошибки в определении даты, дня недели, месяца, времени года и года по MMSE, то риски развития у него выраженных когнитивных нарушений в ближайшие 5-10 лет увеличиваются в два раза [19; 27].

Разработаны следующие *методики*, позволяющие оценить ориентировку во времени [38]:

- Тест оценки ориентировки во времени Р. Трастенберга (Test of Temporal Orientation) [62; 63];
- Тест временной ориентации А.Л. Бентона (Benton Temporal Orientation Test (BTOT)). Данный тест включен в семиминутный скрининг оценки когнитивных нарушений (7-Minute Screen) [45; 58];
- Опросник оценки дезориентации во времени П. Ванга (Temporal Disorientation Questionnaire), который позволяет оценить ориентировку в текущей дате (число, месяц, год), в дне недели и во времени [20].

Анализ зарубежных [11; 48; 50] и отечественных [3; 4; 7; 9] руководств по геронтопсихиатрии позволил нам систематизировать алгоритм оценки

ориентировки во времени, в пространстве, в собственной личности и в ситуации (рис. 1).

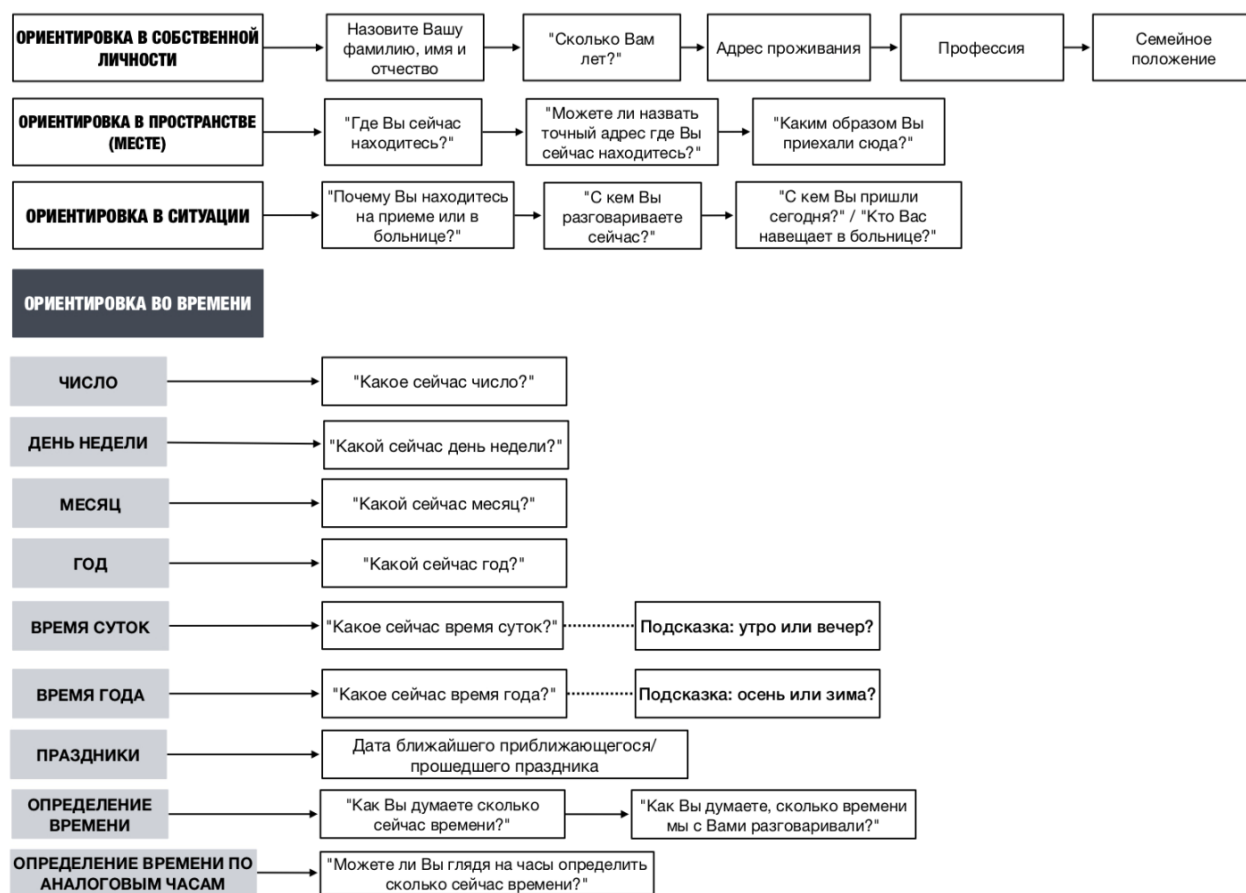


Рис. 1. Диагностический алгоритм оценки общей ориентировки

Сделаем несколько примечаний к выше приведенному диагностическому алгоритму.

Начало обследования. Начинать исследование ориентировки во времени у пациента целесообразно с выяснения числа и дня недели и лишь затем месяца и года [7]. Следует учитывать, что может наблюдаться обратимая временная путаница (temporal context confusion). Люди часто не помнят число месяца, и ошибки в 1-2 дня считаются допустимыми [50]. Если пациент не имеет психических расстройств, то можно ограничиться вопросами о дне недели и текущем числе [7].

Дополнительные вопросы. При диагностике ориентировки в дате (число, месяц, год) и в дне недели рекомендовано спрашивать пациента, что было «до» и что будет «после» [30; 36]. При анализе ориентировки во времени у пациента, находящегося в стационаре, рекомендуется спрашивать, сколько времени он провел в больнице [48]. Также нужно спрашивать пациента о значимых датах в его жизни (год рождения), праздниках (рис. 1).

Подсказки. При неточной ориентировке во времени или ее отсутствии пациенту необходимо дать подсказку, при этом следует отметить, произвела ли она положительный эффект [48].

Реакции на ошибки. Важно обращать внимание на особенности реакций пациента на свои ошибки при ориентировке во времени, а также на попытки и способы их оправдания и компенсации. Последние характеристики позволяют оценить сохранность ядра личности [7]. Например, у значительной доли людей с болезнью Альцгеймера наблюдается анозогнозия [11].

Выделяют *практическую (поведенческую) ориентировку* во времени. При проведении обследования специалист обращает внимание на особенности поведенческих маркеров (питание, отдых, сон, прием препаратов, досуговые практики) в зависимости от времени суток, а также, например, на то, одет ли пациент по погоде [16]. При выявлении особенностей ориентировки во времени необходимо учитывать возможность несовпадения практической ориентировки, проявляющейся в поведении, и вербальной ориентировки, анализируемой при скрининге нейропсихиатрического статуса [16; 30].

Исследования ориентировки во времени в позднем возрасте

Исследование А.Л. Бентона, посвященное анализу ориентировки во времени у пожилых людей в возрасте 65–84 лет, показало почти безошибочные показатели ориентировки во времени, однако наблюдались трудности в определении даты как у мужчин, так и у женщин [15]. А. Кориат и Б. Фисшофф утверждают, что ориентировка в днях недели является одним из ключевых индикаторов ориентировки во времени [36]. В исследованиях Дж. Бротчи и Дж. Бриннан было показано, что количество ошибок в ориентировке во времени выше в группе респондентов в возрасте 71–80, чем 50–60 лет. С увеличением возраста женщины 71–80 лет допускали больше ошибок. Мужчины, наоборот, не показали значительного увеличения ошибок в ориентировке во времени с возрастом [17]. Это исследование показывает, что при нормальном старении ориентировка во времени остается сохранной, и согласуется с выводами А.Л. Бентона [15] о том, что пожилые люди допускают ошибки в ориентировке во времени только после 80 лет. Наиболее стабильными в позднем возрасте являются знания о месяце, времени суток, годе и о днях недели. Менее стабильной является информация о дате. Существует связь между полом, возрастом, социально-экономическим статусом и ориентировкой во времени. Интересно отметить, что в исследовании А. Кориата и Б. Фисшоффа молодые респонденты делали больше ошибок в определении дня недели, чем пожилые респонденты в исследовании А.Л. Бентона. Это связано с тем, что пожилые люди чаще используют внешние опосредованные системы напоминания о времени и различные хронометры [36]. Дж. Кингтон и Р. Стюарт проводили оценку когнитивного статуса людей в пожилом возрасте 60 лет и старше с помощью телефонного интервью (telephone interview for cognitive status, TICS). Было показано, что меньше всего ошибок наблюдалось в определении дня недели, месяца и года [35]. Таким образом, некоторые неточности при назывании числа месяца и дня недели вполне допустимы для пожилого человека.

Нарушения ориентировки во времени

Дезориентация во времени (disorientation to time), или *хронотараксис* (chronotaraxis), – это нарушения во внутренней системе отсчета человека, которые сопровождаются трудностями в вербальной и невербальной оценках даты (число, месяц, год), времени суток, времени года, дня недели, а также недооценкой или переоценкой продолжительности временных интервалов [16; 30; 31]. Наряду с дезориентацией во времени, выделяют понятие *мизориентации* (misorientation), описывающее убежденность пациента в том, что он знает правильное время и местонахождение, хотя на самом деле его ориентировка является ошибочной [67]. Нарушения в ориентировке во времени можно классифицировать следующим образом [16]: вербальные или практические (поведенческие); флуктуирующие или постоянные; парциальные или тотальные. Анализ зарубежных руководств по геронтопсихиатрии [11; 48; 50] позволил выделить следующие группы нарушений ориентировки во времени (см. таблицу).

Таблица

Нарушения ориентировки во времени в пожилом и старческом возрастах

Группа нарушений	Компоненты	Симптомы
Хронологические представления	Определение даты (число, месяц, год)	Ошибки в назывании даты и дня недели без помощи календаря. Трудности в назывании даты или отслеживании жизненных событий с опорой на календарь
	День недели	Например, пожилой человек может знать день похода в магазин, но не знает, что этот день – пятница
	Время суток, года	Трудности в различении времени года, времени суток. Например, пожилой человек может говорить, что не спал всю ночь, а спал весь день. Или он может встать в середине ночи и одеться для того, чтобы выйти за продуктами, несмотря на то, что все магазины ночью закрыты
Хронометрические представления	Непосредственная (непроизвольная) оценка восприятия времени	Трудности в оценке точного времени без использования часов. Наличие ошибок в диапазоне более ± 2 часов. Недооценка продолжительности времени в ходе обследования. Наличие ошибок в диапазоне ± 20 минут. Трудности в оценке затраченного времени на дорогу от дома до поликлиники, больницы. Наличие ошибок в диапазоне ± 20 минут
	Опосредованная оценка восприятия времени	Трудности в определении времени по аналоговым часам

Динамика изменений общей ориентировки при многих прогрессирующих органических заболеваниях основывается на законе Т. Рибо [7]. Например, у пациентов с болезнью Альцгеймера сначала, как правило, нарушается ориентировка во времени, потом – в пространстве, а затем – в собственной личности [49; 52]. Выделяют *спектр нарушений* ориентировки во времени: выраженные нарушения в ориентировке во времени, например, когда пациент не может определить год или приблизительное время суток, а также умеренные нарушения: месяц, день недели [50]. Для того чтобы описать динамический характер нарушений в способности ориентироваться во времени, Г. Берриос [16] предложил детализированную модель спектра нарушений ориентировки во времени (рис. 2).

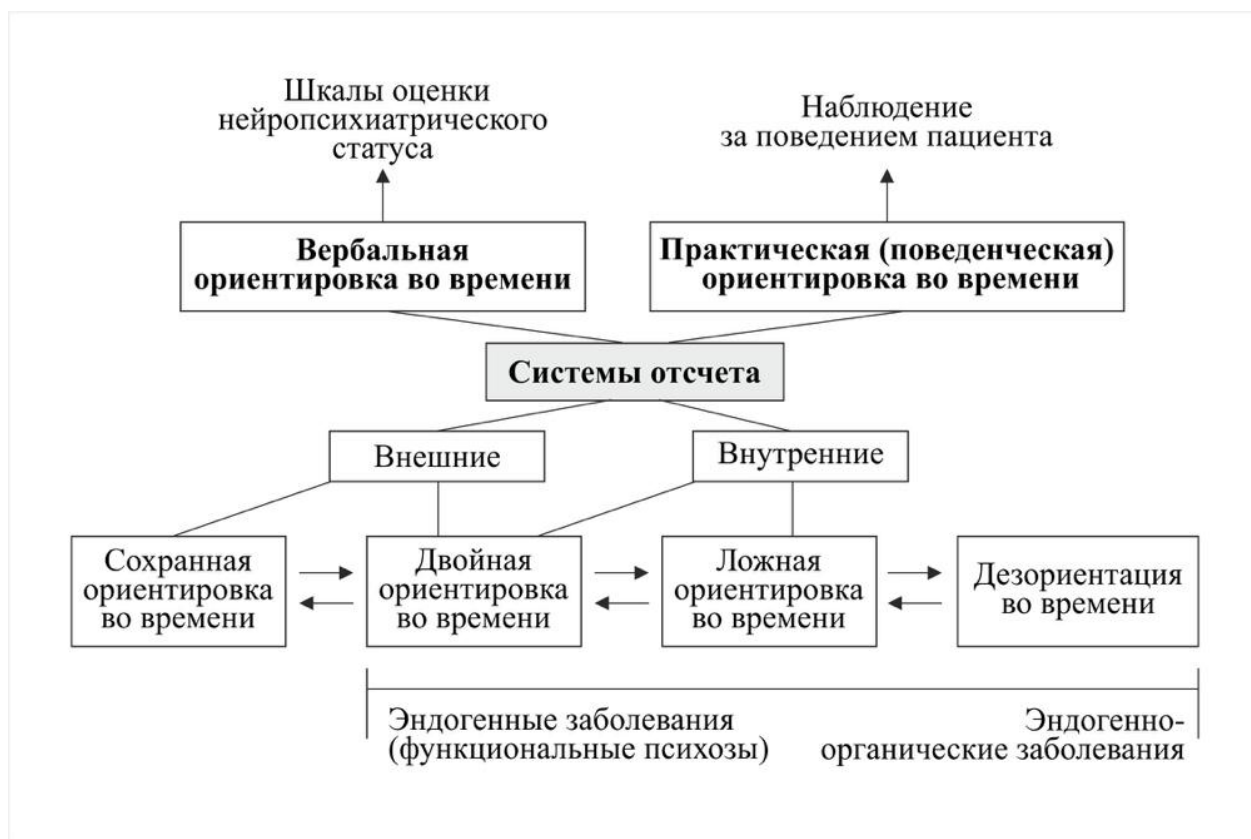


Рис. 2. Модель спектра нарушений ориентировки во времени Г. Берриоса

Из рис. 2 видно, что вербальный и практический типы ориентировки во времени обеспечиваются внутренними и внешними временными системами отсчета. Эти две формы ориентации могут нарушаться как вместе, так и по отдельности. Нарушения в способности ориентироваться во времени зависят от решения человека ориентироваться во времени относительно внешних или внутренних систем отсчета [23]. Нарушения в способности ориентироваться во времени происходят по причинам: 1) неспособности человека отслеживать изменения во внешней системе отсчета; 2) нарушения процесса обновления внутренней системы отсчета; 3) из-за изменений в реакции на выявленное рассогласование между системами отсчета [16].

Г. Берриос определяет сохранную ориентировку во времени как наличие соответствия между репрезентациями человека о времени, которые формируют его внутреннюю и внешнюю системы отсчета. *Дезориентация во времени* возникает тогда, когда человек не может использовать ни внешнюю, ни внутреннюю системы отсчета. Согласно данной модели, нарушения в ориентировке могут носить не только дефицитарный (негативный), но и продуктивный (позитивный) характер. Г. Берриос выделил следующие *продуктивные формы* ориентировки во времени [16]:

- *двойная ориентировка во времени* часто встречается при онейроидном синдроме, деперсонализации;
- *ложная ориентировка во времени* возникает, когда у человека преобладает искаженная внутренняя система отсчета без сравнения с внешней системой отсчета. Наиболее часто этот вид ориентировки встречается при бредовых психозах. При этих состояниях формируется квазивнутренняя система отсчета (quasi-private reference system), которая искажает ориентировку во времени. Одним из признаков делирия является наличие ложной ориентировки во времени [16].

На рис. 2 видно, что эти две обратимые формы ориентировки во времени связаны с функциональными психическими расстройствами, а дезориентация во времени часто связана с эндогенно-органическими заболеваниями.

Следует учитывать, что нарушения ориентировки во времени могут варьироваться в разные периоды заболеваний и у гериатрического пациента [9]. Трудности в ориентировке во времени могут наблюдаться из-за относительного колебания в *когнитивной* и *эмоциональной* сферах, но не сводиться к ним [7; 16].

Клинические характеристики нарушения ориентировки во времени в позднем возрасте

Флуктуирующие по течению и *обратимые* изменения в ориентировке во времени наблюдаются при состояниях и заболеваниях позднего возраста, описанных ниже.

- *Эпилепсия.* Показано, что нарушения ориентировки во времени наблюдаются при височной эпилепсии, поскольку доминирующая височная доля обеспечивает процесс оценки внешних и внутренних сигналов, которые маркируют время (time-labelling) [16].
- *Черепно-мозговые травмы средней и тяжелой степени.* При двусторонних очаговых поражениях затылочных долей наблюдается синдром временной агнозии [10; 16; 29; 34].
- *Болезнь Паркинсона.* У пациентов могут наблюдаться временные трудности в определении числа, дня недели, реже – месяца, года, времени суток [32; 52; 53]. Средний индекс временной ориентации по MMSE у этих пациентов – $3,72 \pm 1,02$ баллов из 5 [32].

- *Сосудистая деменция.* При данном расстройстве можно наблюдать колебания дезориентации во времени в течение суток [30; 45]. У Явамото показал, что у пожилых пациентов с сосудистой деменцией наблюдаются трудности ориентировки во времени суток (утро и день) в форме множественных персевераций [30; 31]. Средний индекс временной ориентации по MMSE у этих пациентов – $3,30 \pm 1,45$ баллов [32].
- *Нарушение мозгового кровообращения.* М. Фогель показал, что при одностороннем инсульте у пожилых людей наблюдались умеренные нарушения ориентировки во времени. У пожилых людей с двусторонним очагом поражения наблюдалась тяжелая форма нарушений ориентировки во времени. Отметим, что делирий во многих случаях возникает после инсультов. Дополнительно было показано, что наличие постинсультных психических заболеваний (сосудистая депрессия) влияет на ориентировку во времени [24]. Е. Камрал и Г. Галлагла провели исследование особенностей ориентировки во времени у пожилых людей, перенесших двусторонний или односторонний таламический инсульт. При данном типе инсульта происходит повреждение медиодорсального ядра таламуса, который можно рассматривать как центральное реле между лимбической системой и корковыми путями, обеспечивающее ощущение и восприятие времени. Было показано, что все пожилые респонденты независимо от стороны поражения имели трудности в определении фактической даты, времени года, времени суток и в оценке точного времени дня, т.е. симптомы «временной слепоты» [37]. На первой неделе после инсульта несколько пожилых людей были дезориентированы в месте. Однако за одну неделю лечения эта способность была восстановлена. После проведенного курса лечения у некоторых пожилых пациентов нарушения дезориентации во времени прошли спустя месяц после перенесенного инсульта, у других – в течение двух месяцев [37].
- *Сердечно-сосудистые заболевания.* При гипертонической болезни часто наблюдается легкая степень оглушенности (псевдотуморозная форма) из-за повышенного внутричерепного давления, которая приводит к временным нарушениям в ориентировке во времени [12]. Инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, транзиторная ишемическая атака сопровождаются обратимой дезориентацией во времени. Также выделяют атеросклеротический делирий, который сопровождается флуктуирующими нарушениями ориентировки во времени [15].
- *Алкогольная или наркотическая абстиненция.* Алкогольный и наркотический виды делирия сопровождаются флуктуирующим в течение суток нарушением ориентировки во времени [39; 66]. Выделяют «делирий без делирия», представляющий собой вариант abortивного алкогольного делирия, при котором отсутствуют галлюцинации и бред, а основным расстройством является нарушение ориентировки во времени и в пространстве [7].
- *Токсическая энцефалопатия.* Полипрагмазия может приводить к обнубиляции, которая сопровождается нарушением ориентировки во времени [56; 65].

- *Тяжелый инфекционный процесс.* Например, при инфекционной пневмонии, туберкулезе, сепсисе, инфекциях мочевыводящих путей наблюдается инфекционный делирий, который сопровождается синдромом временной агнозии [16; 56].

- *Психастения, тяжелая степень депрессии.* Резкие эмоциональные потрясения, наличие травмирующих событий физического и психического характера и продолжительное вынужденное одиночество часто сопровождаются потерей ощущения реальности времени, переживанием прерывистости и спутанности времени [50].

- *Госпитализация в больницу или помещение в дом престарелых* [50].

Длительные по течению и трудно обратимые нарушения способности ориентироваться во времени наблюдаются при следующих состояниях и заболеваниях позднего возраста.

- *Делириантные состояния.* У онкологических гериатрических пациентов с опухолями мозга, проходящих паллиативное лечение, состояние расстройства сознания в первую очередь характеризуется пространственно-временной дезориентацией, снижением памяти, наличием галлюцинаций [50; 56].

- *Болезнь Альцгеймера.* Нарушение в ориентировке во времени является центральным симптомом при болезни Альцгеймера. Нарушения памяти у этих пациентов приводят к амнестической дезориентации во времени [11]. Средний индекс временной ориентации по MMSE у этих пациентов составляет $2,72 \pm 1,48$ баллов из 5 [31]. Понимание времени пожилыми людьми с болезнью Альцгеймера становится спутанным, человек начинает испытывать трудности при определении времени. Дж. Ашфорд обнаружил трудности ориентировки в дате у пожилых пациентов с болезнью Альцгеймера, что было в дальнейшем подтверждено в исследовании А. Смалла [33]. Человеку с данным расстройством трудно вспомнить состоявшиеся встречи или момент времени, когда необходимо принимать лекарства [20; 23; 26; 31; 32]. Эти искажения в ориентировке во времени происходят из-за нарушения памяти, то есть способности удерживать ежедневные временные сигналы [30; 31; 69].

Выводы

- Ориентировка во времени является структурным компонентом восприятия времени. Это способность человека знать (вербальный компонент) и использовать (поведенческий компонент) временную информацию для организации своего поведения. Наличие способности ориентироваться во времени позволяет структурировать опыт, планировать деятельность для эффективного личного, социального и профессионального функционирования.

- Оценка способности ориентироваться во времени включена в методы экспресс-диагностики нейropsychиатрического статуса людей позднего возраста. Это связано с тем, что оценка ориентировки во времени в составе

нейропсихологического обследования повышает его чувствительность и специфичность, необходимые для распознавания делирия, умеренных когнитивных нарушений, болезни Альцгеймера, а также рисков падений.

- При нормальном старении ориентировка во времени остается сохранной. Наиболее стабильными являются знания о месяце, времени суток, годе и о днях недели. Менее стабильной является информация о дате.

- Дезориентация во времени – это нарушения во внутренней системе отсчета человека, которые сопровождаются трудностями в оценке даты, времени суток, времени года, дня недели, а также недооценкой или переоценкой продолжительности временных интервалов. Эти нарушения, согласно модели Г. Берриоса, могут носить не только дефицитарный, но и продуктивный характер.

- Наличие двойной и ложной ориентации чаще встречаются при функциональных психических расстройствах, а дезориентация во времени – при эндогенно-органических заболеваниях. При многих прогрессирующих органических заболеваниях динамика изменений ориентировки во времени основывается на законе Т. Рибо.

- Флуктуирующие по течению и обратимые изменения в ориентировке во времени наблюдаются при следующих состояниях и заболеваниях: наркотической и алкогольной формах височной эпилепсии, черепно-мозговых травмах средней и тяжелой степени, сосудистой деменции, ишемическом и таламическом формах инсульта, сердечно-сосудистых заболеваниях, тяжелом инфекционном процессе, тяжелой степени депрессии, помещении пожилого человека в дом престарелых.

- Длительные по течению, трудно обратимые нарушения способности ориентироваться во времени наблюдаются при следующих состояниях и заболеваниях: у онкологических гериатрических пациентов при паллиативном лечении, а также при болезни Альцгеймера.

Литература

1. Балашова Е.Ю., Микеладзе Л.И. Возрастные различия в восприятии и переживании времени // Психологические исследования. 2013. Т. 6. № 30. С. 9. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n30/854-balashova30.html> (дата обращения: 12.01.17).

2. Дегриз Я.М., Фролова Е.В. Структурированный подход к выявлению потребностей пожилого человека в медицинской помощи // Российский семейный врач. 2014. Т. 18. № 1. С. 12–19.

3. Деменции: руководство для врачей / под ред. Н.Н. Яхно и соавт. М.: МЕДпресс-информ, 2011. 272 с.

4. Зозуля Т.В. Психическое здоровье пожилых людей. Методическое пособие для социальных работников. М.: АНО СПО «СОТИС», 2008. 144 с.

5. Мелехин А.И. Алгоритм комплексной гериатрической оценки состояния здоровья в пожилом и старческом возрасте // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2016. № 3. URL: http://medpsy.ru/climp/2016_3_13/article04.php (дата обращения: 12.01.2016).
6. Микеладзе Л.И. Восприятие времени при аффективных расстройствах в позднем возрасте: дисс... канд. психол. наук. Москва, 2016. 196 с.
7. Основы диагностики психических расстройств: руководство для врачей / под ред. Ю.А. Антропова и соавт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 384 с.
8. Рощина И.В., Жариков Г.А. Нейропсихологический метод в диагностике мягкой деменции у лиц пожилого и старческого возраста // Журн. неврологии и психиатрии. 1998. № 2. с. 34–40.
9. Руководство по гериатрической психиатрии / под ред. С.И. Гавриловой. М.: Пульс, 2014. 384 с.
10. Alverzo J.P. Predictors of disorientation among brain injury and stroke patients during rehabilitation // Rehabil Nurs. 2005. Vol. 30. № 6. P. 230–238. doi: 10.1002/j.2048-7940.2005.tb00117.
11. American psychiatric publishing textbook of alzheimer's disease and other dementias: the app textbook of geriatric psychiatry diagnostic issues in dementia / in M.F. Weiner, A.M. Lipton (Eds.). New York, NY: American Psychiatric Publishing. 2009. 577 p.
12. Baldelli M.V., et al. Evaluation of temporal and spatial disorientation in elderly patients with cognitive impairment // Neri Archives of Gerontology and Geriatrics. 2002. Vol. 35. P. 29–34. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0167-4943\(02\)00100-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0167-4943(02)00100-0).
13. Baltes P.B., Baltes M.M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation / In P.B. Baltes, M.M. Baltes (Eds.), Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. New York, NY: Cambridge University Press, 1990. P. 1–34.
14. Benton A.L., Sivan A.B. Temporal orientation. Contributions to neuropsychological assessment. Oxford University Press: New York, 1994. P 3–11.
15. Benton A.L., Van Allen M.W. Temporal orientation in cerebral disease. // Applied Neurophysiology. 1975. Vol. 38. P. 56–60. doi:10.1159/000102643.
16. Berrios G.E. Orientation failures in medicine and psychiatry: discussion paper // J R Soc Med. 1983. Vol. 76. № 5. P. 379–385.
17. Brotchie J., Brenna J. Temporal Orientation in the Pre-Senium and Old Age. // British Journal of Psychiatry. 1985. Vol. 147. № 6. pp. 692–695. doi: 10.1192/bjp.147.6.692.
18. Choi J., et al. Global prevalence of physical frailty by fried's criteria in community-dwelling elderly with national population-based surveys // Journal of the American

Medical Directors Association. 2015. Vol. 16. № 7. pp. 548–50. doi: 10.1016/j.jamda.2015.02.004.

19. *Delpolyi A.R., et al.* Spatial cognition and the human navigation network in AD and MCI // *Neurology*. 2007. Vol. 69. P. 986–997. doi: 10.1212/01.wnl.0000271376.19515.c6

20. *Dumurgier J., et al.* Time orientation and 10 years risk of dementia in elderly adults: the three-city study // *Journal of Alzheimer's Disease*. 2016. Vol. 53. № 4. P. 1411–1418. doi: 10.3233/JAD-160295.

21. *Eichenbaum H., Dudchenko P.* The hippocampus, memory, and place cells: is it spatial memory or a memory space? // *Neuron*. 1999. Vol. 23. P. 209–226. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0896-6273\(00\)80773-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0896-6273(00)80773-4).

22. *Engelhart C.I., Eisenstein N.* Determination of closed ward placement for chronic geropsychiatric patients: cognitive and behavioral factors // *Journal Of Nervous And Mental Disease*. 1996. Vol. 184. P. 190–191.

23. *Fernández-Turrado T., et al.* Temporal orientation and cognitive impairment // *Reviews Neurology*. 2011. Vol. 52. № 6. P. 341–348.

24. Fogel M.L. Temporal orientation in cerebral disease // *Journal Of Nervous And Mental Disease*. 1964. Vol. 139. P. 110–119.

25. *Friedman W.J.* The development psychology of time. New York, Academic Press, 1982. 272 p.

26. *Giannakopoulos P., et al.* Neural substrates of spatial and temporal disorientation in Alzheimer's disease // *Acta Neuropathology*. 2000. Vol. 100. № 2. P.189–195. doi: 10.1007/s004019900166.

27. *Guerrero-Berroa E., Luo X.* The MMSE orientation for time domain is a strong predictor of subsequent cognitive decline in the elderly // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009. Vol. 24. № 12. P. 1429–1437. doi: 10.1002/gps.2282.

28. *Hartley T., Lever C.* Space in the brain: how the hippocampal formation supports spatial cognition // *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2013. Vol. 23. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3866435/> (дата обращения: 11.09.16).

29. *High W.M., et al.* Recovery of orientation following closed-head injury // *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 1990. Vol. 12. P. 703–714. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/01688639008401013> (дата обращения: 12.01.2016).

30. *Iwamoto Y.* Time orientation and orientation in the elderly persons // *Occupational Therapy International*. 2011. Vol. 18. № 4. P. 194–200. doi: 10.1002/oti.322.

31. *Iwamoto Y., et al.* Time orientation during the day in the elderly with dementia // *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*. 2012. Vol. 30. URL: <http://ir.nul.nagoya-u.ac.jp/jspui/bitstream/2237/18273/1/k10004.pdf> (дата обращения: 12.01.2017).

32. *Jefferson A.L., et al.* Errors produced on the mini-mental state examination and neuropsychological test performance in Alzheimer's disease, ischemic vascular dementia, and Parkinson's disease // *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2002. Vol. 14. № 3. P. 311–320.
33. *Jobst K.A.* Time, perception and the aging mind: the National Alzheimer's Project Act 2011 enacted is this the beginning of a new era in health care research? // *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2011. Vol. 17. №. 1. P. 1–2. doi:10.1089/acm.2011.0020.
34. *Joslyn D., Hutzell R.R.* Temporal disorientation in schizophrenic and brain-damaged patients // *American Journal of Psychiatry*. 1979. Vol. 136. № 9. P. 1220–1222. URL: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.136.9.1220> (дата обращения: 12.01.2017).
35. *Kington J., Stewart R.* Temporal orientation in a national community sample of older people // *Journal of Geriatric Psychiatry*. 2011. Vol. 26. № 2. P. 144–149. doi: 10.1002/gps.2505.
36. *Koriat A., Fischhoff B.* What day is today? An inquiry into the process of time orientation // *Memory & Cognition*. 1974. Vol. 2. P. 201–205. doi: 10.3758/BF03208982.
37. *Kumral E., Gulluoglu H.* Thalamic chronotaxis: isolated time disorientation // *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 2007. Vol. 78. № 8. P. 880–882. doi: 10.1136/jnnp.2006.113654.
38. *Lezak M.D.* Neuropsychological assessment. New York, NY: Oxford University Press, 1995. 1026 p.
39. *Lipowski Z.J.* Delirium: Acute confusional states. New York, NY: Oxford University press, 1991. 490 p.
40. *Livesey A.C., et al.* Time perception: manipulation of task difficulty dissociates clock functions from other cognitive demands // *Neuropsychologia*. 2007. Vol. 45. P. 321–331. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2006.06.033
41. *Lou M.F., Dai Y.T.* Postoperative cognitive changes among older Taiwanese patients // *Journal Of Clinical Nursing*. 2003. Vol. 12. P. 579–588. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00753.x
42. *Lustig C., Meck W.H.* Paying attention to time as one gets older // *Psychological Science*. 2001. Vol. 12. P. 478–484. doi: 10.1111/1467-9280.00389.
43. *Malek-Ahmadi M., Davis K.* Informant-reported cognitive symptoms that predict amnesic mild cognitive impairment // *BMC Geriatrics*. 2012. Vol. 12, № 3. URL: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-12-3> (дата обращения: 12.01.2017).
44. *Melton L.J., et al.* Fracture risk in patients with Alzheimer's disease // *Journal of the American Geriatrics Society*. 1994. Vol. 42. № 6. P. 614–619. doi: 10.1111/j.1532-5415.1994.tb06859.x

45. *Meulen E.F., et al.* The seven minute screen: a neurocognitive screening test highly sensitive to various types of dementia // *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. Vol. 75. P. 700–705 doi:10.1136/jnnp.2003.021055

46. *Miller C.A.* Nursing for Wellness in Older Adults. 6-th ed. 2012. New York, NY: Wolters Kluwer Health. 589 p.

47. *O'Keefe E., Mukhtar O.* Orientation to time as a guide to the presence and severity of cognitive impairment in older hospital patients // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. BMJ. 2010. Vol. 82. № 5. URL: <http://jnnp.bmj.com/content/82/5/500.long> (дата обращения: 12.01.2017).

48. *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry* / In R. Jacoby, C. Oppenheimer (Eds.). Oxford, UK: OUP Oxford. 2008. 860 p.

49. *Peer M., et al.* Brain system for mental orientation in space, time, and person // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2015. Vol. 112. № 35. P. 11072–11077. doi: 10.1073/pnas.1504242112

50. *Practical Psychiatry of Old Age* / In J. Wattis, M. Church (Eds.). New York, NY: Springer US. 1994. 256 p.

51. *Rockwood K., Black S.* Specific symptomatic changes following donepezil treatment of Alzheimer's disease: a multi-centre, primary care, open-label study // *International Journal Of Geriatric Psychiatry*. 2007. Vol. 22. P. 312–319. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1188>

52. *Ryan J. J., et al.* Temporal Disorientation Base Rates in Alzheimer's Disease and Parkinson's Disease // *Gerontology and Geriatrics Research*. 2015. Vol. 4. № 3 URL: <http://www.omicsgroup.org/journals/temporal-disorientation-base-rates-in-alzheimers-disease-and-parkinsonsdisease-2167-7182-1000221.pdf> (дата обращения: 12.01.2017).

53. *Ryan J.J., Glass L.A.* Predicting neuropsychological test performance on the basis of temporal orientation // *Aging Neuropsychology and Cognition*. 2009. Vol. 16. P. 330–337. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/13825580902741344> (дата обращения: 12.01.2017).

54. *Sandholzer H., et al.* STEP – standardized assessment of elderly people in primary care // *Deutsche medizinische Wochenschrift*. 2004. № 129. P. 183–226.

55. *Saper C.B.* The central autonomic nervous system: conscious visceral perception and autonomic pattern generation // *Annual Review Of Neuroscience*. 2002. Vol. 25. P. 433–469. doi:10.1146/annurev.neuro.25.032502.111311

56. *Saxena S., Lawley D.* Delirium in the elderly: a clinical review // *Postgraduate Medical Journal*. 2009. Vol. 85. P. 405–413. doi: 10.1136/pgmj.2008.072025

57. *Schnider A., von Däniken C.* Disorientation in amnesia A confusion of memory traces // *Brain*. 1996. Vol. 119. P. 1627–1632. URL: <http://brain.oxfordjournals.org/content/brain/119/5/1627.full.pdf> (дата обращения: 12.01.2017).

58. *Solomon P.R., Pendlebury W.W.* Recognition of Alzheimer's disease: the 7 Minute Screen // *Family Medicine*. 1998. Vol. 30. P. 265–271. URL: <http://old.stfm.org/fmhub/Fullpdf/April98/Special2.pdf> (дата обращения: 12.01.2017).

59. *Sousaa A., Gomara J.* Neural and behavioral substrates of disorientation in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease // *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*. 2015. Vol. 1. P. 37–45. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.trci.2015.04.002> (дата обращения: 12.01.2017).

60. *Stuck A., Iliffe S.* Comprehensive geriatric assessment for older adults should be standard practice, according to a wealth of evidence // *British Medical Journal*. 2011. Vol. 343. P. 67–99. doi: 10.1136/bmj.d6799

61. *Sweet J.J., et al.* Normative clinical relationships between orientation and memory: age as an important moderator variable // *Clin Neuropsychol*. 1999. Vol. 13. P. 495–508. doi: 10.1076/1385-4046.

62. *Tractenberg R.E., et al.* A simple method to rule out dementia with temporal orientation // *Alzheimers Dement*. 2007. Vol. 3. № 1. P. 28–32. doi: 10.1016/j.jalz.2006.10.005.

63. *Tractenberg R.E., Weinstein M.* Benchmarking a test of temporal orientation with data from American and Taiwanese persons with Alzheimer's disease and American normal elderly // *Neuroepidemiology*. 2005. Vol. 24. P. 110–116. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4377285/pdf/nihms-671766.pdf> (дата обращения: 12.01.2017).

64. *Tseng W.J., Hung L.W.* Time orientation and visual construction subdomains of the MMSE as independent risk factors for hip fractures // *Orthopedics*. 2013. Vol. 36. № 7. P. 869–876. doi: 10.3928/01477447-20130624-16

65. *Turgeon M., et al.* Cognitive Aging and Time Perception: Roles of Bayesian Optimization and Degeneracy // *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2016. Vol. 102. № 8. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4870863/pdf/fnagi-08-00102.pdf> (дата обращения: 12.01.2017).

66. *Varney N.R., Shepherd J.S.* Predicting short-term memory on the basis of temporal orientation // *Neuropsychology* 1991. Vol. 5. № 1. P. 13–16.

67. *Weiss H.D.* Orientation, disorientation, and misorientation // *Neurology*. 2006. Vol. 181. № 67. doi:10.1212/01.wnl.0000223833.79018.e1

68. *Xavier A.J., et al.* Time orientation and executive functions in the prediction of mortality in the elderly: Epidoso study // *Revista de Saúde Pública*. 2010. Vol. 44. № 1. P. 148–158.

69. *Yew B., et al.* Lost and forgotten? Orientation versus memory in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia/ *Journal of Alzheimers Disease*. 2013. Vol. 33. № 2. P. 473–81. doi: 10.3233/JAD-2012-120769.

The Value of Orientation in Time to Predict the Risks of Old Age (A Review of Foreign Studies)

Melehin, A.I.,

Clinical psychologist, Russian Gerontology Clinical Research Center; PhD. student, Institute of Psychology of RAS, Moscow, Russia, clinmelehin@yandex.ru

Changes in orientation across time are considered in foreign literature on geriatrics and geronto-psychiatry as one of the prognostic factors for the development of biological and psychological risks associated with the aging process. The analysis allowed elaborating the following concepts: orientation and disorientation in time, chronotaxis and mizorientation. Also, analysis allowed to systematize functions and brain mechanisms for orientation in time. The algorithm for assessing the orientation of an elderly person in time, in space, in self and in the situation was systematized, as well. Presented methods for assessing the verbal and behavioral components of orientation. Based on the model, proposed by G. Berrios, the dynamic nature of the violations, the ability to navigate in time in elderly and senile ages are described. Provides classification and clinical features of disorders of orientation in time in somatic and mental disorders at a later age.

Keywords: elderly age, senile age, time, time perception, orientation in time.

References

1. Balashova E.Ju., Mikeladze L.I. Vozrastnye razlichija v vosprijatii i perezhivanii vremeni [Age differences in perception and experience of time]. *Psihologicheskie issledovanija [Psychological research]*, 2013, vol. 6, no. 30, pp. 9. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n30/854-balashova30.html> (Accessed 12.01.17).
2. Degriz Ja.M., Frolova E.V. Strukturirovannyj podhod k vyjavleniju potrebnostej pozhilogo cheloveka v medicinskoj pomoshhi [A structured approach to identifying the needs of the elderly in health care]. *Rossijskij semejnyj vrach [Russian family doctor]*, 2014, vol. 18, no. 1. pp. 12–19.
3. Demencii: rukovodstvo dlja vrachej [Dementia: a guide for doctors]. In N.N. Jahno (ed.). Moscow, 2011. 272 p.

4. Zozulja T.V. Psihicheskoe zdorov'e pozhilyh ljudej. Metodicheskoe posobie dlja social'nyh rabotnikov [Mental health of the elderly. Methodical manual for social workers]. Moscow, 2008. 144 p.

5. Meljohin A.I. Algoritm kompleksnoj geriatricheskoj ocenki sostojanija zdorov'ja v pozhilom i starcheskom vozraste [The algorithm of complex geriatric evaluation of the state of health in the elderly]. *Klinicheskaja i medicinskaja psihologija: issledovanija, obuchenie, praktika: jelektron. nauch. zhurn* [Clinical and medical psychology: research, training, practice], 2016, no. 3. URL: http://medpsy.ru/climp/2016_3_13/article04.php (Accessed: 18.02.2017).

6. Mikeladze L.I. Vosprijatie vremeni pri affektivnyh rasstrojstvah v pozdnem vozrast: diss... kand. psihol. nauk. [Perception of time in affective disorders in late age. PhD (Psychology) thesis]. Moscow, 2016. 196 p.

7. Osnovy diagnostiki psihicheskix rasstrojstv: rukovodstvo dlja vrachej [The basics of diagnosing mental disorders: a guide for physicians. In Ju.A. Antropova, et al. (Eds.). Moscow, 2010. 384 p.

8. Roshhina I.V., Zharikov G.A. Nejropsihologicheskij metod v diagnostike mjagkoj demencii u lic pozhilogo i starcheskogo vozrasta [Neuropsychological method in the diagnosis of mild dementia in elderly and senile patients]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry], 1998, no. 2, pp. 34–40.

9. Rukovodstvo po geriatricheskoj psichiatrii [Guide to geriatric psychiatry]. In S.I. Gavrilovoj (Ed.). Moscow, 2014. 384 p.

10. Alverzo J.P. Predictors of disorientation among brain injury and stroke patients during rehabilitation. *Rehabil Nurs*, 2005, vol. 30, no. 6, pp. 230–238. doi: 10.1002/j.2048-7940.2005.tb00117.

11. American psychiatric publishing textbook of Alzheimer's disease and other dementias: the app textbook of geriatric psychiatry diagnostic issues in dementia. In M.F. Weiner, A.M. Lipton (Eds.). New York, NY: American Psychiatric Publishing, 2009. 577 p.

12. Baldelli M.V., et al. Evaluation of temporal and spatial disorientation in elderly patients with cognitive impairment. *Neri Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2002, vol. 35, pp. 29–34. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0167-4943\(02\)00100-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0167-4943(02)00100-0)

13. Baltes P.B., Baltes M.M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes, M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York, NY: Cambridge University Press, 1990, pp. 1–34.

14. Benton A.L., Sivan A.B. Temporal orientation. Contributions to neuropsychological assessment. New York, NY: Oxford University Press, 1994, pp. 3–11.

15. Benton A.L., Van Allen M.W. Temporal orientation in cerebral disease *Applied Neurophysiology*, 1975, vol. 38, pp. 56–60. doi:10.1159/000102643

16. Berrios G.E. Orientation failures in medicine and psychiatry: discussion paper. *J R Soc Med*, 1983, vol. 76, no. 5, pp. 379–385.
17. Brotchie J., Brenna J. Temporal orientation in the pre-senium and old age. *British Journal of Psychiatry*, 1985, vol. 147, no. 6, pp. 692–695. doi: 10.1192/bjp.147.6.692
18. Choi J., et al. Global prevalence of physical frailty by Fried's criteria in community-dwelling elderly with national population-based surveys. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2015, vol. 16, no. 7, pp. 548–50. doi: 10.1016/j.jamda.2015.02.004
19. Delpolyi A.R., et al. Spatial cognition and the human navigation network in AD and MCI. *Neurology*, 2007, vol. 69, pp. 986–997. doi: 10.1212/01.wnl.0000271376.19515.c6
20. Dumurgier J., et al. Time orientation and 10 years risk of dementia in elderly adults: the three-city study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 2016, vol. 53, no. 4, pp. 1411–1418. doi: 10.3233/JAD-160295
21. Eichenbaum H., Dudchenko P. The hippocampus, memory, and place cells: is it spatial memory or a memory space? *Neuron*, 1999, vol. 23, pp. 209–226. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0896-6273\(00\)80773-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0896-6273(00)80773-4)
22. Engelhart C.I., Eisenstein N. Determination of closed ward placement for chronic geropsychiatric patients: cognitive and behavioral factors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1996, vol. 184, pp. 190–191.
23. Fernández-Turrado T., et al. Temporal orientation and cognitive impairment. *Reviews Neurology*, 2011, vol. 52, no. 6, pp. 341–348.
24. Fogel M.L. Temporal orientation in cerebral disease. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1964, vol. 139, pp. 110–119.
25. Friedman W.J. The development psychology of time. New York, NY: Academic Press, 1982. 272 p.
26. Giannakopoulos P., et al. Neural substrates of spatial and temporal disorientation in Alzheimer's disease. *Acta Neuropathology*, 2000, vol. 100, no. 2, pp.189–195. doi: 10.1007/s004019900166
27. Guerrero-Berroa E., Luo X. The MMSE orientation for time domain is a strong predictor of subsequent cognitive decline in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2009, vol. 24, no. 12, pp. 1429–1437. doi: 10.1002/gps.2282
28. Hartley T., Lever C. Space in the brain: how the hippocampal formation supports spatial cognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 2013, vol. 23, URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3866435/> (Accessed 11.09.16).
29. High W.M., et al. Recovery of orientation following closed-head injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 1990, vol. 12, pp. 703–714. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/01688639008401013> (Accessed 12.01.2016).

30. Iwamoto Y. Time orientation and orientation in the elderly persons. *Occupational Therapy International*, 2011, vol. 18, no. 4, pp. 194–200. doi: 10.1002/oti.322
31. Iwamoto Y., et al. Time orientation during the day in the elderly with dementia. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 2012, vol. 30. URL: <http://ir.nul.nagoya-u.ac.jp/jspui/bitstream/2237/18273/1/k10004.pdf> (Accessed 12.01.2017).
32. Jefferson A.L., et al. Errors produced on the mini-mental state examination and neuropsychological test performance in Alzheimer's disease, ischemic vascular dementia, and Parkinson's disease. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2002, vol. 14, no. 3, pp. 311–320.
33. Jobst K.A. Time, perception and the aging mind: the National Alzheimer's Project Act 2011 enacted is this the beginning of a new era in health care research? *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2011, vol. 17, no. 1, pp. 1–2. doi:10.1089/acm.2011.0020
34. Joslyn D., Hutzell R.R. Temporal disorientation in schizophrenic and brain-damaged patients. *American Journal of Psychiatry*, 1979, vol. 136, no. 9, pp. 1220–1222. URL: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.136.9.1220> (Accessed 12.01.2017).
35. Kington J., Stewart R. Temporal orientation in a national community sample of older people. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 2011, vol. 26, no. 2, pp. 144–149. doi: 10.1002/gps.2505
36. Koriat A., Fischhoff B. What day is today? An inquiry into the process of time orientation. *Memory & Cognition*, 1974, vol. 2, pp. 201–205. doi: 10.3758/BF03208982
37. Kumral E., Gulluoglu H. Thalamic chronotaxis: isolated time disorientation. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2007, vol. 78, no. 8, pp. 880–882. doi: 10.1136/jnnp.2006.113654
38. Lezak M.D. Neuropsychological assessment. New York, NY: Oxford University Press, 1995. 1026 p.
39. Lipowski Z.J. Delirium: Acute confusional states. New York, NY: Oxford University press, 1991. 490 p.
40. Livesey A.C., et al. Time perception: manipulation of task difficulty dissociates clock functions from other cognitive demands. *Neuropsychologia*, 2007, vol. 45, pp. 321–331. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2006.06.033
41. Lou M.F., Dai Y.T. Postoperative cognitive changes among older Taiwanese patients. *Journal of Clinical Nursing*, 2003, vol. 12, pp. 579–588. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00753.x
42. Lustig C., Meck W.H. Paying attention to time as one gets older. *Psychological Science*, 2001, vol. 12, pp. 478–484. doi: 10.1111/1467-9280.00389

43. Malek-Ahmadi M., Davis K. Informant-reported cognitive symptoms that predict amnesic mild cognitive impairment. *BMC Geriatrics*, 2012, vol. 12, no. 3. URL: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-12-3> (Accessed 12.01.2017)
44. Melton L.J., et al. Fracture risk in patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1994, vol. 42, no. 6, pp. 614–619. doi: 10.1111/j.1532-5415.1994.tb06859.x
45. Meulen E.F., et al. The seven minute screen: a neurocognitive screening test highly sensitive to various types of dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, vol. 75, pp. 700–705. doi:10.1136/jnnp.2003.021055
46. Miller C.A. *Nursing for Wellness in Older Adults*. 6-th ed, 2012. New York, NY: Wolters Kluwer Health. 589 p.
47. O'Keefe E., Mukhtar O. Orientation to time as a guide to the presence and severity of cognitive impairment in older hospital patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. BMJ*, 2010, vol. 82, no. 5. URL: <http://jnnp.bmj.com/content/82/5/500.long> (Accessed 12.01.2017).
48. *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry*. In R. Jacoby, C. Oppenheimer (Eds.). Oxford, UK: OUP Oxford, 2008. 860 p.
49. Peer M., et al. Brain system for mental orientation in space, time, and person. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2015, vol. 112, no. 35, pp. 1072–1077. doi: 10.1073/pnas.1504242112
50. *Practical Psychiatry of Old Age*. In J. Wattis, M. Church (Eds.). New York, NY: Springer US, 1994. 256 p.
51. Rockwood K., Black S. Specific symptomatic changes following donepezil treatment of Alzheimer's disease: a multi-centre, primary care, open-label study. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 2007, vol. 22, pp. 312–319. URL: <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1188> (Accessed 12.01.2017).
52. Ryan J.J., et al. Temporal Disorientation Base Rates in Alzheimer's Disease and Parkinson's Disease. *Gerontology and Geriatrics Research*, 2015, vol. 4, no. 3. URL: <http://www.omicsgroup.org/journals/temporal-disorientation-base-rates-in-alzheimers-disease-and-parkinsonsdisease-2167-7182-1000221.pdf> (Accessed 12.01.2017).
53. Ryan J.J., Glass L.A. Predicting neuropsychological test performance on the basis of temporal orientation. *Aging Neuropsychology and Cognition*, 2009, vol. 16, pp. 330–337. URL: <http://dx.doi.org/10.1080/13825580902741344> (Accessed 12.01.2017).
54. Sandholzer H., et al. STEP – standardized assessment of elderly people in primary care. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 2004, no. 129, pp. 183–226.
55. Saper C.B. The central autonomic nervous system: conscious visceral perception and autonomic pattern generation. *Annual Review Of Neuroscience*, 2002, vol. 25, pp. 433–469. doi: 10.1146/annurev.neuro.25.032502.111311

56. Saxena S., Lawley D. Delirium in the elderly: a clinical review. *Postgraduate Medical Journal*, 2009, vol. 85, pp. 405–413. doi: 10.1136/pgmj.2008.072025

57. Schnider A., von Däniken C. Disorientation in amnesia A confusion of memory traces. *Brain*, 1996, vol. 119, pp. 1627–1632. URL: <http://brain.oxfordjournals.org/content/brain/119/5/1627.full.pdf> (Accessed 12.01.2017).

58. Solomon P.R., Pendlebury W.W. Recognition of Alzheimer's disease: the 7 Minute Screen. *Family Medicine*, 1998, vol. 30, pp. 265–271. URL: <http://old.stfm.org/fmhub/Fullpdf/April98/Special2.pdf> (Accessed 12.01.2017).

59. Sousaa A., Gomara J. Neural and behavioral substrates of disorientation in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 2015, vol. 1, pp. 37–45. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.trci.2015.04.002> (Accessed 12.01.2017).

60. Stuck A., Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults should be standard practice, according to a wealth of evidence. *British Medical Journal*, 2011, vol. 343, pp. 67–99. doi: 10.1136/bmj.d6799

61. Sweet J.J., et al. Normative clinical relationships between orientation and memory: age as an important moderator variable. *Clin Neuropsychol*, 1999, vol. 13, pp. 495–508. doi: 10.1076/1385-4046

62. Tractenberg R.E., et al. A simple method to rule out dementia with temporal orientation. *Alzheimers Dement*, 2007, vol. 3, no. 1, pp. 28–32. doi: 10.1016/j.jalz.2006.10.005

63. Tractenberg R.E., Weinstein M. Benchmarking a test of temporal orientation with data from American and Taiwanese persons with Alzheimer's disease and American normal elderly. *Neuroepidemiology*, 2005, vol. 24, pp. 110–116. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4377285/pdf/nihms-671766.pdf> (Accessed 12.01.2017).

64. Tseng W.J., Hung L.W. Time orientation and visual construction subdomains of the MMSE as independent risk factors for hip fractures. *Orthopedics*, 2013, vol. 36, no. 7, pp. 869–876. doi: 10.3928/01477447-20130624-16

65. Turgeon M., et al. Cognitive Aging and Time Perception: Roles of Bayesian Optimization and Degeneracy. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 2016, vol. 102, no. 8. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4870863/pdf/fnagi-08-00102.pdf> (Accessed 12.01.2017).

66. Varney N.R., Shepherd J.S. Predicting short-term memory on the basis of temporal orientation. *Neuropsychology*, 1991, vol. 5, no. 1, pp. 13–16.

67. Weiss H.D. Orientation, disorientation, and misorientation. *Neurology*, 2006, vol. 181, no. 67. doi:10.1212/01.wnl.0000223833.79018.e1

Мелёхин А.И. Значение ориентировки во времени для прогноза рисков старости (обзор зарубежных исследований) Клиническая и специальная психология 2017. Том 6. № 1. С. 95–118.

Melehin, A.I. The Value of Orientation in Time to Predict the Risks of Old Age (A Review of Foreign Studies) Clinical Psychology and Special Education 2017, vol. 6, no. 1, pp. 95–118.

68. Xavier A.J., et al. Time orientation and executive functions in the prediction of mortality in the elderly: Epidoso study. *Revista de Saúde Pública*, 2010, vol. 44, no. 1, pp. 148–158.

69. Yew B., et al. Lost and forgotten? Orientation versus memory in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Journal of Alzheimers Disease*, 2013, vol. 33, no. 2, pp. 473–481. doi: 10.3233/JAD-2012-120769

Связь образа семьи и семейной идентичности с эмоциональным благополучием подростков

Строкова С.С.,

аспирант, ФГБОУ ВО МГППУ; педагог-психолог, Дергаевская средняя общеобразовательная школа № 23 (МОУ Дергаевская СОШ № 23), Раменское, Россия, strokovass@gmail.com

Статья посвящена описанию и обсуждению результатов исследования связи образа семьи и семейной идентичности у подростков с их эмоциональным состоянием, измерившимся с помощью Шкалы депрессии А.Т. Бека. Для исследования образа семьи применялись Шкала семейной адаптации и сплоченности Д.Х. Олсона (FACES-III), а также модифицированная проективная методика М. Куна и Т. Мак-Партланда «Моя семья». В исследовании участвовали 249 подростков обоего пола от 10 до 17 лет. Были выявлены связи эмоционального благополучия подростков с особенностями их переживания ценности семьи, с ее эмоциональной оценкой и с представлениями о семейной сплоченности и гибкости. Чем выше балл имели респонденты по шкале депрессии А.Т. Бека, тем более негативный образ семьи они транслировали: увеличивалось количество негативных характеристик при описании семьи, повышалась неудовлетворенность сплоченностью и гибкостью своей семьи. Кроме того, чем более негативное эмоциональное состояние диагностировалось у подростков, тем менее сплоченными и гибкими они считали свои семьи. Таким образом, были подтверждены связи между образом семьи и семейной идентичностью и эмоциональным благополучием подростка.

Ключевые слова: подросток, эмоциональное благополучие, образ семьи, семейная идентичность, представления о семье, структурно-функциональные характеристики семьи, сплоченность семьи, гибкость семьи, ценность семьи, опросник семейной идентичности..

Для цитаты:

Строкова С.С. Связь образа семьи и семейной идентичности с эмоциональным благополучием подростков [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 1. С. 119–137. doi: 10.17759/psyclin.2017060108

For citation:

Strokova, S.S. Relation of the Family Representation and Family Identity with Emotional Well-Being in Teenagers [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2017, vol. 6, no. 1, pp. 119–137. doi: 10.17759/psycljn.2017060108 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Семья как первичная социальная группа, с которой взаимодействует ребенок, становится одним из определяющих факторов его развития. В условиях современного дискурса о кризисе семьи, отмечаемого многими исследователями [1; 9; 34], в настоящее время становится актуальным вопрос о конкретизации тех семейных факторов, которые могут негативно влиять на психологическое благополучие ребенка. Одним из аспектов психологического благополучия является эмоциональное благополучие.

Проблема связи семейных факторов с особенностями эмоционального благополучия детей и подростков все чаще попадает в фокус внимания исследователей [3; 7; 17; 21; 27; 32; 33; 36, 37]. Исследователей интересует вопрос о том, что именно влияет на эмоциональное благополучие детей и подростков: сама семья или представления о ней, переживание своей принадлежности к ней [4; 10; 19; 20].

Таким образом, кроме объективных характеристик семейной системы, выделяется также субъективная реальность семьи. Именно на субъективные переживания своей принадлежности семье перемещается фокус исследований в последние годы [4; 5; 6; 10; 15; 18; 19; 25; 38]. А.Я. Варга и Л.Г. Будинайте объясняют эту тенденцию следующим образом: «это происходит потому, что воздействие оказывается на живую, обладающую "встречной сознательной активностью", а не механическую систему, и при этом само воздействие оказывается живой системой» [6, с. 29]. Так, при взаимодействии терапевта с семьей психологическая интервенция затрагивает не объективный образ семьи, а субъективные репрезентации семьи всех ее членов, а также образ данной семьи у самого терапевта.

О.С. Рыбочкина и М.В. Семенихина отмечают актуальность исследования образа семьи и родителей у ребенка [22]. Актуальность представлений о семье у участников процесса терапии (как у самих членов семьи, так и терапевта, работающего с ними) отмечается также О.А. Минеевой. Исследования имплицитной теории семьи О.А. Минеевой основываются на представлении о том, что у терапевта складывается собственный образ семьи, с которой он работает. Этот образ семьи значимо влияет на ход терапевтической работы. Таким образом, терапевт работает не с абстрактными представлениями о семье, не с объективным пространством семьи, а с множеством субъективно воспринимаемых характеристик семьи [15].

Г. Бейтсон отмечает, что «на первый план выходит давно освоенное в постклассической рациональности, имеющей дело с "природой разума", понимание,

что в известном смысле в природе нет фактов, <...> в природе есть бесконечное множество потенциальных фактов, из которых суждение выбирает несколько, и те становятся фактами в силу этого акта выбора» [2, с. 446]. Важно изучать не просто семью как систему с объективной точки зрения, но как систему, особым образом воспринимаемую и понимаемую самими членами этой системы: представления о семье и восприятие истории семьи, эмоциональные переживания относительно своей семьи, придание ей определенной степени ценности, понимание поведенческих аспектов, выражающих принадлежность человека к семье и т.д. Все эти аспекты относятся к понятиям семейной идентичности и к образу семьи как ее когнитивной составляющей.

Представления о семье являются первым онтогенетическим образом мира у ребенка, что определяет их значимость в формировании структуры личности. Семейное самосознание помогает человеку определить не только свое положение в семье, но и в обществе в целом и распространяется не только на его взаимоотношения с членами семьи, но и на взаимоотношения с другими людьми. О.А. Буровихина пишет: «...адекватный образ семьи формируется в функциональных семьях и определяет отдельные характеристики семейной жизни – супружеские отношения, выполнение членами семьи семейных обязанностей, характер и правила индивидуального и группового поведения в семье» [4, с. 26].

С. Минухин активно пользуется понятием «карта семьи» для определения способов межличностного взаимодействия членов семьи между собой, стереотипов их поведения [16]. Карта семьи представляет собой также ролевую структуру, обуславливающую взаимодействие в семье.

Семейный сценарий включает представления о том, как должны складываться взаимодействия в семейной системе в том или ином случае. Семейный сценарий специфичен тем, что передается из поколения в поколение и обеспечивает передачу представлений о внутрисемейных коммуникациях и образе семьи от родителей к детям.

Т.М. Мишина исследовала феномен образа «мы», важного для определения характеристик поведения семьи и согласованности семейных ролей [18]. Образ «мы» формируют совместная деятельность и внутрисемейное общение. Специфика функционирования семейной системы, по мнению Т.М. Мишиной, во многом определяется адекватностью образа «мы» у членов семьи.

Э.Г. Эйдемиллер вводит понятие «внутренняя картина семьи» – субъективное переживание происходящего в семье в данный момент, изменяющийся во времени образ семьи глазами ее членов. [35].

О.А. Карабанова описывает феномен семейного самосознания, то есть согласованного образа семьи: разделяемых всеми ее членами представлений о ценностях семьи, ее статусе, образе жизни, ролях, главенстве, нормах и правилах взаимодействия [9]. Она выделяет такие компоненты семейного самосознания, как

семейная судьба и семейная история. Семейная судьба включает в себя общую судьбу рода, представитель которого не является отдельной единицей, но лишь элементом системы, согласованное представление о схожести членов семьи, а также «семейный календарь», то есть наличие значимых дат в семье. Семейная история воплощается в семейной автобиографии, семейном имени, реликвиях, фотографиях и других вещах, свидетельствующих о существовании и совместном проживании рода. Таким образом, О.А. Карабанова фиксирует в определении семейного самосознания и семейный сценарий, и семейный нарратив, и карту семьи, и семейные мифы, которые определяют судьбу каждого члена семьи как продолжение истории рода. Семейное самосознание представлено, прежде всего, когнитивными образами у каждого члена семьи.

А.Б. Холмогорова, анализируя модель семейной системы, выделяет семейную идеологию, включающую в себя правила и нормы семьи, требования, ожидания, семейные мифы, ценности, верования, убеждения, традиции, ритуалы, а также культурный контекст и полоролевые стереотипы поведения, заданные обществом [30; 31].

О.А. Буровихина и А.Г. Лидерс описывают значимость индивидуальных представлений о семье через понятие внутренней картины семьи, что также является когнитивной конструкцией. В интерпретации О.А. Буровихиной представления о семье у подростка – это «целостный образ различных характеристик семейной системы» [4, с. 31].

Е.Е. Сапогова говорит о семейном нарративе как о семейном самосознании, фиксируемом в «семейной культурной концепции» как системе значений, символизируемых качеств, атрибутов, отношений, поведенческих паттернов. Семейный нарратив содержит в себе семейные секреты, ритуалы, семейные истории и многие другие аспекты накапливаемого через поколения знания семьи о себе и о способах взаимодействия в мире. Семейный нарратив, по мнению Е.Е. Сапоговой, укрепляет образ «мы» данной семьи, однако представляет собой, прежде всего, когнитивную конструкцию, встраивающуюся в представления о мире у данного члена семьи [23].

Некоторыми авторами отмечается значимость процессов каузальной атрибуции как наивной интерпретации членами семьи событий, происходящих с ними. Эти интерпретации происходят зачастую по определенным закономерностям и правилам [4; 35], что превращает их в своего рода знание членов семьи о самих себе и рассматривается как субъективная реальность семьи.

В работе О.А. Минеевой представлена имплицитная теория семьи, раскрывающая суть и сущность семьи в целом и в частности [15]. Имплицитные теории семьи, по мнению автора, – разновидность имплицитных социальных теорий, система «убеждений, формирующихся в массовом сознании относительно

того, как и каким образом соотносятся между собой черты какой-либо социальной среды» [15, с. 6].

Работы Н.В. Лукьянченко посвящены исследованию семейной идентичности. Она изучала семейную идентичность у осужденных женщин, у гомосексуальных лиц, у представителей молодых семей и определила ее как субъективный образ принадлежности к семейной группе [12; 13; 14].

Можно заметить, что все разнообразие обозначенных выше понятий фиксирует, прежде всего, когнитивную конструкцию, отражающую представления членов семьи о своей семье и семье вообще. Однако изучение внутренней реальности семьи было бы неполным без изучения переживания семьи не только на когнитивном уровне, но и на других уровнях: эмоциональном, ценностном и поведенческом. Семейная идентичность – это переживание принадлежности к семейной группе, содержащее когнитивный, эмоциональный, ценностный и поведенческий компоненты и формирующееся в онтогенезе. Тем не менее феномен семейной идентичности описан в литературе недостаточно.

Таким образом, значимыми представляются исследование особенностей семейной идентичности и образа семьи у подростков, а также соотнесение этих особенностей со степенью их эмоционального благополучия.

Организация и процедура исследования

В исследовании участвовали 249 подростков от 10 до 17 лет, учащихся в МОУ Дергаевская СОШ №23 Раменского района Московской области. В табл. 1 представлены количественные характеристики выборки подростков, участвовавших в исследовании.

Таблица 1

Количественные характеристики выборки подростков, принявших участие в исследовании (n = 249)

Количество испытуемых	Характеристики испытуемых					
	Мальчики	Девочки	Младший подростковый возраст (10–13 лет)		Старший подростковый возраст (14–17 лет)	
			мальчики	девочки	мальчики	девочки
	115	134	16	23	99	111

Эмоциональное состояние и субъективное переживание собственного благополучия у подростков оценивались с помощью Шкалы депрессии А.Т. Бека.

Образ семьи изучался с помощью Шкалы семейной адаптации и сплоченности (FACES-III), разработанной Д.Х. Олсоном, а также с помощью модифицированной методики М. Куна и Т. Мак-Партланда «Моя семья». Методика FACES-III позволяет исследовать такие параметры образа семьи, как представления подростка о сплоченности и гибкости его семьи, а также степень его удовлетворенности этими параметрами [39; 40; 41; 42]. Методика «Моя семья» является модифицированным вариантом теста М. Куна и Т. Мак-Партланда «Кто я?» и была скорректирована под цели исследования: ключевой вопрос «Кто я?» был заменен на вопрос «Что есть для меня моя семья?». Нами анализировались такие показатели образа семьи, как дифференцированность образа (с помощью подсчета количества характеристик, которые испытуемые могли приписать своей семье: чем больше характеристик использовал подросток, тем более дифференцированный образ семьи у него диагностировался), а также эмоциональная оценка образа семьи (с помощью подсчета количества позитивных, негативных и нейтральных характеристик семьи).

Позитивными характеристиками считались такие описания семьи, которые содержали в себе внутреннее одобрение семьи, к примеру: «прикольная, хорошая, добрая»; «вся моя любовь, без них я просто не смогла бы существовать»; «моя семья – это те люди, которые готовы сделать все для меня», «люди, которые любят и всячески пытаются защитить меня от этого мира»; «самые любимые, самые родные».

Нейтральными характеристиками считались такие описания семьи, которые не подразумевали эмоционально-оценочный отклик относительно образа своей семьи. В данную категорию входили такие описания семьи, которые определяли некоторые поведенческие проявления семьи: к чему она стремится, что любит делать и т.д. Например, «любит животных, природу»; «это мои сестра и брат»; «все в семье любят работать, любят чистоту и комфорт»; «атеисты»; «должна разбогатеть».

Негативными характеристиками считались следующие высказывания: «разобщенная»; «непривыкшая выражать теплые чувства»; «надоедливая»; «это семья, в которой нет гармонии, где невозможно отдохнуть как духовно, так и физически»; «никто не считается с интересами других членов семьи».

Семейная идентичность исследовалась с помощью авторского опросника семейной идентичности для подростков, описанного в нашей предыдущей работе [23]. Для обработки и анализа полученных данных был использован корреляционный анализ Спирмена.

Результаты исследования

Были исследованы связи между значениями по шкале депрессии А.Т. Бека и показателями семейной идентичности и образа семьи. В табл. 2 представлены проанализированные переменные и обнаруженные корреляционные связи.

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа: взаимосвязи между показателями семейной идентичности и образа семьи у подростков и их эмоциональным состоянием

Параметры оценки семейной идентичности и образа семьи /Тип семьи		Коэффициент корреляции Спирмена
Переживание принятия со стороны семьи		0,119
Ценность семьи		-0,211**
Вовлеченность в жизнь семьи		-0,136
Количество характеристик		0,082
Эмоциональная оценка семьи	Количество позитивных характеристик	0,01
	Количество нейтральных характеристик	0,094
	Количество негативных характеристик	0,214**
Оценка сплоченности семьи		-0,298***
Оценка гибкости семьи		-0,136*
Неудовлетворенность семьей		0,249***

Примечание. * – значимость различий между группами на уровне тенденции $0,1 > p > 0,05$; ** – уровень значимости $p \leq 0,05$; *** – уровень значимости $p \leq 0,01$.

Были обнаружены значимые корреляционные связи между эмоциональным благополучием подростков и особенностями их образа семьи и семейной идентичностью.

Так, была выявлена отрицательная связь (при $p \leq 0,05$) между показателями по Шкале депрессии А. Бека и шкалой опросника семейной идентичности – *Ценность семьи*. Данная шкала отражает меру ценности семьи для подростка, а также содержание некоторых ценностей. В эту шкалу входят, например, такие утверждения как: «Я понимаю, зачем человеку нужна семья», «Моя семья не хуже других семей», «Для меня важно защищать честь нашей семьи и ее членов от нападок других людей», «Я с уважением отношусь к ценностям членов моей семьи» и другие. Высокие баллы по шкале означают высокую ценность семьи для

подростка, его субъективное переживание значимости ценностей, транслируемых семьей. Низкие баллы свидетельствуют о том, что подросток не придает большого значения семье, не осознает ценности своей семьи, не желает разделять и уважать правила и ценности своей семьи. Таким образом, чем выше ценность семьи для подростка, чем больше он готов разделять идеалы и ценности своих родственников, тем меньше он склонен к депрессивному состоянию и, соответственно, тем более он эмоционально благополучен.

Были обнаружены связи между эмоциональным состоянием подростков и образом семьи. Так, была выявлена статистически достоверная связь (при $p \leq 0,05$) между количеством *негативных характеристик*, приписываемых подростком своей семье (по модифицированной методике «Моя семья»), и баллами по шкале депрессии: чем выше этот балл, тем больше негативных характеристик подросток приписывает своей семье и тем более негативный образ семьи он имеет. Негативные характеристики были связаны с такими описаниями, которые содержали в себе отрицательную эмоциональную оценку подростком его семьи, например: «разобщенная»; «непривыкшая выражать теплые чувства»; «надоедливая»; «это семья, в которой нет гармонии, где невозможно отдохнуть как духовно, так и физически»; «никто не считается с интересами других членов семьи».

Интересна обнаруженная связь между структурно-функциональными характеристиками семьи и баллами по шкале депрессии. На гистограммах (рис. 1, 2 и 3) представлены показатели эмоционального благополучия подростков с различными оценками степени сплоченности и гибкости своей семьи, а также с разными уровнями неудовлетворенности семьей.

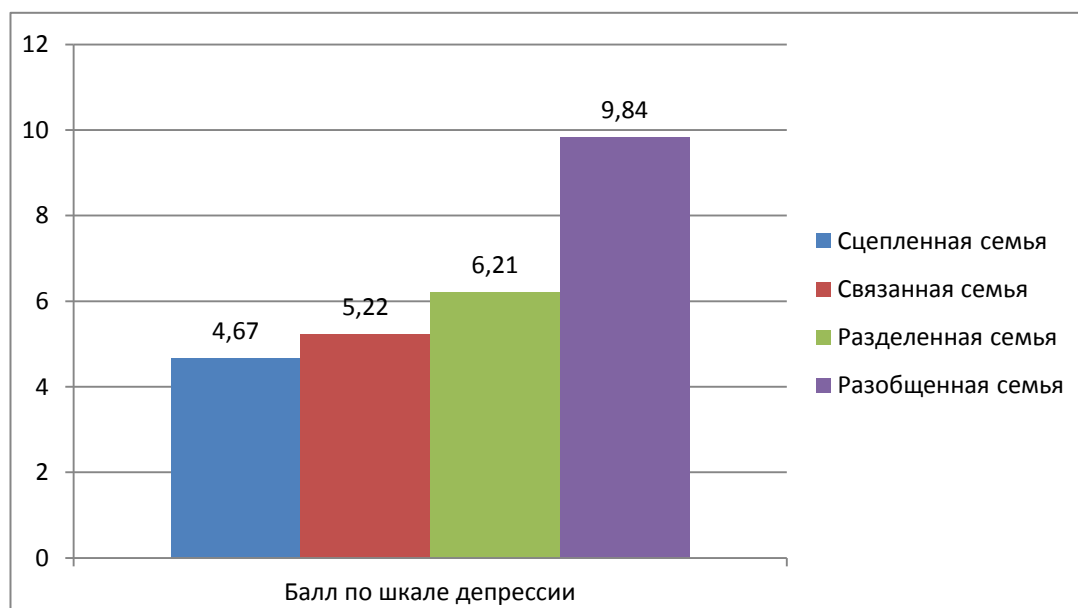


Рис. 1. Средние значения по шкале депрессии у подростков с различными оценками степени сплоченности своей семьи

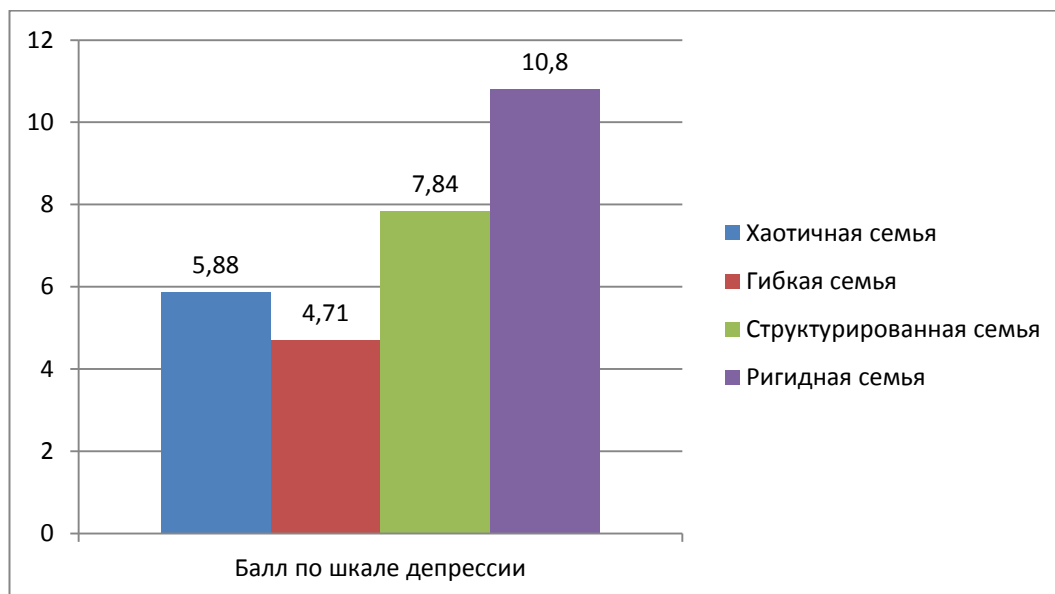


Рис. 2. Средние значения по шкале депрессии у подростков с различными оценками степени гибкости своей семьи

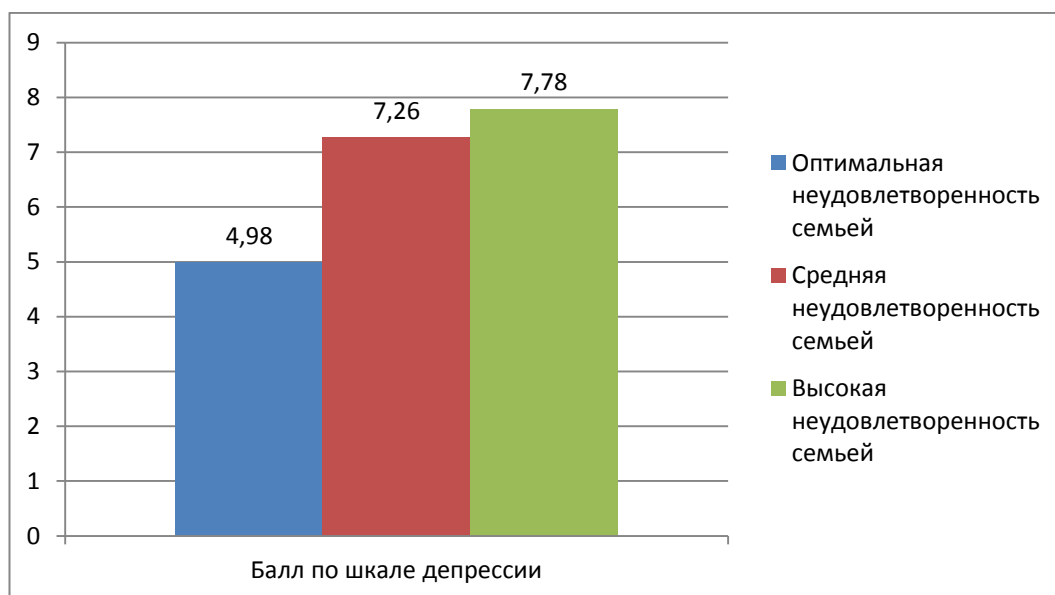


Рис. 3. Средние значения по шкале депрессии у подростков с различной степенью неудовлетворенности своей семьей (ее гибкостью и сплоченностью)

Уровень депрессивных тенденций у подростков возрастает по мере снижения их оценок сплоченности и гибкости семьи, а также по мере повышения неудовлетворенности семьей. Было обнаружено, что чем менее сплоченной ($r=-0,298$, $p\leq 0,01$) и гибкой ($r=-0,136$, $p\leq 0,1$ (связь на уровне тенденции)) испытуемый оценивает свою семью, тем выше у него балл по шкале депрессии. Результаты

корреляционного анализа также позволяют утверждать, что неудовлетворенность семьей тем выше, чем выше показатели депрессии ($r=0,249$, $p\leq 0,01$).

Обсуждение результатов

Результаты исследования свидетельствуют о том, что эмоциональная оценка семьи, степень удовлетворенности сплоченностью и гибкостью семьи, а также переживание ее ценности связаны с подверженностью депрессивным состояниям у подростка, что в данном исследовании служит индикатором его эмоционального благополучия или неблагополучия. Необходимо сказать, что эти результаты представляются вполне ожидаемыми: чем более негативный образ семьи фиксировал подросток, тем больший балл по шкале депрессии у него диагностировался. Предположения об этой связи и косвенные ее доказательства содержатся в исследованиях многих авторов [3; 8; 11; 21; 24; 28; 29; 31], однако зачастую эти исследования затрагивают проблему объективных черт семьи и их влияния на психоэмоциональное состояние ребенка. В данной работе целенаправленно исследовалась связь семейной идентичности и образа семьи с эмоциональным благополучием подростка.

Эмоциональное состояние подростков также связано с их субъективными оценками сплоченности и гибкости семейной системы. Причем связь сплоченности семьи с эмоциональным благополучием подростка оказывается наиболее сильной. Эти данные соотносятся с результатами исследования личностных и семейных факторов благополучия ребенка: Е.Р. Слободская и О.А. Ахметова подтверждают ведущую роль сплоченности семьи в благополучии и социальной успешности ребенка [24].

Более того, удовлетворенность сплоченностью и гибкостью семьи также связана с эмоциональным благополучием подростков. Чем менее сплоченной и гибкой подросток представлял свою семью, тем более негативное эмоциональное состояние у него фиксировалось. И чем более он был не удовлетворен этими структурно-функциональными характеристиками семейной системы, тем, соответственно, выше у него был балл по шкале депрессии.

Кроме того, переживание ценности семьи (один из показателей семейной идентичности) оказалось связанным с эмоциональным состоянием подростка. Чем более высокую позицию семья занимала в его иерархии ценностей, тем меньшую подверженность депрессивным тенденциям демонстрировал подросток.

Таким образом, приведенное исследование фиксирует наличие связей между эмоциональным благополучием подростка и его представлениями о семье, а также переживанием своей принадлежности к семье. Негативная оценка семьи, в частности, ее сплоченности и гибкости, неудовлетворенность этими параметрами – все это коррелирует с эмоциональным неблагополучием. У эмоционально неблагополучных подростков (с повышенными показателями по шкале депрессии) чаще отмечался дефицит переживания ценности семьи. Полученные результаты

представляются значимыми для углубления и расширения понимания факторов психологического благополучия подростков.

Выводы

Результаты эмпирического исследования подтверждают предположение о существовании связи между эмоциональным благополучием подростков и таким показателем семейной идентичности, как переживание ценности семьи. Чем слабее подросток осознает свою принадлежность к семье как ценность, тем он менее эмоционально благополучен. Кроме того, некоторые показатели образа семьи у подростка связаны с его эмоциональным состоянием. Так, чем более негативный образ семьи транслирует подросток, чем ниже он оценивает ее сплоченность и гибкость, тем более он склонен к депрессивному состоянию.

Литература

1. *Андреева Т.В.* Семейная психология: учеб. пособие. СПб.: Речь, 2004. 224 с.
2. *Бейтсон Г.* Экология разума. Избранные статьи по антропологии, психиатрии и эпистемологии / Пер. с англ. Д.Я. Федотовой. М.: Смысл, 2000. 476 с.
3. *Булыгина В.Г., Белякова М.Ю., Абольян Л.В.* Влияние семейной дисфункции на психофизическое развитие детей и подростков // Педиатрическая фармакология. 2013. Т. 10. № 3. С. 50–54.
4. *Буровихина И.А.* Социальная ситуация развития как условие формирования образа мира современного подростка: дисс. ...канд. психол. наук. М., 2013. 313 с.
5. *Варга А.Я.* Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. СПб: Речь, 2001. 144 с.
6. *Варга А.Я., Будинайте Л.Г.* Теоретические основы системной семейной психотерапии // Журнал практической психологии и психоанализа. 2005. № 4. С. 3–36.
7. *Варга А.Я., Хамитова И.Ю.* Теория семейных систем Мюррея Боуэна // Московский психотерапевтический журнал. 2005. № 1. С. 137–146.
8. *Воликова С.В., Холмогорова А.Б.* Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах (на примере тревожных, депрессивных и соматоформных расстройств) // Консультативная психология и психотерапия. 2001. № 4. С. 49–60.
9. *Карабанова О.А.* Психология семейных отношений и основы семейного консультирования. М.: Гардарики, 2005. 320 с.

10. Карпова В.М., Филиппова Е.В. Представления о родительской и будущей семье в подростковом и юношеском возрасте // Психологическая наука и образование. 2013. № 4. С. 84–97.

11. Лифинцева А.А., Холмогорова А.Б. Семейные факторы психосоматических расстройств у детей и подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. № 1. С. 70–83.

12. Лукьянченко Н.В. Семейная идентичность супругов на этапе перехода от молодой семьи к зрелой // Сибирский педагогический журнал. 2010. № 10. С. 283–294.

13. Лукьянченко Н.В. Семейная идентичность мужчин и женщин, состоящих в однополых союзах // Вестник МГОУ. Серия «Психологические науки». 2011. № 4. С. 37–43.

14. Лукьянченко Н.В., Новикова Е.А. Особенности семейной идентичности женщин, отбывающих наказание в местах лишения свободы // Прикладная юридическая психология. 2011. № 3. С. 78–85.

15. Минеева О.А. Возрастные и гендерные особенности содержания имплицитных теорий семьи: автореф. дисс... канд психол. наук. М., 2011. 35 с.

16. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. 304 с.

17. Михайлова Н.Ф. Систематическое исследование индивидуального и семейного стресса и копинга у членов семей здоровых лиц (в связи с задачами психодиагностики, психогигиены, психопрофилактики): дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 1998. 174 с.

18. Мишина Т.М. Семейная психотерапия и динамика «образа семьи» // Психогигиена и психопрофилактика: Сб. науч. тр. / Под ред. В.К. Мягер, В.П. Козлова, Н.В. Семеновой-Тянь-Шанской. Л.: 1983. С. 21–26.

19. Обухова Л.Ф., Дворникова И.Н. Ритуалы как психологическое средство формирования сплоченности семьи // Психологическая наука и образование. 2008. № 4. С. 24–34.

20. Орестова В.Р. Формирование личностной идентичности в старшем подростковом и юношеском возрасте: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2001. 178 с.

21. Романова Е.Н. Семейная дисфункция как фактор развития делинквенции и правоэкстремистских моделей поведения детей // Международный научно-исследовательский журнал. 2012. № 5. С. 49–50.

22. Рыбочкина О.С., Семенихина М.В. Представленность системы родительской семьи в субъективном пространстве личности: постановка проблемы [Электронный

Строкова С.С. Связь образа семьи и семейной идентичности с эмоциональным благополучием подростков
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 1. С. 119–137.

Strokova, S.S. Relation of the Family Representation and Family Identity with Emotional Well-Being in Teenagers
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 1, pp. 119–137.

ресурс] // Научные публикации кафедры педагогической психологии РГГУ. URL: <http://www.pedpsy.ru/Default.aspx?id=6.1> (дата обращения: 09.11.2016).

23. *Сапогова Е.Е.* Семейный нарратив как прецедентный текст для ребенка. Социокультурная герменевтика: проблемы и перспективы. Материалы Международной научно-практической конференции "Социокультурная герменевтика: теоретико-методологическое обоснование в контексте развития толерантности" [Электронный ресурс]. Кемерово: Графика, 2002. С.97–101. URL: <http://esapogova.narod.ru/texts/narrat.htm> (дата обращения: 09.11.2016).

24. *Слободская Е.Р., Ахметова О.А.* Взаимодействие личностных и семейных факторов благополучия детей // Культурно-историческая психология. 2012. № 2. С. 60–68.

25. *Строкова С.С.* Направления изучения семейной идентичности в психологии // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 3. С. 8–22.

26. *Строкова С.С.* Структурно-функциональные характеристики семьи и особенности семейной идентичности у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 2. С. 29–46.

27. *Толстых Н.Н., Прихожан А.М.* Психология подросткового возраста: учебник и практикум для академического бакалавриата. М.: Юрайт, 2016. 406 с.

28. *Фоминых Е.С.* Семья как фактор виктимизации детей с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2014. Т. 3. № 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n3/Fominih.shtml> (дата обращения: 12.05.2016).

29. *Хачатурян С.Д., Худоконенко С.А.* Эмоциональное отношение детей к родителям в семейных системах несовершеннолетних осужденных без лишения свободы [Электронный ресурс] // Психология и право. 2011. № 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2011/n3/46558.shtml> (дата обращения: 12.05.2016).

30. *Холмогорова А.Б.* Научные основания и практические задачи семейной психотерапии // Консультативная психология и психотерапия. 2002. № 2. С. 122–138.

31. *Холмогорова А.Б., Полкунова Е.В.* Особенности семейной системы пациентов с депрессивными расстройствами // Консультативная психология и психотерапия. 2004. № 2. С. 142–156.

32. *Хорошева Е.В.* Сравнительное исследование семей, имеющих ребенка с нормативным и нарушенным развитием // Психологическая наука и образование. 2010. № 5. С. 52–59.

33. *Черников А.В.* Системная семейная терапия: интегративная модель диагностики. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 208 с.

Строкова С.С. Связь образа семьи и семейной идентичности с эмоциональным благополучием подростков
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 1. С. 119–137.

Strokova, S.S. Relation of the Family Representation and Family Identity with Emotional Well-Being in Teenagers
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 1, pp. 119–137.

34. Шнейдер Л.Б. Семейная психология: учебное пособие для вузов. 2-е изд. М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2006. 768 с.

35. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учебное пособие для врачей и психологов. 2-е изд., испр. СПб.: Речь, 2006. 352 с.

36. Эриксон Э. Детство и общество. 2-е изд., перераб. и доп. / Пер. с англ. и науч. ред. А.А. Алексеева. СПб: Ленато, 1996. 589 с.

37. Якимова Т.В. Специфика семейной ситуации развития интеллектуально одаренных подростков: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2008. 29 с.

38. Cigoli V., Scabini E. Family identity: ties, symbols, and transitions. London: Lawrence Erlbaum Associates, Inc, 2006. 235 p.

39. Kouneski E.F. Family assessment and the Circumplex model: new research developments and applications / Department of Family Social Science. Minnesota: University of Minnesota, Twin Cities, 2000. 141 p.

40. Olson D.H. Circumplex model of Marital&Family systems // Journal of Family Therapy. Ed. "Empirical approaches to family assessment". 1999. 22 p.

41. Pirutinsky S., Kor A. Relevance of the Circumplex model of family functioning among orthodox jews in Israel // The New School Psychology Bulletin. 2013, Vol. 10, № 2. Pp. 25–37.

42. Schrodt P. Family communication schemata and the Circumplex model of family functioning // Western Journal of Communication. 2005. Vol. 69. № 4. Pp. 359–376.

Relation of the Family Representation and Family Identity with Emotional Well-Being in Teenagers

Strokova, S.S.,

*post-graduate student, Moscow State University of Psychology and Education, psychologist,
Dergaevskaya secondary school № 23, Moscow, Russia, strokovass@gmail.com*

The article is devoted to the description of the results of the investigation of relations between family representation and family identity in adolescents with their emotional state which was diagnosed with Beck Depression Inventory. Family representation was investigated with the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES-III) and modified projective methods "What is my family?" by M. Kuhn and T. McPartland. 249 boys and girls at the age of 10 to 17 took part in this research. There was revealed the relation of teenager's emotional well-being to the specifics of their family values experience, family emotional estimate, idea of its cohesion and adaptability. The more points the subject had on the Beck Depression Inventory, the more negative family representation one demonstrated: there were more negative characteristics while family description, his dissatisfaction of family cohesion and adaptability level was higher. In addition the more negative emotion condition was diagnosed, the less cohesive and adaptive was his family for the teenager. Thus the relation between teenager's family representation and family identity and his emotional well-being was confirmed.

Keywords: teenager, emotional well-being, family representation, family identity, ideas of family, structural characteristics of family, functional characteristics of family, family cohesion, family adaptability, family value, inquirer of Family Identity.

References

1. Andreeva T.V. *Semejnaya psihologiya: ucheb. posobie*. [Family psychology: textbook]. Saint-Petersburg: Rech', 2004. 224 p.
2. Bejtson G. *Ehkologiya razuma. Izbrannye stat'i po antropologii, psihiatrii i ehpiistemologii: per. s angl.* D.YA. Fedotovoj [Ecology of mind. Chosen articles on anthropology, psychiatry and epistemology]. Moscow: Smysl, 2000. 476 p. (In Russ.).

3. Bulygina V.G., Belyakova M.Yu., Abol'yan L.V. Vliyanie semejnoy disfunkcii na psihofizicheskoe razvitie detej i podrostkov [Influence of family dysfunction on the psychophysical child and teenager development]. *Pediatricheskaya farmakologiya [Pediatric Pharmacology]*, 2013, vol. 10, no. 3, pp. 50–54. (In Russ., Abstr. in Engl.).
4. Burovihina I.A. Social'naya situaciya razvitiya kak uslovie formirovaniya obraza mira sovremennogo podrostka. Diss. ...kand. psihol. nauk. [Social situation of development as a condition of modern teenager's world representation forming. PhD (Psychology) diss.]. Moscow: Publ. of MGU, 2013. 313 p.
5. Varga A.YA. Sistemnaya semejnaya psihoterapiya. Kratkij lekcionnyj kurs. [Systemic family psychotherapy. Short lecture course]. Saint-Petersburg: Rech', 2001. 242 p.
6. Varga A.Ya., Budinajte L.G. Teoreticheskie osnovy sistemnoj semejnoy psihoterapii [Theoretical base of systemic family psychotherapy]. *Zhurnal prakticheskoy psihologii i psihoanaliza [Practical Psychology and Psychoanalyses Journal]*, 2005, no. 4, pp. 3–36.
7. Varga A.Ya., Hamitova I.Yu. Teoriya semejnyh sistem Myurreya Bouehna [The theory of family system by Murray Bowen]. *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal [Moscow Psychotherapeutic Journal]*, 2005, no. 1, pp. 137–146.
8. Volikova S.V., Holmogorova A.B. Semejnye istochniki negativnoj kognitivnoj skhemy pri ehmocional'nyh rasstrojstvah (na primere trevozhnyh, depressivnyh i somatofornnyh rasstrojstv) [Family sources of negative cognitive scheme at emotional disorders (on the instance of distressing, depressive and somatoform disorders)]. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2001, no. 4, pp. 49–60. (In Russ., Abstr. in Engl.).
9. Karabanova O.A. Psihologiya semejnyh otnoshenij i osnovy semejnogo konsul'tirovaniya. [Family relationship psychology and family counseling basis]. Moscow: Gardariki, 2005. 320 p.
10. Karpova V.M., Filippova E.V. Predstavleniya o roditel'skoj i budushchej sem'e v podrostkovom i yunosheskom vozraste [parental and future family representations in teenagers' and youth age]. *Psihologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological science and Education]*, 2013, no. 4, pp. 84–97. (In Russ., Abstr. in Engl.).
11. Lifinceva A.A., Holmogorova A.B. Semejnye faktory psihosomaticheskikh rasstrojstv u detej i podrostkov [Family factors of child and teenagers' psychosomatic disorders]. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2015, vol. 23, no. 1, pp. 70–83. (In Russ., Abstr. in Engl.).
12. Luk'yanchenko N.V. Semejnaya identichnost' suprugov na ehtape perekhoda ot molodoj sem'i k zreloj [Spouses' family identity in the period of transformation from young family to mature family]. *Sibirskij pedagogicheskij zhurnal [Siberian Psychological Journal]*, 2010, no. 10. pp. 283–294. (In Russ., Abstr. in Engl.).
13. Luk'yanchenko N.V. Semejnaya identichnost' muzhchin i zhenshchin, sostoyashchih v odnopolyh soyuzah [Family identity of men and women in homosexual marital union].

Vestnik MGOU. Seriya «Psihologicheskie nauki» [MGDU Bulletin. Series "Psychological Sciences"], 2011, no. 4. pp. 37–43. (In Russ., Abstr. in Engl.)

14. Luk'yanchenko N.V., Novikova E.A. Osobennosti semejnoy identichnosti zhenshchin, otbyvayushchih nakazanie v mestah lisheniya svobody [The specifics of convict women family identity]. *Prikladnaya yuridicheskaya psihologiya [Application Judicial Psychology]*, 2011, no. 3. pp. 78–85. (In Russ., Abstr. in Engl.)

15. Mineeva O.A. Vostrastnye i gendernye osobennosti sodержaniya implicitnyh teorij sem'i. Avtoref. diss... kand psihol. nauk [Age and gender specifics of implicit family theories content. PhD. (Psychology) Thesis]. Moscow: publ. of MGU, 2011. 35 p.

16. Minuhin S., Fishman C.H. Tekhniki semejnoy terapii [Family therapy technics]. Moscow: Nezavisimaya firma Klass, 1998. 304 p.

17. Mihajlova N.F. Sistematischeskoe issledovanie individual'nogo i semejnogo stressa i kopinga u chlenov semej zdorovyh lic (v svyazi s zadachami psihodiagnostiki, psihogigieny, psihoprofilaktiki). Diss. ... kand. psihol. nauk [Systematic research of individual and family stress and coping of healthy subjects' family members (in connection to the issues of psychodiagnostics, psychohygiene, psychoprophylaxis). PhD. (Psychology) Diss.]. Saint-Petersburg, 1998. 174 p.

18. Mishina T.M. Semejnaya psihoterapiya i dinamika "obraza sem'i" [Family psychotherapy and "Family representation" dynamics]. In V.K. Myager, V.P. Kozlov, N.V. Semenovoy-Tyan'-Shanskoj (eds.), *Psihogigiena i psihoprofilaktika: sb. nauch. tr. [Psycho-hygiene and psycho-prophylaxis]*. L'vov: 1983, pp. 21–26.

19. Obuhova L.F., Dvornikova I.N. Ritualy kak psihologicheskoe sredstvo formirovaniya splochnosti sem'i [Rituals as psychological mean of family cohesion forming]. *Psihologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2008, no. 4, pp. 24–34. (In Russ., Abstr. in Engl.).

20. Orestova V.R. Formirovanie lichnostnoj identichnosti v starshem podrostkovom i yunosheskom vozraste. Diss. ... kand. psihol. nauk [Personal Identity forming of the elder teenagers and youth. PhD. (Psychology) Diss.]. Moscow, 2001. 178 p.

21. Romanova E.N. Semejnaya disfunkciya kak faktor razvitiya delinkvencii i pravoehkstremistskih modelej povedeniya detej [Family dysfunction as a factor dilenquencies and right-extremist children behavior models development]. *Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skij zhurnal [International Research Journal]*, 2012, no. 5, pp. 49–50.

22. Rybochkina O.S., Semnihina M.V. Predstavlenost' sistemy roditel'skoj sem'i v sub"ektivnom prostranstve lichnosti: postanovka problem [Parental family system representation in subjective personal space: problem statement]. *Nauchnye publikacii kafedry pedagogicheskoy psihologii RGGU [Scientific publications of the Department of educational psychology of RSUH]*, Available at: <http://www.pedpsy.ru/Default.aspx?id=6.1> (Accessed 09.11.2016). (In Russ., Abstr. in Engl.).

23. Sapogova E.E. Semejnyj narrativ kak precedentnyj tekst dlya rebenka. Sociokul'turnaya germenевтика: problemy i perspektivy [Family narrative as precedent text for the child. Social-cultural hermeneutic: problems and perspectives]. In *Materialy Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii "Sociokul'turnaya germenевтика: teoretiko-metodologicheskoe obosnovanie v kontekste razvitiya tolerantnosti" [Elektronnyi resurs] [International scientific-practical conference "socio-cultural hermeneutics, theoretical and methodological justification in the context of the development of tolerance"]*. Kemerovo: Grafika, 2002, pp. 97–101. Available at: <http://esapogova.narod.ru/texts/narrat.htm> (Accessed 09.11.2016).

24. Slobodskaya E.R., Ahmetova O.A. Vzaimodejstvie lichnostnyh i semejnyh faktorov blagopoluchiya detej [Relation of personal and family factors of children well-being]. *Kul'turno-istoricheskaya psihologiya [Cultural-Historical Psychology]*, 2012, no. 2, pp. 60–68.

25. Strokova S.S. Napravleniya izucheniya semejnoj identichnosti v psihologii [Approaches to family identity research in psychology]. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2014, vol. 22, no. 3, pp. 8–22.

26. Strokova S.S. Strukturno-funkcional'nye harakteristiki sem'i i osobennosti semejnoj identichnosti u podrostkov [Structural and functional characteristics of teenager's family and his family identity specifics]. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2016, vol. 24, no. 2, pp. 29–46.

27. Tolstyh N.N., Prihozhan A.M. Psihologiya podrostkovogo vozrasta: uchebnik i praktikum dlya akademicheskogo bakalavriata [Teenager's age psychology; textbook and practicum for academic bachelors]. Moscow: Yurajt, 2016. 406 p.

28. Fominyh E.S. Sem'ya kak faktor viktimizacii detej s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [Family as a factor of children with disabilities victimization] [Elektronnyj resurs]. *Klinicheskaya i special'naya psihologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2014, vol. 3, no. 3. Available at: <http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n3/Fominih.shtml> (Accessed: 12.05.2016). (In Russ., Abstr. in Engl.).

29. Hachaturyan S.D., Hudokonенko S.A. Ehmocional'noe otnoshenie detej k roditelyam v semejnyh sistemah nesovershennoletnih osuzhdennyh bez lisheniya svobody [Elektronnyj resurs] [Children emotional attitude to their parents in family systems of underage convicted without deprivation of liberty]. *Psihologiya i parvo [Psychology and Law]*, 2011, no. 3. Available at: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2011/n3/46558.shtml> (Accessed: 12.05.2016). (In Russ., Abstr. in Engl.)

30. Holmogorova A.B. Nauchnye osnovaniya i prakticheskie zadachi semejnoj psihoterapii [Science basis and practical issues of family psychotherapy]. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2002, no. 2, pp. 122–138.

31. Holmogorova A.B., Polkunova E.V. Osobennosti semejnoj sistemy pacientov s depressivnymi rasstrojstvami [The specifics of the family system of patients with

depressive disorders]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psihoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2004, no. 2, pp. 142–156.

32. Horosheva E.V. Sravnitel'noe issledovanie semej, imeyushchih rebenka s normativnym i narushennym razvitiem [Contemporaring research of the families having a child with normative and violated development]. *Psihologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2010, no. 5, pp. 52–59. (In Russ., Abstr. in Engl.).

33. Chernikov A.V. Sistemnaya semejnaya terapiya: Integrativnaya model' diagnostiki [Systemic family therapy: integrative diagnostics model]. Moscow: Nezavisimaya firma «Klass», 2001. 208 p.

34. Shnejder L.B. Semejnaya psikhologiya: Uchebnoe posobie dlya vuzov. 2-izd. [Family psychology: textbook for studying in Universities. 2-nd edition]. Moscow: Akademicheskij Proekt; Ekaterinburg: Delovaya kniga, 2006. 768 p.

35. Ehjdemiller E.H.G., Dobryakov I.V., Nikol'skaya I.M. Semejnyj diagnoz i semejnaya psihoterapiya. Uchebnoe posobie dlya vrachej i psihologov. 2-e izd. [Family diagnosis and family psychotherapy. Textbook for doctors and psychologists. 2nd ed.]. Saint-Petersburg: Rech', 2006. 352 p.

36. Ehrikson Eh. Detstvo i obshchestvo. 2-e izd. Per. s angl. i nauch. red. A.A. Alekseyeva [Childhood and society. 2nd ed.]. Saint-Petersburg: Lenato, 1996. 589 p.

37. Yakimova T.V. Specifika semejnoj situacii razvitiya intellektual'no odarenykh podrostkov. Avtoref. diss. ... kand. psihol. nauk. [Family situation development specifics of intellectually talented teenagers. PhD (Psychology) Thesis]: Moscow, 2008. 29 p.

38. Cigoli V., Scabini E. Family identity: Ties, Symbols, and Transitions. London: Lawrence Erlbaum Associates, Inc, 2006. 235 p.

39. Kouneski E.F. Family assessment and the Circumplex model: new research developments and applications. Minnesota: University of Minnesota, Twin Cities, 2000. 141 p.

40. Olson D.H. Circumplex model of Marital and Family systems. Special ed. "Empirical approaches to family assessment". *Journal of Family Therapy*, 1999. 22 p.

41. Pirutinsky S., Kor A. Relevance of the Circumplex model of family functioning among orthodox jews in Israel. *The New School Psychology Bulletin*, 2013, vol. 10, no. 2, pp. 25–37.

42. Schrodtt P. Family communication schemata and the Circumplex model of family functioning. *Western Journal of Communication*, 2005, vol. 69, no. 4, pp. 359–376.

Жизненные компетенции как неотъемлемая составляющая содержания образования детей с задержкой психического развития

Бабкина Н.В.,

кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, отдел научных исследований, ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики РАО», Москва, Россия, natali.babkina@mail.ru

В статье обсуждается проблема интеграции детей с задержкой психического развития в единую образовательную систему. Приводятся данные, демонстрирующие опасность инклюзии без учета особых образовательных потребностей таких детей, обосновывается необходимость включения формирования сферы жизненной компетенции в содержание образования этих школьников. Раскрываются основные направления и требования к результатам специальной работы в сфере жизненной компетенции, включающие развитие у ребенка адекватных представлений о собственных возможностях и ограничениях; овладение социально-бытовыми умениями, используемыми в повседневной жизни; овладение навыками коммуникации; дифференциацию и осмысление картины мира и ее временно-пространственной организации; осмысление своего социального окружения и освоение соответствующих возрасту системы ценностей и социальных ролей.

Ключевые слова: особые образовательные потребности, сфера жизненной компетенции, интеграция, дети с ЗПР, направления коррекционной помощи.

Для цитаты:

Бабкина Н.В. Жизненные компетенции как неотъемлемая составляющая содержания образования детей с задержкой психического развития [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 1. С. 138–156. doi: 10.17759/psyclin.2017060109

For citation:

Babkina, N.V. Life Competences as Integral Part of Educational Context for Children with Learning Delay [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education

[Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija], 2017, vol. 6, no. 1, pp. 138–156.
doi: 10.17759/psycljn.2017060109 (In Russ., abstr. in Engl.)

Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» на законодательном уровне закрепил новый этап развития образования. С 1 сентября 2016 г. планомерно вводится Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования (ФГОС НОО) обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) [13], в котором законодательно утверждается возможность выбора разных форм обучения, включая инклюзию, а в структуре содержания образования впервые четко выделяются два взаимодополняющих компонента: «академический» и «жизненной компетенции».

Среди детей с ОВЗ самую большую группу составляют дети с задержкой психического развития (ЗПР). В силу различных этиологических факторов (органической и/или функциональной недостаточности центральной нервной системы, зачастую отягощенной хроническими соматическими заболеваниями, неблагоприятными условиями воспитания и др.) детям данной группы свойственны недостаточные познавательные способности, выраженные в разной степени специфические расстройства психологического развития (школьных навыков, речи), а также нарушения в организации учебной деятельности и/или поведения.

В настоящее время более половины этих детей обучаются в массовых классах общеобразовательных школ. Так, по данным статистического бюллетеня «Образование в России – 2015», к началу 2015-2016 учебного года в России насчитывались: 117 специальных (коррекционных) образовательных организаций для детей с ЗПР, в которых обучались 19395 детей; 7020 специальных (коррекционных) классов при общеобразовательных организациях, в которых обучались 72593 ребенка с ЗПР. 95663 школьника с ЗПР учились в массовых классах (для сравнения: в 2012-2013 учебном году их было 76626 человек) [11]. Год от года прослеживается устойчивая тенденция к увеличению количества детей с ЗПР, обучающихся в условиях инклюзии.

Иллюзорное представление о том, что школьники с ЗПР относятся к наиболее легкой и «самокомпенсирующейся» категории детей с нарушениями развития (по сравнению, например, с детьми, страдающими расстройствами аутистического спектра, нарушениями зрения или слуха и т.д.), зачастую приводит к игнорированию необходимости создания специальных условий воспитания и обучения, удовлетворяющих их *особые образовательные потребности*¹ и позволяющих смягчить негативное влияние особенностей психического развития

¹ Содержание термина «дети с особыми образовательными потребностями» органично отражает традиционное для отечественной дефектологии понимание ребенка с нарушениями в развитии как нуждающегося в «обходных путях» достижения тех задач культурного развития, которые в условиях нормы достигаются укоренившимися в культуре способами воспитания и принятыми в обществе способами массового образования [3].

на процесс обучения, сформировать качества, необходимые для успешной школьной адаптации и социализации [1; 2; 5; 7; 8]. Следует подчеркнуть, что особые образовательные потребности детей с ЗПР касаются не столько обучения, сколько сферы жизненной компетенции.

Исследования Института коррекционной педагогики РАО, направленные на прогнозирование тенденций и рисков развития образовательной системы для детей с ОВЗ, показали опасность сокращения объемов специализированной помощи, оказываемой таким детям, из-за тотального внедрения инклюзивных форм образования [9]. В подтверждение приведем результаты анализа послешкольной социализации подростков с ЗПР, обучавшихся в условиях «стихийной» инклюзии (по данным десятилетнего наблюдения) [4]: 9,5% выпускников массовых школ уже имели 3 и более судимости; 12% привлекались к уголовной ответственности; 28,5% задерживались за хулиганство, антиобщественные действия, употребление наркотических средств, и только 33% (из них 14% юношей) вели себя социализировано. Среди выпускников СКОШ VII вида 67,5% не имели проблем с законом, 20% задерживались за административные правонарушения, а 12,5% привлекались к уголовной ответственности, но на момент проведения исследования ни один еще не попал в места лишения свободы: им были назначены условные наказания. В группе выпускников без отклонений в развитии цифры были достоверно ниже: проблемы с законом обнаружили у 13% подростков, к уголовной ответственности привлекались 8% выпускников.

Подтверждающиеся на практике опасные последствия неподготовленной инклюзии со всей остротой ставят вопрос о *необходимости удовлетворения особых образовательных потребностей детей с ЗПР и, прежде всего, в сфере развития и расширения жизненной компетенции* [8; 12], предполагающей:

- активизацию познавательного интереса к окружающему предметному и социальному миру;
- помощь ребенку в осмыслении происходящего с ним и вокруг него, в проработке жизненного опыта;
- специальную работу по формированию умения применять в повседневной жизни знания, полученные в ходе обучения;
- специальную работу по формированию способности к осознанному регулированию поведения и самостоятельной организации собственной деятельности, осознания возникающих трудностей, умения запрашивать и использовать помощь взрослого;
- специальную работу по развитию разных форм коммуникации и формированию навыков социально одобряемого поведения в условиях максимально расширенных социальных контактов.

Следует отметить, что у детей без отклонений в развитии в условиях нормальной социальной ситуации необходимые представления, умения и навыки естественным образом складываются в процессе семейного воспитания, но для ребенка с задержкой развития – даже слабо выраженной и при благоприятных семейных условиях – для формирования жизненных компетенций требуется систематическая психолого-педагогическая помощь. Поэтому *работа в сфере жизненной компетенции должна включаться в содержание образования и осуществляться не только на специальных коррекционных занятиях психолога или социального педагога, но и пронизывать весь учебно-воспитательный процесс, всю урочную и внеурочную деятельность* [2; 8; 12; 13].

В рамках разработки Концепции специального образовательного стандарта для детей с ОВЗ Институтом коррекционной педагогики РАО были определены необходимые направления коррекционной помощи в сфере жизненной компетенции, общие для всех детей с нарушениями развития [6]:

- развитие у ребенка адекватных представлений о собственных возможностях и ограничениях;
- овладение социально-бытовыми умениями, используемыми в повседневной жизни;
- овладение навыками коммуникации;
- дифференциация и осмысление картины мира и ее временно-пространственной организации;
- осмысление своего социального окружения и освоение соответствующих возрасту системы ценностей и социальных ролей.

Эти направления образуют структуру Программы коррекционной работы, дополняющей основную общеобразовательную программу, и реализуются учителем и дополнительно привлекаемыми специалистами (педагогом-психологом, учителем-дефектологом, учителем-логопедом, социальным педагогом). При том что направления коррекционной помощи для всех категорий детей с ОВЗ едины [10], содержание работы с каждой из них имеет ярко выраженную специфику. Для детей с ЗПР она в общем виде представлена в Проекте специального федерального государственного образовательного стандарта начального образования детей с ЗПР [8; 12].

Рассмотрим каждое из перечисленных направлений коррекционной помощи применительно к первоклассникам с ЗПР, обозначив специфику в развитии ребенка, не позволяющую сфере жизненной компетенции формироваться естественным образом, а также направления коррекционной работы и планируемые результаты коррекционной помощи. Такая конкретизация поможет специалистам

образовательных организаций в создании специальных образовательных условий для детей с ЗПР, предполагающих, в частности, разработку Программы коррекционной работы и рабочих программ коррекционных курсов, включение определенных задач формирования жизненных компетенций в содержание рабочих программ отдельных учебных предметов.

1. Развитие адекватных представлений о собственных возможностях и ограничениях

Содержание коррекционной работы по данному направлению в целом соотносится с общими позициями, касающимися всех детей с ОВЗ. Цель ее – сформировать у ребенка с ЗПР необходимые представления и навыки жизнеобеспечения, осознанного контролирования своего психофизического состояния и своевременного и адекватного сообщения взрослым об изменении самочувствия или о неудобствах, возникающих в процессе учебной деятельности. Это обусловлено наличием у значительной части детей с ЗПР органических или функциональных нарушений деятельности центральной нервной системы, снижающих устойчивость ребенка к психофизиологическим нагрузкам: деятельность ребенка (учебная, познавательная) может сопровождаться недомоганием, слабостью, быстро наступающим утомлением. Поэтому следует предупреждать превышение нормы психофизиологических нагрузок в соответствии с индивидуальной переносимостью ребенка, которые не только должны контролироваться педагогическим персоналом, но и осознаваться самим ребенком. Младшего школьника следует научить контролю над общим самочувствием и состоянием работоспособности. Необходимо также сформировать у него умение точного словесного описания своего состояния и выражения своей потребности; умение своевременно обратиться к взрослым при затруднениях в учебном процессе, сформулировать запрос о специальной помощи (см. табл. 1).

Таблица 1

Развитие адекватных представлений о собственных возможностях и ограничениях [цит. по: 8; 12]

Направление коррекционной работы	Требования к результатам
Развитие адекватных представлений о собственных возможностях и ограничениях, о насущно необходимом жизнеобеспечении и своих нуждах; развитие	– умение различать социальные ситуации, в которых необходима посторонняя помощь для ее разрешения, и те, где помощь со стороны не требуется; – умение адекватно оценивать свои силы, осознавать и контролировать ограничения, связанные с состоянием здоровья (понимать, что можно и чего нельзя: в еде, физической нагрузке, приеме медицинских препаратов);

способности вступать в коммуникацию со взрослыми по вопросам медицинской помощи	<ul style="list-style-type: none">– умение преодолевать стеснительность или пассивность при необходимости обратиться за помощью в решении проблем жизнеобеспечения; умение точно описать возникшую проблему («меня мутит»; «терпеть нет сил»; «у меня болит...»);– умение выделять ситуации, когда требуется привлечение родителей, и объяснять учителю (работнику школы) необходимость связаться с семьей для принятия решения в области жизнеобеспечения;– умение написать при необходимости SMS-сообщение, правильно выбрать адресата (близкого человека), корректно и точно сформулировать возникшую проблему («Я забыл ключи, жду тебя у подъезда» или «У меня болит живот, заberi меня из школы» и др.);– умение различать учебные ситуации, в которых необходима посторонняя помощь для ее разрешения, и ситуации, в которых можно найти решение самому;– умение обратиться к учителю при затруднениях в учебном процессе, сформулировать запрос о специальной помощи («Повторите, пожалуйста, задание»; «Можно, я пересяду, мне не видно» и т.п.);– умение использовать помощь взрослого для разрешения затруднения, давать адекватную обратную связь учителю (понимаю или не понимаю, успеваю или не успеваю и т.д.)
---	--

2. Овладение социально-бытовыми умениями, используемыми в повседневной жизни

Ребенок с ЗПР не имеет очевидных ограничений для овладения социально-бытовыми навыками, однако такие его особенности, как снижение мотивации к регулярной, упорядоченной, целенаправленной деятельности, недостаточность функции самоконтроля, слабая сформированность регулятивных процессов [1], нередко затрудняют спонтанное овладение умениями, используемыми в повседневной жизни на социально-бытовом уровне. При воспитании ребенка с ЗПР в семье в условиях гипер- или гипопеки затруднено формирование у него способности действовать самостоятельно, он не овладевает в необходимом объеме социально-бытовыми навыками или не приучается их использовать в повседневной жизни. Недостаточность бытовых умений нередко может провоцироваться и низким энергетическим потенциалом ребенка, в связи с чем он легко пресыщается и отказывается от субъективно непривлекательных для него нагрузок.

Недостаточно сформированные социально-бытовые умения оказывают влияние на качество социальной адаптации в школе. Обучающиеся с ЗПР могут демонстрировать неспособность самостоятельно подготовиться к уроку, выполнять требования, предъявляемые к учебному поведению во время урока, регулировать свое поведение в соответствии с социальными нормами на перемене, в школьной столовой и т.д. Все это обуславливает необходимость организации специальной помощи ребенку в овладении социально-бытовыми умениями, используемыми в повседневной жизни (см. табл. 2).

Таблица 2

Овладение социально-бытовыми умениями, используемыми в повседневной жизни [цит. по: 8; 12]

Направления коррекционной работы	Требования к результатам
Формирование активной позиции ребенка и укрепление веры в свои силы в овладении навыками самообслуживания: дома и в школе, стремления к самостоятельности и независимости в быту и помощи другим людям в быту	– прогресс в самостоятельности и в бытовой независимости; – умение устанавливать причинно-следственные связи в явлениях окружающей действительности, находить причину бытового явления и предвидеть нежелательные последствия
Освоение правил устройства домашней жизни, повседневной бытовой деятельности (покупка продуктов, приготовление еды, стирка, глажка, чистка и ремонт одежды, поддержание чистоты в доме, создание тепла и уюта); понимание предназначения окружающих в быту предметов и вещей. Формирование понимания того, что в разных семьях домашняя жизнь может быть устроена по-разному	– уточненные представления об устройстве домашней жизни; умение включаться в разнообразные повседневные дела, принимать в них посильное участие, брать на себя ответственность в каких-то областях домашней жизни. Прогресс оценивается по овладению бытовыми навыками, наличию постоянных и удовлетворительно выполняемых обязанностей
Ориентировка в устройстве школьной жизни, участие в повседневной жизни класса, принятие на себя	– адекватные представления об устройстве школьной жизни. Освоение установленных норм школьного поведения (на уроке, на перемене, в школьной столовой, на прогулке);

<p>обязанностей наряду с другими детьми</p>	<p>– адекватное учебное поведение на уроке: соблюдение общепринятых дисциплинарных правил. Умение планировать свои действия в соответствии с поставленной учебной задачей и условиями ее реализации, в т.ч. во внутреннем плане; осуществлять итоговый пошаговый контроль по результату своей работы; вносить необходимые коррективы на основе его оценки и учета характера сделанных ошибок; осуществлять осознанную саморегуляцию учебно-познавательной деятельности. Умение ориентироваться в расписании занятий;</p> <p>– умение (или прогресс ребенка в этом направлении) включаться в разнообразные повседневные школьные дела, брать на себя ответственность</p>
<p>Формирование стремления участвовать в устройстве праздника, понимания значения праздника дома и в школе, стремления порадовать близких, понимания того, что праздники бывают разными</p>	<p>– усвоение и осмысление годового цикла семейных и школьных праздников, осмысление их значения и особенностей;</p> <p>– стремление ребенка включаться в подготовку и проведение праздника, потребность и умение выбирать и предлагать форму своего участия в этой деятельности</p>

3. Овладение навыками коммуникации

У значительного числа детей с ЗПР могут отмечаться разнообразные, но, как правило, негрубые нарушения речевого развития, требующие помощи со стороны учителя-логопеда. Однако устранение или существенная компенсация речевых нарушений не избавляют сами по себе от трудностей коммуникации, причинами которых могут быть ограниченность опыта социальных взаимодействий, преобладание эмоционально-оценочного восприятия ситуаций, замедленный темп и пассивность когнитивного восприятия и переработки информации, трудности саморегуляции, склонность к эмоциональной дезорганизации поведения даже в несложных проблемных ситуациях.

Преодоление этих особенностей, мешающих полноценной и эффективной коммуникации с окружающими, требует длительной работы по формированию соответствующих жизненных компетенций, включающих, прежде всего, устойчивые и продуктивные коммуникативно-поведенческие умения и навыки (см. табл. 3).

Таблица 3

Овладение навыками коммуникации [цит. по: 8; 12]

Направления коррекционной работы	Требования к результатам
<p>Формирование знания правил коммуникации и умения использовать их в актуальных для ребенка житейских ситуациях</p>	<ul style="list-style-type: none"> – умение решать актуальные житейские задачи, используя коммуникацию (вербальную, невербальную) как средство достижения цели; – развитие произносительной стороны речи, умение осуществлять самоконтроль за произношением в процессе коммуникации; – умение вступить в разговор, задать вопрос, сформулировать просьбу, выразить свои намерения, завершить разговор; умение слушать собеседника, вести разговор по правилам диалогической речи, получать и уточнять информацию от собеседника; – умение корректно и адекватно выразить отказ, недовольство, проявить сочувствие, благодарность, признательность и т.п.; – умение распознавать и дифференцировать ситуации коммуникативного взаимодействия (делового и неформального, с взрослыми и со сверстниками), использовать соответствующие ситуации взаимодействия формы коммуникации (например, уважительно обращаться и соблюдать дистанцию в общении с взрослыми; не прерывать без необходимости разговор других людей); умение пренебречь этими правилами при возникновении неотложной ситуации, требующей немедленного обращения; – умение отделять существенное от второстепенного в коммуникации, извлекать значимую информацию, умение удерживаться в контексте коммуникации; – проявление интереса к обмену впечатлениями, активизация попыток разделить их с близкими: поделиться переживаниями о происходящем в данный момент и попытки рассказать о событиях своей жизни, неизвестных собеседнику; – наличие успешного опыта использования развернутой коммуникации в процессе обучения (развернутый ответ на уроке, пересказ усвоенного материала своими словами); – стремление самостоятельно выстраивать коммуникацию и разрешать конфликты со сверстниками при помощи коммуникации; – освоение культурных форм выражения своих чувств

Расширение и обогащение опыта коммуникации ребенка в ближнем и дальнем окружении	– расширение круга ситуаций (выход за рамки школьных и домашних взаимодействий), в которых ребенок может применять усвоенные коммуникативные умения и навыки как средство достижения цели
--	---

4. Дифференциация и осмысление картины мира

Большинство детей с ЗПР к моменту поступления в школу обладают ограниченным опытом активных и разнообразных контактов с окружающим миром. Складывающаяся у этих детей картина окружающего мира может быть недостаточно полной и подробной, представления о мире могут быть фрагментарными и стереотипными, ограниченными конкретными привычными ситуациями. Картина мира может быть недостаточно упорядоченной во времени и в пространстве, что препятствует освоению представлений о закономерном развитии событий, о взаимосвязи человека с целостным и изменчивым миром, усвоению соответствующих предметных знаний. Направления коррекционной работы с ребенком по дифференциации и осмыслению картины мира представлены в табл. 4.

Таблица 4

Дифференциация и осмысление картины мира [цит по: 8; 12]

Направления коррекционной работы	Требования к результатам
Расширение и обогащение опыта реального взаимодействия ребенка с бытовым окружением, миром природных явлений и вещей, формирование адекватного представления об опасности и безопасности	<ul style="list-style-type: none"> – адекватность бытового поведения ребенка с точки зрения опасности/безопасности и для себя, и для окружающих, с точки зрения сохранности окружающей предметной и природной среды; – использование вещей в соответствии с их функциями, принятым порядком и характером наличной ситуации; умение прогнозировать последствия неправильного, неаккуратного, неосторожного использования вещей; – расширение и накопление знакомых и разнообразно освоенных мест за пределами дома и школы: двора, дачи, леса, парка, речки, городских и загородных достопримечательностей и др.

<p>Формирование адекватной возрасту ребенка целостной и подробной картины мира, упорядоченной во времени и пространстве; формирование умения устанавливать связь между ходом собственной жизни и природным порядком</p>	<p>– умение ориентироваться в реалиях природных явлений; умение устанавливать взаимосвязь между объектами и явлениями окружающей природной и социальной действительности (понимать, что «будет обязательно», «бывает», «иногда может быть», «не бывает», «не может быть»); умение прогнозировать последствия воздействия природных явлений (дождь, гроза, снегопад, гололед и др.) и избегать нежелательных последствий</p>
<p>Формирование внимания и интереса ребенка к новизне и изменчивости окружающего, к их изучению; понимания значения собственной активности во взаимодействии со средой</p>	<p>– развитие у ребенка любознательности, наблюдательности, способности замечать новое, задавать вопросы, включаться в совместную со взрослым исследовательскую деятельность; развитие активности во взаимодействии с миром, понимание условий собственной результативности;</p> <p>– умение осуществлять поиск необходимой информации для решения социальных задач, выделять существенную информацию из сообщений разных видов;</p> <p>– умение осуществлять анализ объектов с выделением существенных и несущественных признаков, устанавливать причинно-следственные связи в наблюдаемом круге явлений, строить рассуждения в форме связей простых суждений об объекте; устанавливать аналогии и логические связи в явлениях и событиях повседневной жизни;</p> <p>– накопление опыта в освоении нового при помощи экскурсий и путешествий, умение осуществлять запись (фиксацию) выборочной информации об окружающем мире и о себе самом, в т.ч. с помощью инструментов ИКТ</p>
<p>Развитие способности ребенка взаимодействовать с другими людьми, осмысливать и присваивать чужой опыт, делиться своим опытом, используя вербальные и невербальные возможности (игра, чтение, рисунок как формы коммуникации и др.)</p>	<p>– умение в понятной для окружающих форме передавать свои впечатления, соображения, умозаключения; умение принимать и включать в свой личный опыт жизненный опыт других людей; умение делиться своими воспоминаниями, впечатлениями и планами с другими людьми</p>

5. Адекватные возрасту дифференциация и осмысление своего социального окружения, принятых ценностей и социальных ролей

Представления о социальном окружении у обучающихся с ЗПР могут быть ограничены конкретными, привычными, поверхностно воспринимаемыми ситуациями и упрощенными, недифференцированными, ситуативно воспринятыми ролевыми образами других людей и столь же недифференцированными образами собственного ролевого поведения. Формирование адекватных представлений в этой области (см. табл. 5) целесообразно на уровне усвоения принятых в культуре норм и правил поведения, сложившихся ритуалов и умений, соответствующих социальным ролям, предписанным возрастом и статусным репертуаром ребенка (дочь, сын, ученик, товарищ и т.п.).

Таблица 5

Адекватные возрасту дифференциация и осмысление своего социального окружения, принятых ценностей и социальных ролей [цит. по: 8; 12]

Направления коррекционной работы	Требования к результатам
Формирование представлений о правилах поведения в разных социальных ситуациях и с людьми разного социального статуса	<ul style="list-style-type: none"> – представления об общественных нормах, социально одобряемых и не одобряемых формах поведения в обществе; – стремление к соблюдению правил поведения в разных социальных ситуациях с людьми разного статуса: с близкими в семье, с учителями и учениками в школе, с незнакомыми людьми и т.д.
Освоение необходимых ребенку социальных ритуалов	<ul style="list-style-type: none"> – умение адекватно использовать принятые в окружении ребенка социальные ритуалы; – умение вступить в контакт и общаться в соответствии с возрастом, близостью и социальным статусом собеседника, умение корректно привлечь к себе внимание, отстраниться от нежелательного контакта; – умение корректно выразить свои чувства, отказ, недовольство, благодарность, сочувствие, намерение, просьбу, опасение; – овладение способностью правильно реагировать на похвалу и порицание со стороны взрослого, адекватно воспринимать оценки и замечания учителя
Освоение возможностей и допустимых границ социальных контактов, выработки адекватной дистанции в зависимости от ситуации общения	<ul style="list-style-type: none"> – умение проявлять инициативу, корректно устанавливать и ограничивать контакт; – умение не быть назойливым в своих просьбах и требованиях, быть благодарным за проявление внимания и оказание помощи; – умение применять формы выражения своих чувств в соответствии с ситуацией социального контакта и статусом участников взаимодействия

Разумеется, специалистам образовательной организации, участвующим в обеспечении тех или иных видов коррекционной помощи, направленной на формирование сферы жизненной компетенции школьников с ЗПР, недостаточно общего описания направлений работы и требований к результатам. Приведем в качестве примера некоторые научно обоснованные коррекционно-развивающие программы, методические разработки и рекомендации, которые могут использоваться при работе с данной категорией детей. В учебно-методическом пособии Н.В. Бабиной «Оценка готовности к школьному обучению детей с задержкой психического развития» (2015) раскрыты основные направления и содержание коррекционно-развивающей помощи детям с ЗПР на начальном этапе обучения, позволяющие, в частности, сформировать жизненные компетенции, необходимые для эффективного включения ребенка в обучение в условиях инклюзии. В монографии Н.В. Бабиной «Саморегуляция в познавательной деятельности у детей с задержкой психического развития» (2016) представлена комплексная программа коррекционно-развивающей работы по формированию у детей с ЗПР осознанной регуляции познавательной деятельности и поведения, включающая методические рекомендации по организации индивидуальных и групповых занятий психолога, рекомендации учителям по осуществлению дифференцированного подхода к обучающимся, а также рекомендации для родителей. В методическом пособии для школьного психолога «Интеллектуальное развитие младших школьников с задержкой психического развития» того же автора (2006) представлена программа активизации познавательной деятельности детей с ЗПР со стимульным материалом и примерами поурочного планирования. В методических рекомендациях «Использование наглядного материала при формировании жизненных компетенций у детей с задержкой психического развития» (автор – Н.В. Бабкина, методическое приложение к журналу «Воспитание и обучение детей с нарушениями развития», 2016, № 3) в качестве примера приведена работа по формированию у первоклассников с ЗПР адекватного представления об опасном и безопасном, предусмотренная в направлении «Дифференциация и осмысление картины мира» (см. табл. 4). Формированию у детей с ЗПР жизненных компетенций будут также способствовать занятия с использованием компьютерных программ из цикла «Картина мира» (авторы – О.И. Кукушкина, Т.К. Королевская, Е.Л. Гончарова). Учителям будут полезны методические рекомендации А.Д. Вильшанской по работе над пониманием скрытого смысла пословиц и поговорок, опубликованные в журнале «Воспитание и обучение детей с нарушениями развития» (2014, № 5 и № 6).

Как было сказано выше, задача формирования сферы жизненной компетенции должна включаться во все предметные области и отражаться в рабочих программах отдельных учебных предметов. Так, например, при обучении первоклассников с ЗПР следует стимулировать их речевое, эмоциональное, когнитивное развитие, улучшать коммуникативные навыки, содействуя, таким образом, их школьной адаптации и социализации в целом. Во время урока учитель должен помогать ребенку в освоении различных форм адекватного учебного поведения, в частности,

умения вступать в коммуникацию и взаимодействовать с учителем и одноклассниками (обратиться за помощью при затруднениях в учебном процессе, выразить свое отношение, согласие или отказ, поделиться впечатлением и т.д.), адекватно воспринимать похвалу и замечания. На уроках ознакомления с окружающим миром должна быть предусмотрена специальная работа по развитию самосознания ребенка с ЗПР: помощь в осмыслении, упорядочивании и дифференциации индивидуального жизненного опыта, крайне неполного и фрагментарного; в проработке впечатлений, воспоминаний, представлений о будущем; в развитии способности планировать, принимать решения, осмысливать причинно-следственные связи в происходящем, оценивать свои поступки и прогнозировать их последствия. Школьник с ЗПР нуждается в специальной помощи в упорядочивании и осмыслении усваиваемых знаний и умений, в специальной работе по формированию умения применять знания, полученные в ходе обучения, в повседневной жизни. Такой работе учитель должен уделять внимание на каждом уроке. Задача психолога – обучить педагога осмысленному наблюдению за ребенком, своевременной фиксации тех или иных трудностей и своевременному обращению за помощью к психологу.

Результаты усвоения ребенком с ЗПР доступных ему и полезных жизненных компетенций должны контролироваться и оцениваться как не менее важные, чем академические его достижения.

Основой оценки продвижения ребенка с ЗПР в жизненной компетенции служит анализ изменения его поведения в повседневной жизни по представленным выше направлениям. Результаты анализа должны быть представлены в форме удобных и понятных всем членам экспертной группы условных единиц: 0 баллов – нет продвижения; 1 балл – минимальное продвижение; 2 балла – среднее продвижение; 3 балла – значительное продвижение.

Внешне сходные функции предписывались ранее школьному ПМП-консилиуму, в частности, в СКОШ VII вида для детей с задержкой психического развития. Однако оценочная деятельность членов консилиума сосредоточивалась преимущественно на констатации (и возможном объяснении) трудностей в усвоении академического компонента образовательной программы и на формировании на этой основе рекомендаций по преодолению выявленных затруднений. Компонент жизненных компетенций специально не оценивался, учитывались главным образом общие особенности школьного поведения, отражающие также общие, неструктурированные наблюдения педагога. Родители или иные члены семьи ребенка не привлекались для формирования целостной экспертной оценки продвижения ребенка в сфере жизненных компетенций, и тем самым исключался внешкольный контекст их проявления.

Количественная оценка, полученная методом экспертной группы, служит не столько для характеристики самого ребенка, сколько для выработки ориентиров в описании динамики развития его жизненного опыта, оснащенности навыками

жизни в семье и социуме. Результаты проведенного экспертной группой анализа могут быть обобщены в индивидуальном профиле развития жизненной компетенции ребенка. При этом определяющую роль для оценки качества образования должна иметь именно степень продвижения обучающегося с ЗПР по обоим направлениям (освоение образовательной программы и формирование жизненной компетенции).

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что одной из важнейших образовательных потребностей детей с ЗПР является формирование сферы жизненной компетенции. Работа в этом направлении должна включаться не только в содержание специальных коррекционных занятий, но и пронизывать весь учебно-воспитательный процесс, реализуя тем самым новые приоритеты в целях образования детей с ОВЗ: «введение в культуру ребенка, по разным причинам выпадающего из образовательного пространства» [6], создание оптимальных условий для его социализации и минимизации рисков социально-психологической дезадаптации.

Финансирование

Работа выполнена в рамках Задания № 27.8968.2017/БЧ Минобрнауки России.

Литература

1. *Бабкина Н.В.* Роль осознанной саморегуляции в реализации когнитивных и личностных ресурсов ребенка с задержкой психического развития [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 3. С. 40–55. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2016/n3/Бабкина.shtml> (дата обращения 17.01.2017).
2. *Бабкина Н.В.* Основные направления и содержание коррекционной работы с младшими школьниками с задержкой психического развития // Дефектология. 2016. № 2. С. 53–59.
3. *Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И.* Ребенок с особыми образовательными потребностями [Электронный ресурс] // Альманах Института коррекционной педагогики. 2002. № 5. URL: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-5/rebenok-s-osobymi-obrazovatelnyimi-potrebnojami> (дата обращения 17.01.2017).
4. *Инденбаум Е.Л.* К чему приводит стихийная инклюзия // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2013. № 4. С. 33–38.
5. *Инденбаум Е.Л.* Характеристики коммуникативной компетентности подростков с разными формами интеллектуальной недостаточности в условиях инклюзивного и специального образования // Психологическая наука и образование. 2014. № 1. С. 42–49.

6. Концепция Специального Федерального государственного образовательного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья / Н.Н. Малофеев, О.И. Кукушкина, О.С. Никольская, Е.Л. Гончарова. М.: Просвещение, 2013. 48 с.
7. *Коробейников И.А.* Нарушения развития и социальная адаптация. М.: ПЕР СЭ, 2002. 192 с.
8. *Коробейников И.А., Инденбаум Е.Л., Бабкина Н.В.* Специальный Федеральный государственный образовательный стандарт начального образования детей с задержкой психического развития: проект. М.: Просвещение, 2013. 48 с.
9. *Малофеев Н.Н.* Научные достижения отечественной дефектологии как базис современной профилактической, коррекционной и реабилитационной помощи детям с нарушениями развития // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2014. № 2. С. 3–10.
10. *Малофеев Н.Н., Никольская О.С., Кукушкина О.И.* Дети с отклонениями в развитии в общеобразовательной школе: общие и специальные требования к результатам // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2010. № 5. С. 6–11.
11. Образование в России – 2015. Статистический бюллетень. М.: МИРЭА, 2015.
12. Проект ФГОС НОО обучающихся с ЗПР / разработчики И.А. Коробейников, Н.В. Бабкина. URL: http://www.firo.ru/wp-content/uploads/2013/11/FGOS_ZPR.doc#1 (дата обращения 02.02.2017).
13. ФГОС начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. Утвержден приказом Минобрнауки России от 19 дек. 2014 г. № 1598.

Life Competences as Integral Part of Educational Context for Children with Learning Delay

Babkina, N.V.,

PhD. (Psychology), Lead Researcher, Research Department, Institute of Special Education, Russian Academy of Education, Moscow, Russia, natali.babkina@mail.ru

The problem of integration of children with learning delay (LD) into the mainstream education system is discussed in the present article. Data, demonstrating the risk of inclusion without taking into account special educational needs of these children, are presented; necessity of inclusion of forming the sphere of life competences into the contents of education for these children is justified. The main directions and requirements to the results of special work in the sphere of life competence are disclosed, including the development of the child's adequate ideas about his own capabilities and limitations; mastering of routine skills, which are used in everyday life; acquisition of communication skills; differentiation and comprehension of world concept and its temporal-spatial organization; understanding of their social environment and development of age-appropriate system of values and social roles.

Keywords: special educational needs; sphere of life competences, integration, children with learning delay, directions of correctional help.

Funding

The work was supported by the Ministry of Education and Science of the Russian Federation within the framework of Task No. 27.8968.2017.

References

1. Babkina N.V. Rol' osoznannoi samoregulatsii v realizatsii kognitivnykh i lichnostnykh resursov rebenka s zaderzhkoi psikhicheskogo razvitiia [Elektronnyi resurs] [The role of conscious self-regulation in realization of cognitive and personal resources in a child with developmental delay]. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija* [Clinical

Бабкина Н.В. Жизненные компетенции как неотъемлемая составляющая содержания образования детей с задержкой психического развития
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 1. С. 138–156.

Babkina, N.V. Life Competences as Integral Part of Educational Context for Children with Learning Delay Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 1, pp. 138–156.

Psychology and Special Education], 2016, vol. 5, no. 3, pp. 40–55, Available at: <http://psyjournals.ru/psyclin/2016/n3/Бабкина.shtml> (Accessed: 17.01.2017). (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Babkina N.V. Osnovnye napravleniya i sodержanie korrektsionnoi raboty s mladshimi shkol'nikami s zaderzhkoi psikhicheskogo razvitiya [The main directions and content of remedial work with younger students with mental retardation]. *Defektologiya [Defectology]*, 2016, no. 2, pp. 53–59.

3. Goncharova E.L., Kukushkina O.I. Rebenok s osobymi obrazovatel'nymi potrebnoyami [Elektronnyi resurs] [Children with special educational needs]. *Al'manakh Instituta korrektsionnoi pedagogiki [Almanac Institute of special education]*, 2002, no. 5. Available at: <http://alldf.ru/ru/articles/almanah-5/rebenok-s-osobymi-obrazovatel'nymi-potrebnoyami> (Accessed: 17.01.2017).

4. Indenbaum E.L. K chemu privodit stikhiinaia inkluziia [What causes spontaneous inclusion]. *Vospitanie i obuchenie detei s narusheniyami razvitiya [The education and training of children with developmental disabilities]*, 2013, no. 4, pp. 33–38.

5. Indenbaum E.L. Kharakteristiki kommunikativnoi kompetentnosti podrostkov s raznymi formami intellektual'noi nedostatochnosti v usloviyakh inkluzivnogo i spetsial'nogo obrazovaniya [Features of communicative competence of adolescents with different forms of intellectual insufficiency in the conditions of inclusive and special education]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2014, no. 1, pp. 42–49 (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Kontseptsii Spetsial'nogo Federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo standarta dlia detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ia [The concept of a special federal state educational standards for children with disabilities]. In N.N. Malofeev, O.I. Kukushkina, O.S. Nikol'skaia, E.L. Goncharova (eds.). Moscow: Prosveshchenie, 2013. 48 p.

7. Korobeinikov I.A. Narusheniia razvitiia i sotsial'naia adaptatsiia [Developmental disorders and social adaptation]. Moscow: PER SE, 2002. 192 p.

8. Korobeinikov I.A., Indenbaum E.L., Babkina N.V. Spetsial'nyi Federal'nyi gosudarstvennyi obrazovatel'nyi standart nachal'nogo obrazovaniya detei s zaderzhkoi psikhicheskogo razvitiya: proekt [Special Federal state educational standard primary education of children with mental retardation: proekt]. Moscow: Prosveshchenie, 2013. 48 p.

9. Malofeev N.N. Nauchnye dostizheniya otechestvennoi defektologii kak bazis sovremennoi profilakticheskoi, korrektsionnoi i reabilitatsionnoi pomoshchi detyam s narusheniyami razvitiya [Scientific achievements of domestic defectology as the basis of modern preventive, corrective and rehabilitative care for children with developmental disorders]. *Vospitanie i obuchenie detei s narusheniyami razvitiya [The education and training of children with developmental disabilities]*, 2014, no. 2, pp. 3–10.

10. Malofeev N.N., Nikol'skaia O.S., Kukushkina O.I. *Deti s otkloneniyami v razvitiy v obshcheobrazovatel'noi shkole: obshchie i spetsial'nye trebovaniia k rezul'tatam* [Children with developmental disabilities in a comprehensive school: the general and specific requirements to results]. *Vospitanie i obuchenie detei s narusheniyami razvitiya* [The education and training of children with developmental disabilities], 2010. no. 5, pp. 6–11.

11. *Obrazovanie v Rossii – 2015. Statisticheskii biulleten'* [Education in Russia – 2015. Statistical Bulletin]. Moscow: MIREA, 2015.

12. Proekt FGOS NOO obuchaiushchikhsia s ZPR [The project of the federal state educational standard primary education of children with mental retardation]. In I.A. Korobeynikov, N.V. Babkina (eds.). Available at: http://www.firo.ru/wp-content/uploads/2013/11/FGOS_ZPR.doc#1 (Accessed: 02.02.2017).

13. FGOS nachal'nogo obshchego obrazovaniya obuchayushchikhsya s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [FSES primary general education of students with disabilities]. *Utverzhden prikazom Minobrnauki Rossii ot 19.12.2014 № 1598* [Approved by the Ministry of Education and Science of Russia from 19.12.2014 no. 1598].

Рецензия на монографию «Дом как жизненная среда человека»¹

Вачков И.В.,

доктор психологических наук, профессор, Институт общественных наук, Российская академия народного хозяйства и госслужбы при Президенте РФ (РАНХиГС), Москва, Россия, igorvachkov@mail.ru

Рецензируемая книга представляет собой фундаментальный труд группы ученых под руководством известного специалиста в области психологии среды профессора С.К. Нартовой-Бочавер. В монографии изложены результаты систематического и многогранного исследования совершенно новой научной области – психологии дома как главной жизненной среды человека, которая определяет его индивидуальность, социальное взаимодействие и жизненную успешность и является мощнейшим экологическим и социальным ресурсом. В монографии изложены предпосылки выделения нового предмета исследования, этапы разработки нового категориального аппарата и методология исследования взаимоотношений человека и его дома. Основным содержанием книги является описание результатов исследований формирования различных образов дома, субъективных моделей дружественного дома в подростковом возрасте, ресурсов дома для позитивного функционирования в юношеском возрасте и молодости, привязанности к дому и отчуждения от дома в перспективе жизненного пути человека. Книга адресована широкому кругу читателей и будет полезна специалистам разного профиля: психологам, психотерапевтам, педагогам, культурологам, архитекторам, дизайнерам.

Ключевые слова: монография, домашняя среда, психологическое исследование.

Для цитаты:

Вачков И.В. Рецензия на монографию «Дом как жизненная среда человека» [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 1. С. 157–162. doi: 10.17759/psyclin.2017060110

¹ Нартова-Бочавер С.К., Бочавер А.А., Дмитриева Н.С., Резниченко С.И. Дом как жизненная среда человека: психологическое исследование. Монография / Отв. ред. С.К. Нартова-Бочавер. М.: Памятники исторической мысли, 2016. 220 с. ISBN 978-5-88451-351-8.

For citation:

Vachkov, I.V. A Review of the Monograph “Home as a Living Environment of the Person: a Psychological Study” [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2017, vol. 6, no. 1. pp. 157–162. doi: 10.17759/psycljn.2017060110 (In Russ., abstr. in Engl.)

Иногда кажется удивительным, насколько мало изучены и научно объяснены самые обычные, знакомые каждому, в общем-то, обыденные явления и отношения: казалось бы, в силу их привычности они доступны наблюдению и исследованию, но почему же они так трудно поддаются операционализации и интерпретации?..

Вот, например, дом и отношение человека к нему – тема исследования, по-житейски близкая многим, если не каждому, но так мало изученная в социальных науках и тем более – в психологии. Очевидно, что дом – одно из наиболее значимых пространств для получения опыта и развития, любви и защиты, отдыха и восстановления сил. Человека связывают с домом прочные и в то же время очень динамичные отношения, которые сопровождают его всю жизнь вне зависимости от того, находится ли человек в границах жилого пространства здесь и сейчас или же разлучен с домом. Образ дома и отношение к нему есть всегда, даже тогда, когда человек теряет дом. А значимость и ценность дома для его хозяина не исчерпываются убранством и мерой комфорта жилища.

Вопреки актуальности и достигаемости темы взаимоотношений «человек – дом» как предмета исследования, парадоксальным образом психологическая картина этих отношений остается мозаичной и бессистемной: существуют дискретные исследования лишь отдельных ее элементов, например, дома в контексте семейного микроклимата, девиантных форм взаимодействия человека с ним (побеги, вандализм, бродяжничество), дома как предмета потребительского поведения, в то время как целостное представление о роли дома в жизни человека, о его психологической ресурсности, о содержании, динамике и мотивах любви к нему отсутствует.

Рецензируемая монография «Дом как жизненная среда человека» восполняет этот пробел. Монография является результатом труда научного коллектива, руководимого известным специалистом в области психологии среды и основателем субъектно-средового подхода, профессором С.К. Нартовой-Бочавер. А соавторы – А.А. Бочавер, Н.С. Дмитриева и С.И. Резниченко – в недавнем прошлом ученики С.К. Нартовой-Бочавер, а ныне – квалифицированные специалисты в психологии личности и психологии среды.

В работе дом рассматривается как многогранный, комплексный объект, включающий функциональный (дом с его предметно-пространственными характеристиками, позволяющий или запрещающий разные виды активности), смысловой (дом как носитель личностных смыслов), эмоциональный (дом как источник переживания разнообразных эмоций) и, наконец, социальный (дом как место семейного взаимодействия) аспекты. В качестве исходного положения

авторами справедливо постулируется эссенциальность дома как первичной жизненной среды человека, поддерживающей психологическое благополучие и определяющей его социальное взаимодействие, индивидуальность, эффективность совладания со сложными жизненными ситуациями и успешность в решении возрастных задач развития. Акцент на ресурсной функции дома поставил перед авторами и другую актуальную задачу: изучить взаимоотношения человека и его дома с учетом разнообразных субъектных качеств – начиная от возраста и пола и кончая глубоко индивидуальными характеристиками, например, уровнем тревожности или самооценкой.

Широта феноменологического поля предмета исследования и методологическая сложность его изучения определяют логику структуры монографии: от определения и описания центральных понятий (дом, домашняя среда, жилище) и концептуальных основ и алгоритмов исследования взаимоотношений человека и его жизненной среды – к изложению полученной каждым из авторов фактологии о конкретных феноменах этих взаимоотношений.

Первая глава кратко знакомит читателя с основными подходами и направлениями исследований взаимодействия человека и его жизненной среды в русле различных гуманитарных дисциплин – экологии, культурологии, этнографии, социальной антропологии и других. Глава посвящена также и проблеме полисемантической природы понятий «дом» и «домашняя среда», даются рабочие определения ключевым понятиям. Здесь представлен и краткий кросскультурный анализ обустройства и значения в целом жилища для россиянина и жителей других стран. Например, интересно, что если для жителей Великобритании ритуальным местом отдыха и проведения свободного времени является паб, то для русского человека таким сакральным местом становится дача. Будучи апологетами субъектно-средового подхода, авторы касаются и более субъективных процессов и форм взаимодействия человека с домом, например, персонализации (обживания, индивидуализации), сигнификации (маркировки, «оличивания») дома; обсуждается взаимосвязь избирательности человека к определенным характеристикам дома и состояния его мотивационно-потребностной сферы.

Вторая глава посвящена методологии изучения взаимоотношений человека с его домом. Здесь раскрыты как общеметодологические принципы, которыми руководствовались авторы в своих исследованиях, так и конкретные положения субъектно-средового подхода. В качестве базовой предлагается идея о том, что взаимоотношения человека и его домашней среды могут быть системно измерены и оценены, если изучать одновременно несколько уровней этих взаимоотношений: объектный – до-психологические, физические качества жилища, составляющие его функциональность; промежуточный субъектно-объектный – уровень, который задан степенью соответствия, или релевантности, функций жилища потребностям его обитателя и, наконец, субъектный – личностные переживания и чувства по отношению к дому, смыслы дома. Выделенные авторами уровни изучения взаимодействия в системе «человек–дом» определили рождение трех оригинальных авторских опросников – «Функциональность домашней среды», «Релевантность домашней среды» и «Привязанность к дому». В главе приводится детальное

описание процедур разработки, апробации и психометрической подготовки инструментария, изложены перспективы и ограничения применения методик, даны стимульный материал, «ключи» и коридоры значений для каждого из опросников.

Третья глава открывает серию эмпирических исследований вопросом: для чего человеку нужен дом, какие потребности он удовлетворяет? На основе результатов анализа представлений людей о смыслах и наиболее важных характеристиках дома автор главы А.А. Бочавер выделяет четыре образа дома. Универсальный образ дома раскрывает его возможности в удовлетворении базовых потребностей – в безопасности, в чувстве родового гнезда, в стабильности. Повседневный образ дома складывается из представлений о возможностях близкого и тесного взаимодействия с родными людьми и удовлетворения повседневных физиологических потребностей. Динамический образ включает возможность удовлетворения творческих, эстетических и познавательных потребностей в пределах домашней среды. Наконец, образ воображаемого дома – представление человека об идеальном с точки зрения функциональности домашнем пространстве, наиболее точно соответствующем его образу жизни.

В четвертой главе фокус внимания автора Н.С. Дмитриевой направлен на изучение дружественных моделей дома у подростков, находящихся в разных контекстах развития. На основе данных четырех групп подростков – учеников столичных общеобразовательных школ, гимназистов, воспитанников детских домов и сельских жителей – получены любопытные выводы о том, какими функциональными характеристиками должен обладать дом, чтобы стать для подростка ресурсом поддержания психологического благополучия. Так, обнаружено, что для позитивного функционирования школьников важно, чтобы дом был эргономичным и позволял демонстрировать другим людям их достижения, взгляды и убеждения, а для благополучия гимназистов более значимы возможности контролировать и трансформировать домашнюю среду под собственные нужды. Между тем, функциональные возможности дома в меньшей степени являются источником поддержки психологического благополучия и аутентичности у сельских подростков, что, по мнению автора, связано с ориентацией сельских подростков на смену места жительства в пользу более разнообразной и динамичной городской среды, а значит, с оценкой актуального жилища как конечного ресурсного жизненного пространства. У подростков-сирот преобладают идеализированные представления о своем доме, высокая чувствительность к функциональным возможностям жилой среды и вместе с тем достаточно скромный вклад их жизненной среды в психологическое здоровье. В главе также описана гендерная специфика роли дружественности домашней среды в поддержании благополучия и аутентичности подростков, отражающая факт, что дружественный, или отвечающий потребностям дом, больше поддерживает девочек, чем мальчиков.

Пятая глава собрала воедино сразу несколько новаторских тем, разрабатываемых ее автором – С.К. Нартовой-Бочавер – и представляет собой обсуждение результатов трехсерийного фундаментального исследования влияния образов реального и идеального дома на психологическое благополучие, психологическую суверенность и личностную защищенность студенческой

молодежи. Вполне ожидаемым оказывается вывод о том, что образ реального дома вносит бóльший вклад в психологическое благополучие молодых людей, чем образ идеального дома, поскольку последний, являясь эталонной моделью, обретает значимость только при сопоставлении с актуальной жилой средой. В этой связи неудивительно, что несоответствие между наличествующей домашней средой и идеальным образом дома отрицательно сказывается на психологической комфортности личности. Описываются также и интересные гендерные тенденции: для обретения психологического благополучия девушки стремятся совершенствовать свой реальный дом, в то время как юноши обращаются к мечтам об идеальном доме. Что касается связей между качествами дома и способностью защищать свои личностные границы, или суверенностью, то они контекстуальны и действуют по гомеостатическому принципу: люди со слабыми личностными границами стремятся компенсировать недостаток психологической суверенности и защитить себя за счет ресурсов домашней среды, в то время как сверхсуверенные люди, имея прочные внутренние границы, в меньшей степени восприимчивы к средовым возможностям. Наконец, дом поддерживает личностную защищенность, причем сильнее – у юношей, чем у девушек; юноши-студенты в целом более восприимчивы к позитивному воздействию своего дома и игнорируют отрицательные моменты бытия.

Заключительная глава монографии посвящена анализу субъектного уровня взаимоотношений между человеком и жизненной средой на разных возрастных этапах жизненного пути. В качестве феномена и эмпирического конструкта, отражающего личностное отношение человека к его дому, С.И. Резниченко предлагает привязанность к дому – положительную эмоциональную связь человека с домом и предпочтение его другим средам. В главе обсуждается, какие именно функции реального и идеального образов дома формируют привязанность к дому. Раскрыта динамика и содержание переживания привязанности к дому в разных возрастах (подростки, представители ранней, средней и поздней зрелости) и у представителей разного пола. Получены выводы о том, что привязанность к дому обладает мощным психологическим потенциалом, а ресурсная сила привязанности зависит от стадии жизненного пути. Приведены новые интересные данные о том, что привязанность к дому преимущественно мотивируется функциональным статусом дома – тем, насколько дом позволяет человеку жить в комфорте и выполнять различную деятельность; в то время как отчуждение от дома связано с негативными эмоциями и несоответствием образа и содержания дома личностным смыслом и жизненным целям человека.

В конце книги приложен глоссарий основных терминов, используемых в тексте. Монография написана понятным, живым языком, выводы и их интерпретация сопровождаются большим количеством цитат, примеров, метафор и рисунков, что делает книгу привлекательной и интересной не только для специалистов в области психологии среды, социальной и возрастной психологии, но и для широкого круга читателей, интересующихся тем, почему человек нуждается в чувстве дома и как усилить его ресурсные функции.

A Review of the Monograph “Home as a Living Environment of a Person: a Psychological Study”¹

Vachkov, I.V.,

*Dr. Sci. (Psychology), Professor, Institute of Social Sciences, The Russian Presidential Academy
of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia, igorvachkov@mail.ru*

The reviewed book is a fundamental work of a group of scientists led by a well-known expert in the field of environment psychology, Professor S.K. Nartova – Bochaver. The monograph presents results of a systematic and multifaceted study of a completely new scientific field – the psychology of the home, as the main human life environment that determines one's individuality, social interaction and life success and which is the most powerful ecological and social resource. Prerequisites for the selection of the new subject of study, stages of developing of the completely new category apparatus and also methodology of home – person relations are outlined. The main content of the book is a description of the research results of the formation of various home concepts, subjective models of a friendly home in adolescence, home resources for positive functioning in adolescence and youth, affection and estrangement to home in one's life perspective. Present book is addressed to a wide range of readers and will be useful to specialists of different profiles: psychologists, psychotherapists, teachers, architects, designers.

Key words: monograph, home environment, psychological study.

¹ Nartova-Bochaver, S., Bochaver, A., Dmitrieva, N., & Reznichenko, S. (2016). *Dom kak zhiznennaiia sreda cheloveka: psikhologicheskoe issledovanie* [Home as a living environment of a person: a psychological study]. Moscow: Pamiatniki istoricheskoi mysli, 2016.

К 70-летию профессора Н.Л. Горбачевской

Хромов А.И.,

кандидат психологических наук, заведующий кафедрой нейро- и патопсихологии развития, факультет клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, aikhromov@gmail.com

Коллектив факультета клинической и специальной психологии и, в частности, кафедра нейро- и патопсихологии развития от души поздравляет Наталью Леонидовну с круглой датой! Желаем активного и творческого долголетия, наполненного радостью научных и профессиональных достижений, уважением и почтением учеников, а также продуктивным и гармоничным сотрудничеством с коллегами!

Ключевые слова: Н.Л. Горбачевская, юбилей, кафедра нейро- и патопсихологии развития.

Для цитаты:

Хромов А.И. К 70-летию профессора Н.Л. Горбачевской [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 1. С. 163–166. doi: 10.17759/psyclin.2017060111

For citation:

Hromov, A.I. To the 70th anniversary of Professor N.L. Gorbachevskaya [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2017, vol. 6, no. 1. pp. 163–166. doi: 10.17759/psycljn.2017060111 (In Russ., abstr. in Engl.)

7 марта 2017 года исполнилось 70 лет профессору, доктору биологических наук Наталье Леонидовне Горбачевской – руководителю научно-образовательного центра «Нейробиологическая диагностика наследственных психических заболеваний детей и подростков», профессору кафедры нейро- и патопсихологии развития факультета «Клиническая и специальная психология» МГППУ, ведущему научному сотруднику лаборатории нейрофизиологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (НЦПЗ).



Н.Л. Горбачевская родилась 7 марта 1947 г. в Вильнюсе в семье военного. Вместе с родителями жила и училась в разных регионах бывшего СССР. Школу закончила в Москве и поступала сначала в медицинский, а затем – на биофак МГУ им. М.В. Ломоносова, который и закончила в 1971 г. В течение нескольких лет после окончания обучения работала в Институте психиатрии Минздрава РСФСР, занималась нейрофизиологией, электроэнцефалографией. В 1982 г. защитила кандидатскую диссертацию. С 1986 г. работает в нынешнем НЦПЗ, тогда носившем название «Всесоюзный научный центр психического здоровья АМН СССР». Наталья Леонидовна стояла у истоков мультидисциплинарных исследований, активно сотрудничая с психиатрами, патопсихологами и нейропсихологами в вопросах диагностики и прогноза психических заболеваний у детей и подростков. Много внимания и сил она уделяла изучению динамики развития в условиях нормального онтогенеза и разных вариантов дизонтогенеза. Наталья Леонидовна также была одним из первых исследователей аутистических расстройств с нейробиологических позиций. В 2000 г. защитила докторскую диссертацию на тему «Особенности формирования ЭЭГ у детей в норме и при разных типах общих (первазивных) расстройств развития».

Являясь выдающимся ученым, талантливым педагогом, Наталья Леонидовна сотрудничает с МГППУ с 2001 года и за эти 16 лет завоевала любовь и признание многих студентов, аспирантов, сотрудников и коллег. Многие годы Наталья Леонидовна преподает такие курсы, как «Нейробиологические основы психического

развития», «Нейробиология аутизма». С 2008 года под ее руководством на факультете проводится практика «Основы эксперимента», в рамках которой уже несколько поколений студентов смогли притронуться к реальной научной деятельности, познакомиться с азами сбора данных, их анализа, интерпретации и представления.

Научные интересы Натальи Леонидовны широки и разнообразны. Под ее руководством защищены более 10 диссертационных исследований. Начиная в далекие 80-е гг. с анализа ЭЭГ детей с различной психической патологией, когда еще не было современных компьютерных средств обработки ЭЭГ записей, Наталья Леонидовна уже тогда ставила перед собой задачу «отделить» среди множества психиатрических диагнозов группу больных детей, симптоматика которых преимущественно обусловлена биологическими причинами. Так, одной из основных научных тем в этом русле стало исследование синдрома Ретта как одного из «нетипичных» вариантов аутизма. Затем в тесном сотрудничестве со специалистами из разных областей (генетиками, психологами, неврологами) были освещены другие синдромальные формы аутизма, такие как синдром Ангельмана, синдром Прадера-Вилли, синдром умственной отсталости с ломкой хромосомой X (FRAXA). Исследования в этой области проводятся и по сей день.

Наталья Леонидовна – автор более чем 250 публикаций в отечественных и зарубежных изданиях. Она принимала активное участие во многих международных форумах, посвященных проблемам расстройств аутистического спектра, детской шизофрении, генетической патологии. Наталья Леонидовна также участвовала в организации ряда научных симпозиумов. Большое внимание юбиляр уделяет рутинной, но чрезвычайно важной для каждого пациента ЭЭГ-диагностике. Наталья Леонидовна умеет найти правильный подход к каждому ребенку, каким бы сложным ни было его поведение, а также сформулировать корректный медицинский и психологический диагнозы.

Коллектив факультета клинической и специальной психологии и, в частности, кафедра нейро- и патопсихологии развития от души поздравляет Наталью Леонидовну с круглой датой! Желаем активного и творческого долголетия, наполненного радостью научных и профессиональных достижений, уважением и почтением учеников, а также продуктивным и гармоничным сотрудничеством с коллегами!

To the 70th anniversary of Professor N.L. Gorbachevskaya

Hromov, A.I.,

PhD. (Psychology), head of Chair of Neuro- and Pathopsychology of Development, Department of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, aikhromov@gmail.com

Collective of the Faculty of Clinical and Special Psychology and, in particular, the Chair of Neuro- and Pathopsychology of Development Heartily congratulates Natalia Leonidovna on a round date anniversary! We wish you active and creative longevity, filled with the joy of scientific and professional achievements, respect and reverence of students, as well as productive and harmonious cooperation with colleagues!

Keywords: N.L. Gorbachevskaya, jubilee, Chair of Neuro- and Pathopsychology of Development.
