

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ
ЭЛЕКТРОННЫЙ
ЖУРНАЛ**

2018. Том 7, № 1

2018. Vol. 7, no 1

СОДЕРЖАНИЕ

Теоретические исследования

- Лифинцева А.А., Деркач Т.Д., Штолде Н.* Феномен неопределенности как субъективный опыт пациента в ситуации болезни 1–12
- Шаповал И.А., Фоминых Е.С.* Самоотношение как феноменологическое поле диагностики психологических границ личности и ее здоровья 13–27

Эмпирические исследования

- Бразгун Т.Н., Ткачева В.В.* Семья ребенка с синдромом Дауна сквозь призму изучения особенностей межличностных отношений 28–39
- Никишина В.Б., Петраш Е.А.* Особенности интерференции слухоречевого запоминания при травматическом опыте (на примере ампутации нижних конечностей) 40–59
- Щербань Д.С.* Изучение особенностей социального интеллекта и речевого поведения детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития (сравнительное исследование) 60–74
- Яременко А.И., Исаева Е.Р., Колегова Т.Е., Ситкина Е.В., Васильева Ю.В.* Удовлетворенность качеством жизни пациентов с минимальными рубцовыми деформациями лица и шеи 75–90

Прикладные исследования

- Хохлова А.Ю., Дианова М.В.* Групповой тренинг общения для молодых людей, имеющих сочетанные нарушения зрения и слуха 91–103

Методы и методики

- Золотарева А.А.* Перфекционистская самопрезентация и особенности ее диагностики 104–117
- Мешкова Т.А., Клычкова О.М.* Апробация невербальной методики для оценки удовлетворенности участками тела (УУТ) 118–138
- Валента М.* Интервью с родителями детей с диагностированным дефицитом парциальных функций 139–146
- Дворянчиков Н.В., Макавьева В.Н., Новикова З.Д.* Специфика полового самосознания у лиц с расстройствами половой идентичности при расстройствах личности и транссексуализме 147–162

CONTENT

Theoretical research

- Lifintseva A.A., Derkach T.D., Shtolde N.* Phenomenon of uncertainty as a subjective experience of patient in illness 1–12
- Shapoval I.A., Fominykh E.S.* Self-attitude as a phenomenological field of diagnosis of psychological boundaries of the personality 13–27

Empirical research

- Brazgun T.N., Tkacheva V.V.* A family of a child with Down syndrome in terms of interpersonal relationships research 28–39
- Nikishina V.B., Petrash E.A.* Interference features of auditory memorization in traumatic experiences (for example, amputation of the lower limbs) 40–59
- Shcherban D.S.* Comparative study of features of social intelligence and speech behavior of children of primary school age with impaired mental function 60–74
- Iaremenko A.I., Isaeva E.R., Kolegova T.E., Sitkina E.V., Vasilieva J.V.* Satisfaction with quality of life in patients with minimum cicatricial damage of the face and neck 75–90

Applied research

- Khokhlova A.Yu., Dianova M.V.* Group communication training for young people with combined visual and hearing impairments 91–103

Methods and techniques

- Zolotareva A.A.* Perfectionistic self-presentation and its diagnostic features 104–117
- Meshkova T.A., Klychkova O.M.* Approbation of the non-verbal technique for assessment of the satisfaction with body parts 118–138
- Valenta M.* Interviews with parents of children with diagnosed deficits of partial functions – clusters 139–146
- Dvoryanchikov N.V., Makavieva V.N., Novikova Z.D.* Specificity of sexual self-awareness in subjects with sexual identity disorder with personality disorders and transsexualism 147–162

Феномен неопределенности как субъективный опыт пациента в ситуации болезни

Лифинцева А.А.,

доктор психологических наук, профессор института гуманитарных наук, Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта (ГБОУ ВПО БФУ им. И. Канта), Калининград, Россия, alifintseva@kantiana.ru

Деркач Т.Д.,

студентка 6-го курса специальности «Клиническая психология», Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта (ГБОУ ВПО БФУ им. И. Канта), Калининград, Россия, derkach2809@gmail.com

Штолде Н.,

студент 6-го курса специальности «Клиническая психология», Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта (ГБОУ ВПО БФУ им. И. Канта), Калининград, Россия, nikitashtolde@gmail.com

В статье обсуждается и анализируется проблема феномена неопределенности у пациентов соматического профиля. Показано, что неопределенность – это состояние, которое сопровождает больного с момента появления у него первых симптомов заболевания и может быть усилено или ослаблено под влиянием множества факторов психосоциального порядка. Уровень неопределенности связан с уровнем стресса, эмоциональной дезадаптацией, аффективными состояниями, копинг-стратегиями, механизмами психологической защиты и т.д. Неопределенность может выполнять деструктивные функции, выступая в качестве триггера стрессовых состояний и запуская негативные аффективные переживания. В качестве позитивной функции неопределенности можно отметить возможную позитивную интерпретацию пациентом своего заболевания. Кроме того, состояние неопределенности позволяет активизировать больному ресурсы совладания с болезнью, среди которых ведущая роль принадлежит социальной поддержке.

Ключевые слова: неопределенность в болезни, соматическая болезнь, стресс, опыт болезни.

Для цитаты:

Лифинцева А.А., Деркач Т.Д., Штолде Н. Феномен неопределенности как субъективный опыт пациента в ситуации болезни [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 1. С. 1–12. doi: 10.17759/psyclin.2018070101

For citation:

Lifintseva A.A., Derkach T.D., Shtolde N. Phenomenon of uncertainty as a subjective experience of patient in illness [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 1, pp. 1–12. doi: 10.17759/psycljn.2018070101 (In Russ., abstr. in Engl.)

В последнее время в зарубежной психологической литературе активно обсуждается важная роль процессов когнитивной оценки пациентом событий, сопровождающих течение, лечение и реабилитацию в условиях хронической соматической патологии [7; 11; 24; 25; 30]. Одной из таких анализируемых категорий является феномен неопределенности, который, по мнению G. Kroocher, является одним из самых главных источников психосоциального стресса для пациентов [12]. Неопределенность начинает сопровождать больного с момента постановки ему диагноза и, по мнению автора концепции неопределенности в условиях болезни M. Mishel, представляет собой особое когнитивное состояние, в котором человек не способен категоризировать и определять значение опыта переживаемой им болезни [20; 22; 23].

Целью данной теоретической статьи является анализ и обсуждение феномена неопределенности у пациентов в условиях соматической болезни, а также описание его основных источников, позитивных и негативных для больного следствий и обозначение направлений исследований.

Условно проблемное поле обсуждаемого нами феномена можно разделить на две самостоятельные, но пересекающиеся составляющие. Первая из них касается непосредственно предмета исследования – неопределенности у пациента в условиях соматического заболевания – актуальность изучения которого связана со следующими предпосылками. Во-первых, до сих пор ведутся научные дискуссии, что является собой сам феномен неопределенности в условиях болезни: можно ли рассматривать неопределенность как особое когнитивное состояние пациента, которое обусловлено опытом его болезни [19; 21], или это весь комплекс эмоциональных реакций/состояний пациента, связанный с осознанием им его неспособности прогнозировать и контролировать события, сопутствующие его заболеванию [1]. Во-вторых, недостаточно изученной областью исследования являются взаимосвязи состояния неопределенности и стресса у пациентов: создает ли стресс неопределенность, а та, в свою очередь, влияет на адаптацию больного к болезни, или же речь идет об обратном процессе, где неопределенность сама по себе является источником стресса, который запускает впоследствии все необходимые для адаптации или же дезадаптации процессы.

Вторая плоскость изучения неопределенности у пациентов в условиях болезни обусловлена ее негативными следствиями, а именно состояниями эмоциональной дезадаптации, психосоциальным стрессом, снижением эффективности функционирования копинг-стратегий и многими другими психологическими феноменами, затрудняющими лечение, реабилитацию и адаптацию больных. В связи с этим одной из главных задач современной медицинской и клинической психологии становится поиск механизмов и регуляторов процесса управления состоянием неопределенности, в котором ведущая роль может быть отведена социальной поддержке и формированию определенной поддерживающей социальной среды больного. Однако несмотря на то, что социальная поддержка идентифицирована как один из механизмов редукции неопределенности в ситуации болезни, остается нерешенным и недостаточно изученным целый ряд вопросов. Во-первых, неясно, какие формы поддерживающих действий окружающих пациента людей имеют значение для переживания им состояния неопределенности в период рецидива или ремиссии болезни. Во-вторых, остается не до конца изученным вопрос медиаторной и буферной функций социальной поддержки в совладании человека со стрессовыми ситуациями, а в нашем случае с постановкой диагноза, течением болезни и ее лечением. В-третьих, множество пробелов обнаруживается и в понимании того, какие поддерживающие коммуникации и с кем имеют значение в совладании пациента с неопределенностью в ситуации болезни. Наконец, в-четвертых, требует описания и анализа не только позитивный смысл социальной поддержки, но и обнаружение ее деструктивных следствий для адаптации и психосоциального функционирования больного.

Одним из спорных вопросов в существующих на данный момент исследованиях является проблема содержательного описания неопределенности, под которой исследователи понимают феномены, затрагивающие различные уровни и плоскости психического. Т. Albrecht и М. Adelman рассматривают неопределенность как психическое состояние, которое характеризуется отсутствием у человека уверенности в причинах возникшего явления и в следствиях относительно его дальнейшего функционирования. Психологический дискомфорт, который возникает у индивида вследствие неопределенности, мотивирует его к вовлечению в коммуникативные процессы, в частности, процессы взаимодействия с другими людьми. Когда данные транзакции ослабляют неопределенность, они развивают у человека, получающего поддержку, способность видоизменять собственные копинг-процессы, а те в свою очередь усиливают чувство контроля над событиями и увеличивают способность управлять стрессом. По сути, Т. Albrecht и М. Adelman утверждают, что поддерживающие коммуникации фасилитируют копинг-процессы, ослабляя неопределенность относительно стрессора [1].

В концепции М. Mishel неопределенность в условиях болезни существует в четырех формах: двусмысленность в отношении состояния, сложность в отношении лечения и системы оказания медицинской помощи, противоречивость информации, а также непредсказуемость течения и прогноза заболевания [23]. Непосредственно сама неопределенность включает в себя три основных компонента – априорный опыт переживания неопределенности, процесс оценки неопределенности и

совладание с неопределенностью. В описываемой нами концепции автором были идентифицированы источники неопределенности в условиях болезни: диагноз, природа и серьезность заболевания, прогноз, лекарства и побочные эффекты лечения, а также система здравоохранения и особенности ее функционирования. Неопределенность можно рассматривать как результат неспособности пациента формировать определенную когнитивную схему, отражающую весь спектр ситуаций и событий, связанных с болезнью.

Другие исследователи рассматривают неопределенность в условиях болезни как «процесс ожидания и желания знать все» [15, р.76], «отсутствие когнитивной основы для понимания ситуации и невозможность предсказать результаты» [29, р. 271] и «чувство потери контроля в рамках траектории болезни» [28, р. 19].

В некоторых случаях состояние неопределенности у пациента в условиях болезни приравнивают к потере контроля над ситуацией [16; 28]. Тем не менее, как указывает К. McCormick, неопределенность в болезни и потерю контроля над ситуацией нельзя рассматривать как синонимы по двум причинам. Во-первых, весь комплекс психических процессов, имеющих отношение к чувствам контроля над ситуацией, можно отнести к уровню личностного функционирования. Во-вторых, быть в состоянии «потери контроля» тесно связано с эмоциональной вовлеченностью человека, а неопределенность, прежде всего, – нейтральное когнитивное состояние. Борьба за возвращение потерянного контроля повышает шансы на переживание человеком состояния беспомощности и других стрессовых реакций, что в свою очередь является результатом негативно оцененной неопределенности [17].

В зарубежных эмпирических психологических исследованиях проблема неопределенности поднималась в отношении таких соматических заболеваний, как сахарный диабет [13], болезнь Паркинсона [25], рассеянный склероз [24] и онкологических заболеваний [9]. Отмечается, что неопределенность у человека в условиях болезни привлекает внимания исследователей и как значимый фактор, влияющий на ответ человека на само заболевание, лечение, госпитализацию, процесс реабилитации и выздоровления [8; 19; 21; 27].

В работах показано, что высокий уровень неопределенности в условиях болезни часто взаимосвязан с высоким уровнем стресса, связанного с госпитализацией и процедурными мероприятиями [19], меньшей надеждой на выздоровление [30] и что особенно важно - с эмоциональным дистрессом и эмоциональной дезадаптацией, особенно тревогой, напряжением, гневом и депрессией [13; 16; 17; 24]. В качестве других негативных следствий наличия у больного неопределенности ряд исследователей предлагают рассматривать личностные и семейные трудности [26], снижение качества жизни [7] и редуцирование эффективности функционирования копинг-стратегий [4]. В исследовании К. Webster и N. Christman были обнаружены значимые взаимосвязи между состоянием неопределенности и эмоциональным дистрессом у пациентов, восстанавливающихся в домашних условиях после перенесенного инфаркта миокарда [27]. Неопределенность также ограничивает способность человека

адекватно оценивать ситуацию, мобилизует дезадаптивные копинг-стратегии, усиливает тревогу и чувства отчаяния и безнадежности и тем самым снижает степень адаптации и качество жизни больного. Существуют исследования, демонстрирующие связь неопределенности и усиления физиологических симптомов у разных групп пациентов [3]. Например, результаты исследования К. Noth свидетельствуют о связи неопределенности с ухудшением дыхания (одышкой) за двухлетний период у больных хронической обструктивной болезнью легких [11].

Состояние неопределенности, в сущности, является триггером, запускающим рецидивы заболевания вновь и вновь и препятствующим выздоровлению: пациент, имеющий высокий уровень неопределенности, сталкивается со стрессом, переживаниями, что снижает эффективность его лечения и ухудшает состояние. При этом отмечается, что пациенты с низким или оптимальным уровнем неопределенности менее подвержены влиянию факторов, вызывающих стресс (на работе, в межличностных отношениях и т.д.), что позволяет им лучше справляться с болезнью и повышает качество жизни. Неопределенность у пациента в условиях хронического соматического заболевания не позволяет формировать ясную концепцию стрессовой ситуации [14], что в конечном итоге приводит либо к ее недооценке или, наоборот, к привлечению к ней излишнего внимания.

С другой стороны, неопределенность может выполнять и позитивные функции, например, когда пациент не уверен относительно своего диагноза или тяжести заболевания, она дает ему возможность предполагать, что все закончится благополучно [10]. Родители детей, госпитализированных в больницу по причине рецидива хронического соматического заболевания, отметили, что недостаток информации относительно болезни их ребенка связан с большей позитивной интерпретацией степени его серьезности [18].

Таким образом, весьма дискуссионным в науке остается вопрос о модальности неопределенности пациента в условиях его болезни. Можем ли мы рассматривать ее как негативный фактор, который следует минимизировать и устранить, или же, наоборот, неопределенность позволяет снизить риски для адаптации к болезни и редуцировать негативные влияния стресса? С нашей точки зрения, состояние неопределенности у пациента может либо способствовать активизации его поведенческой активности (поиск врачей, участие в диагностических процедурах, комплаенс, поиск информации в Интернете и т.п.); либо, наоборот «отсутствие контроля над ситуацией болезни», отраженное в неопределенности, приведут к отказу от активности, «замиранию» и к условной блокировке всех форм поведения пациента. Уточним, что в контексте хронического соматического заболевания мы можем говорить о болезни как ситуации неопределенности и о неопределенности как состоянии пациента.

Помимо стрессоров, непосредственно связанных с болезнью, существует еще и ряд социальных стрессоров, так или иначе касающихся неопределенности больного и вызывающих у него разные формы психоэмоционального напряжения. Например, хроническая болезнь может нарушать процессы социальных взаимодействий человека с различными людьми (специалистами здравоохранения, членами семьи,

друзьями и коллегами), а это в свою очередь может являться стрессором-триггером, запускаящим рецидивирование патологии и затрудняющим ее лечение.

В тоже время D. Brashers указывает и на то, что улучшение в состоянии здоровья хронически больного человека может также являться источником неопределенности. Пациенты, которые сталкиваются с опытом длительной ремиссии, испытывают тревогу и беспокойство относительно вероятного рецидива болезни, своих способностей справляться с повседневными стрессорами и тех последствий, которые обусловлены влиянием их состояния здоровья на социальные отношения [2; 5; 6]. Опыт неопределенности в условиях болезни может быть сфокусирован на себе (Self пациента; например, «Могу ли я управлять своей болезнью и ее симптомами?»), на других (например, «Могут ли другие люди помочь мне в управлении моей болезнью и ее симптомами?») и на отношениях с другими (например, «Будет ли моя болезнь влиять на мои отношения с другими?») [5]. Кроме того, трудности в постановке диагноза, двойственность симптомов болезни, неясность в ее прогнозе, отсутствие информации о возможных способах лечения могут формировать неопределенность у пациентов не только в отношении собственного здоровья, но и их финансового благополучия, социальных реакций других и дальнейших возможностях в профессиональной жизни.

Пациенты, находящиеся в состоянии неопределенности, описывают свои чувства как стрессовые, порождающие страх и хроническое беспокойство, двусмысленность и несогласованность, как одиночество и неуверенность; в тоже время, по мнению К. McCormick, «встреча с неопределенностью» – неизменный элемент всего континуума переживаний болезни: от стресса через переориентацию, структурирование, корректировку, принятие, надежду и даже оптимизм [17].

Источниками неопределенности для пациента на разных этапах развития болезни могут выступать возраст, траектория болезни, временные аспекты лечебного процесса и фазы болезни, пол, тяжесть и серьезность заболевания, а также личностные характеристики самого больного. Перспективными направлениями современных исследований в области неопределенности у пациентов в условиях болезни являются анализ роли поддерживающей среды в совладании с негативными следствиями неопределенности у пациента, изучение влияния неопределенности у пациента на исход болезни и качество жизни, описание основных способов и методов регуляции неопределенности у пациентов в системе их психологического сопровождения и т.д.

Выводы

Неопределенность является частью переживаемого пациентом субъективного опыта болезни. Неопределенность можно рассматривать как малодифференцированное когнитивное состояние, которое субъективно описывается как растерянность, отсутствие контроля над ситуацией, переживание неизвестности и фрагментированности информации о текущих обстоятельствах, а также утраты перспектив и неуверенность в будущем. Возникновение этого состояния можно связать с интерпретацией пациентом всего комплекса событий,

связанных с болезнью, в условиях недостатка информации и обоснованного прогноза развития патологии и ее последствий для качества и продолжительности жизни пациента.

Хроническая соматическая болезнь как определенная ситуация развития обладает всеми признаками ситуации неопределенности: во-первых, малая вероятность того, что она встречалась ранее в опыте индивида (если только речь не идет о болезнях детства); во-вторых, эта ситуация, сопровождаемая огромным количеством переменных и вероятностей (исход, течение, лечение, прогноз, система здравоохранения и т.д.); в-третьих, ее элементы могут рождать множество когнитивных интерпретаций (один и тот же соматический симптом может быть интерпретирован через призму различных знаний, убеждений и предыдущего опыта, как своего, так и чужого). Неоднозначность ситуации болезни, предполагающая вариабельность исходов, ставит больного перед необходимостью постоянной и непрерывной интерпретации различных знаков и символов, которые характеризуются непредсказуемостью, непоследовательностью, неясностью, внутренней противоречивостью, множественностью и малой информативностью (динамика симптомов, непредсказуемость действия фармакотерапевтических средств, изменения медицинских технологий и т.д.).

Пациент, находящийся в состоянии неопределенности, оказывается малоспособным прогнозировать течение своей болезни, определять ее последствия для своего физического и психического благополучия, а также оценивать ее влияние на его дальнейшее психосоциальное функционирование. При этом сама неопределенность может быть оценена пациентом как негативная (угроза), позитивная (надежда, возможность) или нейтральная. Несмотря на то, что неопределенность, оцениваемая как угроза, несет за собой тяжелую эмоциональную нагрузку для пациента (тревога, депрессия, беспомощность), ее можно рассматривать и как основной ресурс в совладании с болезнью: находясь в состоянии неопределенности, пациент может активизировать все необходимые механизмы социальной поддержки, которая выполняет функции редукации стрессового воздействия.

Отметим, что неопределенность также сопровождает специалистов сферы здравоохранения и родственников самих пациентов. Ограничение самих медицинских знаний и своих медицинских компетенций, лимитированность медицинских технологий и дефицит технических возможностей оказания медицинской помощи, и, самое главное, отсутствие в некоторых случаях доказательных объяснений тем или иным медицинским феноменам – все это в совокупности сталкивает врачей, средний медицинский персонал и других профессионалов здравоохранения с неопределенностью еще в начале их профессионального пути. В качестве основных детерминант неопределенности у родственников пациентов можно выделить их систему коммуникаций с медицинским персоналом, а также отсутствие и/или неясность информации о тяжести заболевания.

Литература

1. *Albrecht T.L., Adelman M.B.* Communicating social support: A theoretical perspective // In T.L. Albrecht, M.B. Adelman (Eds.). *Communicating social support*. Newbury Park, CA: Sage, 1987. P. 18–39.
2. *Babrow A.S., Kasch C.R., Ford L.A.* The many meanings of uncertainty in illness: Toward a systematic accounting // *Health Communication*. 1998. №10. P. 1–23.
3. *Bailey D.E. Jr., Landerman L., Barroso J., Bixby P., Mishel M.H., Muir A.* Uncertainty, symptoms and quality of life in persons with chronic hepatitis C // *Psychosomatics*. 2009. № 50. P. 138–146.
4. *Bennett S.J.* Relationships among selected antecedent variables and coping effectiveness in post myocardial infarction patients // *Research in Nursing and Health*. 1993. № 16. P. 131–139.
5. *Brashers D.E.* Communication and uncertainty management // *Journal of Communication*. 2001. № 51. P. 477–497.
6. *Brashers D.E., Neidig J.L., Haas S.M., Dobbs L.K., Cardillo L.W., Russell J.A.* Communication in the management of uncertainty: The case of persons living with HIV or AIDS // *Communication Monographs*. 2000. № 67. P. 63–84.
7. *Carroll D.L., Hamilton G.A., McGovern B.A.* Changes in health status and quality of life and the impact of uncertainty in patients who survive life-threatening arrhythmias // *Heart & Lung: The Journal of Acute & Critical Care*. 1990. № 28. P. 251–260.
8. *Christman N.J.* Uncertainty and adjustment during radiotherapy // *Nurs. Res.* 1990. № 39. P. 17–20.
9. *Deane A.K., Degner L.F.* Information needs, uncertainty, and anxiety in women who had a breast biopsy with benign outcome // *Cancer Nursing*. 1998. № 21. P. 117–126.
10. *Hilton B.A.* Perceptions of uncertainty: Its relevance to life-threatening and chronic illness // *Critical Care Nurse*. 1992. № 12. P. 70–73.
11. *Hoth K.F., Wamboldt F.S., Strand M.* Prospective impact of illness uncertainty on outcomes in chronic lung disease // *Health Psychol.* 2013. Vol. 32. № 11. P. 1170–1174.
12. *Kroocher G.P.* Psychosocial care of the child cured of cancer // *Pediatric Nursing*. 1985. № 11. P. 91–93.
13. *Landis B.J.* Uncertainty, spiritual well being, and psychosocial adjustment to chronic illness // *Issues in Mental Health Nursing*. 1996. № 17. P. 217–231.
14. *Lazarus R.S., Folkman S.* *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.

15. *Loveys B.J., Klaich K.* Breast cancer: Demands of illness // *Oncology Nursing Forum*. 1991. № 18. P. 75–80.
16. *Mast M.E.* Adult uncertainty in illness: A critical review of the research // *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 1995. № 9. P. 3–24.
17. *McCormick K.M.* A concept analysis of uncertainty in illness // *Journal of Nursing Scholarship*. 2002. Vol. 32. № 2. P. 27–131.
18. *Mishel M.H.* Parents' perception of uncertainty concerning their hospitalized child: Reliability and validity of a scale // *Nursing Research*. 1983. Vol. 32. № 6. P. 324–330.
19. *Mishel M.H.* Perceived uncertainty and stress in illness // *Res. Nurs. Health*. 1984. № 7. P. 163–171.
20. *Mishel M.H.* Reconceptualization of the uncertainty in illness theory // *Image J. Nurs. Sch.* 1990. № 22. P. 256–262.
21. *Mishel M.H.* The measurement of uncertainty in illness // *Nurs. Res.* 1981. № 30. P. 258–263.
22. *Mishel M.H.* Uncertainty in chronic illness // *Annu. Rev. Nurs. Res.* 1999. № 17. P. 269–294.
23. *Mishel M.H.* Uncertainty in illness // *Image J. Nurs. Sch.* 1988. № 20. P. 225–232.
24. *Mullins L.L., Cote M.P., Fuemmeler B.F., Jean V.M., Beatty W.W., Paul R.* Illness intrusiveness, uncertainty, and distress in individuals with multiple sclerosis // *Rehabilitation Psychology*. 2001. № 46 P. 139–153.
25. *Sanders-Dewey N.E., Mullins L.L., Chaney J.M.* Coping style, perceived uncertainty in illness, and distress in individuals with Parkinson's disease and their caregivers // *Rehabilitation Psychology*. 2001. Vol. 46. № 4. P. 363–381.
26. *Strauss A.L., Corbin J., Fagerhaugh S., Glaser B.G., Maines D., Suczek B., Wiener C.L.* *Chronic Illness and the Quality of Life*. The CV Mosby Company; St Louis, MO, 1984.
27. *Webster K.K., Christman N.J.* Perceived uncertainty and coping post myocardial infarction // *West J. Nurs. Res.* 1988. Vol. 10. № 4. P. 384–400.
28. *Weiner C.L., Dodd M.J.* Coping amid uncertainty: An illness trajectory perspective // *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 1993. Vol. 7. № 1. P. 17–31.
29. *Weitz R.* Uncertainty and the lives of persons with AIDS // *Journal of Social Health and Behaviour*. 1989. № 30. P. 270–281.
30. *Wineman N.M., Schwetz K.M., Goodkin D.E., Rudick R.A.* Relationships among illness uncertainty, stress, coping, and emotional well-being at entry into a clinical drug trial // *Appl. Nurs. Res.* 1996. Vol. 9. № 2. P. 53–60.

Phenomenon of Uncertainty as a Subjective Experience of Patient in Illness

Lifintseva A.A.,

PhD (Psychology), Professor, Institute for the Humanities, Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia, alifintseva@kantiana.ru

Derkach T.D.,

student, Department of clinical psychology, Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia, derkach2809@gmail.com

Shtolde N.,

student, Department of clinical psychology, Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia, nikitashtolde@gmail.com

The phenomenon of uncertainty in illness of patients is discussed and analyzed in this article. Uncertainty in illness is a condition that accompanies the patient from the moment of appearance of the first somatic symptoms of the disease and could be strengthened or weakened thanks to many psychosocial factors. The level of uncertainty is related to the level of stress, emotional disadaptation, affective states, coping strategies, mechanisms of psychological defense, etc. Uncertainty can perform destructive functions, acting as a trigger for stressful conditions and launching negative emotional experiences. As a positive function of uncertainty, one can note a possible positive interpretation of the patient's disease. In addition, the state of uncertainty allows the patient to activate the resources of coping with the disease, among which the leading role belongs to social support.

Keywords: uncertainty in illness, somatic disease, stress, illness's experience.

References

1. Albrecht T.L., Adelman M.B. Communicating social support: A theoretical perspective. In T.L. Albrecht, M.B. Adelman (Eds.) *Communicating social support*. Newbury Park, CA: Sage, 1987. Pp. 18–39.
2. Babrow A.S., Kasch C.R., Ford L.A. The many meanings of uncertainty in illness: Toward a systematic accounting. *Health Communication*, 1998, no. 10, pp. 1–23.

3. Bailey D.E. Jr., Landerman L., Barroso J., Bixby P., Mishel M.H., Muir A. Uncertainty, symptoms and quality of life in persons with chronic hepatitis C. *Psychosomatics*, 2009, no. 50, pp. 138–146.
4. Bennett S.J. Relationships among selected antecedent variables and coping effectiveness in post myocardial infarction patients. *Research in Nursing and Health*, 1993, no. 16, pp. 131–139.
5. Brashers D.E. Communication and uncertainty management. *Journal of Communication*, 2001, no. 51, pp. 477–497.
6. Brashers D.E., Neidig J.L., Haas S.M., Dobbs L.K., Cardillo L.W., Russell J.A. Communication in the management of uncertainty: The case of persons living with HIV or AIDS. *Communication Monographs*, 2000, no. 67, pp. 63–84.
7. Carroll D.L., Hamilton G.A., McGovern B.A. Changes in health status and quality of life and the impact of uncertainty in patients who survive life-threatening arrhythmias. *Heart & Lung: The Journal of Acute & Critical Care*, 1990, no. 28, pp. 251–260.
8. Christman N.J. Uncertainty and adjustment during radiotherapy. *Nurs. Res.* 1990, no. 39, pp. 17–20.
9. Deane A.K., Degner L.F. Information needs, uncertainty, and anxiety in women who had a breast biopsy with benign outcome. *Cancer Nursing*, 1998, no. 21, pp. 117–126.
10. Hilton B.A. Perceptions of uncertainty: Its relevance to life-threatening and chronic illness. *Critical Care Nurse*, 1992, no. 12, pp. 70–73.
11. Hoth K.F., Wamboldt F.S., Strand M. Prospective impact of illness uncertainty on outcomes in chronic lung disease. *Health Psychol*, 2013, vol. 32, no. 11, pp. 1170–1174.
12. Kroocher G.P. Psychosocial care of the child cured of cancer. *Pediatric Nursing*, 1985, no. 11, pp. 91–93.
13. Landis B.J. Uncertainty, spiritual wellbeing, and psychosocial adjustment to chronic illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 1996, no 17, pp. 217–231.
14. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.
15. Loveys B.J., Klaich K. Breast cancer: Demands of illness. *Oncology Nursing Forum*, 1991, no 18, pp. 75–80.
16. Mast M.E. Adult uncertainty in illness: A critical review of the research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 1995, no. 9, pp. 3–24.
17. McCormick K.M. A concept analysis of uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 2002, vol. 32, no. 2, pp. 27–131.

18. Mishel M.H. Parents' perception of uncertainty concerning their hospitalized child: Reliability and validity of a scale. *Nursing Research*, 1983, vol. 32, no. 6, pp. 324–330.
19. Mishel M.H. Perceived uncertainty and stress in illness. *Res. Nurs. Health*, 1984, no. 7, pp. 163–171.
20. Mishel M.H. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image J. Nurs. Sch.*, 1990, no. 22, pp. 256–262.
21. Mishel M.H. The measurement of uncertainty in illness. *Nurs. Res.*, 1981, no. 30, pp. 258–263.
22. Mishel M.H. Uncertainty in chronic illness. *Annu. Rev. Nurs. Res.*, 1999, no. 17, pp. 269–294.
23. Mishel M.H. Uncertainty in illness. *Image J. Nurs. Sch.*, 1988, no. 20, pp. 225–232.
24. Mullins L.L., Cote M.P., Fuemmeler B.F., Jean V.M., Beatty W.W., Paul R. Illness intrusiveness, uncertainty, and distress in individuals with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 2001, no. 46, pp. 139–153.
25. Sanders-Dewey N.E., Mullins L.L., Chaney J.M. Coping style, perceived uncertainty in illness, and distress in individuals with Parkinson's disease and their caregivers. *Rehabilitation Psychology*, 2001, vol. 46, no. 4, pp. 363–381.
26. Strauss A.L., Corbin J., Fagerhaugh S., Glaser B.G., Maines D., Suczek B., Wiener C.L. *Chronic Illness and the Quality of Life*. St Louis, MO: The CV Mosby Company, 1984.
27. Webster K.K., Christman N.J. Perceived uncertainty and coping post myocardial infarction. *West J. Nurs. Res.*, 1988, vol. 10, no. 4, pp. 384–400.
28. Weiner C.L., Dodd M.J. Coping amid uncertainty: An illness trajectory perspective. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 1993, vol. 7, no. 1, pp. 17–31.
29. Weitz R. Uncertainty and the lives of persons with AIDS. *Journal of Social Health and Behaviour*, 1989, no. 30, pp. 270–281.
30. Wineman N.M., Schwetz K.M., Goodkin D.E., Rudick R.A. Relationships among illness uncertainty, stress, coping, and emotional well-being at entry into a clinical drug trial. *Appl. Nurs. Res.*, 1996, vol. 9, no. 2, pp. 53–60.

Самоотношение как феноменологическое поле диагностики психологических границ личности и ее здоровья

Шаповал И.А.,

*доктор педагогических наук, профессор, кафедра специальной психологии, ФГБОУ ВО
ОГПУ, Оренбург, Россия, irinashapoval@yandex.ru*

Фоминых Е.С.,

*кандидат психологических наук, доцент, кафедра специальной психологии, ФГБОУ ВО
ОГПУ, Оренбург, Россия, fominyh.yekaterina@yandex.ru*

Статья посвящена выявлению возможностей и прогностическому анализу психологического инструментария диагностики границ личности в системе ее отношений. Содержательно границы представлены как особое пространство формирования Я-концепции и самоотношения, функционально – как внутри- и межсистемные связи и барьеры. Рассмотрены системные аспекты личности как всеобщности Я, идентичности как самоотождествления и Я концепции как познанного аспекта Я. Способы переструктурирования внутренних и внешних пространств этих систем и подсистем и направленность динамики границ объясняются трансформациями системы отношений личности. Границы Я и не-Я выступают инструментом их взаимоотношений в пространстве С и МЕЖДУ. Выделены содержательные параметры самоотношения, применимые для оценки состояния и функций границ личности: системные характеристики самоотношения и его конфигурации в зависимости от аффективно-когнитивного стиля личности и отношения к не-Я.

Ключевые слова: психологические границы, личность, идентичность, Я-концепция, самоотношение, диалог Я и не-Я, аффективно-когнитивный стиль, трансформации и деформации личности, расстройство личности.

Для цитаты:

Шаповал И.А., Фоминых Е.С. Самоотношение как феноменологическое поле диагностики психологических границ личности и ее здоровья [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 1. С. 13–27. doi: 10.17759/psyclin.2018070102

For citation:

Shapoval I.A., Fominykh E.S. Self-attitude as a phenomenological field of diagnosis of psychological boundaries of the personality [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2018, vol. 7, no. 1, pp. 13–27. doi: 10.17759/psycljn.2018070102 (In Russ., abstr. in Engl.)

Ставшие уже обыденностью хаотические изменения современного мира требуют от человека постоянно «вставать над полем», разрушать и реконструировать персональные границы возможного и неприемлемого, комфорта и риска и т.д. Каждый такой выход за пределы себя и объективной ситуации означает перенос границы внутрь психологического пространства, благодаря которому оно приобретает новую конфигурацию [7], а личность – качественно новое бытие в измененной системе ее границ. Действенным началом и важнейшим результатом этих изменений выступает самоотношение человека.

«Жизненные отношения» – важнейший фактор самоопределения человека в мире и реализации в нем своей субъектной позиции [11]. В отношениях о-граничиваются, от-граничиваются и связываются объективное с субъективным, внешнее с внутренним, Я с не-Я, в том числе в качестве предмета исследования.

Отношение – это и выбирать, и быть избранным [1]. «Отнестись» – значит, исходя из своего Я, инициировать личную связь с объектом, вызвать его активность, осуществить совместное действие, сделать объект частью себя и оставить себя в нем. Тем самым все отношения имеют личностный источник, личностную адресацию и межличностную реализацию: отношение *K* одновременно происходит *C* и *МЕЖДУ* – на границе, в пограничном пространстве.

Понимание границ Я как подсистемы личности, обеспечивающей ее целостность благодаря способности удерживать индивидуальную дистанцию в отношениях с собой, с другими и миром в целом, заложено в немногих стандартизированных диагностических методиках: «Я-структурный тест» (Г. Аммон, 2003), опросник «Границы Я» (Н. Браун; в адаптации Е.О. Шамшиковой, 2009), «Психологическая граница личности» (Т.С. Леви, 2013), «Психологические границы личности» (Э. Хартман; в адаптации Е.О. Шамшиковой, В.И. Волоховой, 2013). Возможности этих методик позволяют оценить степень зрелости, сохранность, проницаемость, гибкость и устойчивость границ личности в установлении ею оптимальных (здоровых) отношений. Логично предположить, что опросники и тесты отношений личности имеют достаточные имплицитные возможности диагностики ее границ.

Определение этих возможностей и прогностический анализ психологического инструментария диагностики границ личности в системе ее отношений является целью нашего исследования. В настоящей работе предлагается решение следующих задач:

- выявление роли границ личности в измерении самоотношения в системе личности, идентичности, Я-концепции;
- отбор параметров самоотношения в качестве индикаторов состояния и функций границ.

Исходя из понимания личности как системы, мы рассматриваем ее внутренние и внешние границы содержательно как особое пространство формирования Я-концепции и самоотношения и функционально – как внутри- и межсистемные связи и барьеры, что позволяет соотнести характеристики самоотношения с состоянием границ личности и ее здоровьем.

В выборе индикаторов состояния и функций границ личности мы опираемся на представление о болезни как орудии анализа в «эксперименте, поставленном природой» и производящем неосуществимые опыты только этим путем. Любые состояния человека подчиняются общим законам, и болезнь лишь усиливает или ослабляет то, что существует в нормальном состоянии (Т. Рибо, П. Жане).

Трансформации личности могут происходить на трех уровнях [21]: диспозиционном, личностной активности (адаптивные, защитные, мотивационные и иные стратегии достижения жизненно важных целей) и смысловом, объединяющем в личностной идентичности разрозненные диспозиции и стратегии. Деструктивные и дезинтеграционные процессы личности разных уровней – диссоциация, фрагментирование Я, изоляция «отколовшихся частей души» (К. Юнг), «белые пятна» (К. Хорни) и компартиментализация, деперсонализация (самоотчуждение, альтернатива) и т.д. – достаточно хорошо изучены и описаны.

Содержательно понятие «болезни личности» отражает динамичные процессы ее деформаций, деструкций, дезинтеграции ее составляющих, внутренняя когнитивно-аффективная картина которых заключается в различной степени искажения реальности и психологической дезориентации личности. Неизменные ментальные механизмы этих процессов – дезадаптивные когниции, ложные интерпретации, иррациональные мысли и убеждения, искажения процесса мышления, самосознания, самоотношения – источник патогенной самодетерминации личности [16].

В «болезнях», или расстройствах личности, обнаруживаются наиболее отчетливо закрытость, жесткость, уязвимость, хрупкость границ, а также их патологическая динамика. Как следствие, подсистемы личности унифицируются, количество, качество и эффективность межфункциональных связей сокращаются, нарушая целостность личности и обедняя ее.

Определить связь границ личности, идентичности, Я-концепции с самоотношением позволяет их анализ как системных качеств человека.

Сложность системы личности С.Л. Рубинштейн объяснял ее процессами «свертывания» в себе всех физических, биологических, социальных систем, в

которые включен человек. В границах его отношений эти системы селективно дифференцируются, интегрируются и конституируются в качестве индивидуальной картины мира [11], включая Я-концепцию.

Попытки представить личность как систему представлены разграничением в ней Я, Оно и Сверх-Я (З. Фрейд), сознания, Персоны и Эго (К. Юнг); интра-, интер- и метаиндивидуальных подсистем (Б.Г. Ананьев); биопсихической, психологической, мотивационной подсистем и социального опыта (К.К. Платонов); экзо- и эндоличностей (М.Ш. Магомед-Эминов). Несовпадающими субъектами личности назывались интроекты, архетипы, различные Я, эго-состояния, Я-функции, множественные идентификации-идентичности (З. Фрейд, К. Юнг, У. Джемс, П. Федерн, Р. Ассаджиоли, G. Ammon, E. Verne и др.).

С позиций интегративного подхода [5], личность – система внутренних идентичностей или Я-идентификаций, фундаментальных элементов самоопределения, организации личностью жизненного опыта в индивидуальное Я, целостность которого поддерживается границей, полемым напряжением между Я и не-Я.

В синергической «гуманструктурной модели» [18] личность отождествляется с идентичностью, функция которой – приводить в движение, интегрировать и связывать между собой все Я-функции человека. Центральными среди них являются в том числе Я-отграничения, внешнее и внутреннее: отделяя и связывая, они опосредуют Я-концепцию через оценки первичных групп.

Любая система обязана иметь границы – пространственные и динамические (Л. Берталанфи), внутренние и внешние. Совокупность характеристик целостной самоорганизующейся, саморазвивающейся и самодетерминирующейся системы личности так или иначе подразумевает наличие у нее границ [8]:

- единство пространственных и временных координат и ценностно-смысловое время, переживание здесь и сейчас реальности своего бытия;
- непрерывность взаимодействия и усложнения организации системы;
- процессуальность, динамичность на основе неустойчивого равновесия и динамического неравновесия;
- гетеростаз – самостоятельное нарушение равновесия с целью развития нового;
- незавершенность, открытость в мир и в себя, устремленность вперед;
- самодетерминация будущим, возможностям;
- гомеорез, направленная трансцендентность: саморазвитие, выход за пределы себя, процессы новообразований и самоорганизации.

В обеспечении функционирования и целостности личности ее границы связаны потенциальными взаимоизменениями [6]: по горизонтали – смещением от внешних барьеров к внутренним и обратно, по вертикали – осознанием своей индивидуальности и места в мире. Эти изменения границ определяют содержание представлений о себе, иерархии мотивов и способы их реализации.

Становление и жизнь личности интегрируются в двух линиях психосоциального развития (Э. Эриксон, Э. Фромм): соотнесенности с другими людьми и самоопределения. Балансируя между этими линиями, мы должны опознавать собственные и чужие границы, отделять Я от не-Я, идентифицироваться и дезидентифицироваться с ними, тестировать реальность и внешние влияния, определять свое отношение к социуму и к себе, выражать свое Я, ограничиваясь условиями контакта и диалога, и т.д. Из нашей потребности быть так или иначе связанными с объектами (внутренними или внешними, хорошими или плохими) вырастают сложные когнитивные схемы структурных и динамических взаимоотношений между сознательными и бессознательными Я-репрезентациями и репрезентациями объектов (Р. Фэйрберн, Д. Винникот). Смещение этих репрезентаций при проницаемых границах (слияние, созависимость) формирует патологический феномен Я-объекта.

Гибкость внутренних границ позволяет человеку пересматривать образ Я, адаптироваться к внешним ограничениям, выстраивать здоровые отношения с другими и с самим собой, расширять видение границ поля и преодолевать их, исходя из задач потребностей (К. Хорни, К. Левин). С другой стороны, адекватность Я-концепции связана и с внешними границами: фиксация на них приводит к самоограничениям, редуцирующим, в свою очередь, возможности самореализации и социальное пространство. Успешное преодоление и внешних, и внутренних границ связано с изменением отношения к себе и к миру путем переживания (А. Маслоу) или осознания себя и смысла своей жизни (В. Франкл).

Идентичность личности – интегральное психологическое самоотождествление своих биологических, психических и социальных составляющих с собственным Я – может быть представлено формулой: Я (инварианта, устойчивая и неотъемлемая, четко фиксируемая и осознаваемая) + Мое (идеи, чувства, отношения, вещи – производно от Я и изменяется в ходе повседневного бытия) = const [17; 55-56]. Теоретически и эмпирически разделяют социальную, психосоциальную, групповую и личную, или эго-идентичность (включая гендерную, перспективную, физическую и др.), идентичности. Выделяют также глобальное, экзистенциальное Я и персональную идентичность (коммуникативное, материальное, физическое, деятельное, перспективное, рефлексивное Я).

Я-концепция – познанный аспект Я, осознанное и артикулированное знание о его содержании, или аффективно и ценностно окрашенное поле смыслов Я, – интегрирует наши Я-репрезентации, субличности в целостное, но не бесконфликтное «содружество субъектов», единомножие Я (С.Л. Рубинштейн, Х. Каплан, Х. Маркус, В.А. Петровский и др.). Глобальная Я-концепция включает (Р. Бернс, К. Роджерс, М. Розенберг и др.):

- Я реальное, идеальное и зеркальное (физическое, социальное, умственное, эмоциональное);
- Я «рабочее», актуальное, динамическое, возможное, будущее, потенциальное как совокупность возможного и ресурсного;
- Я истинное и ложное – идеализированное, изображаемое, демонстративное.

Не-Я персонифицирует неприемлемые стороны личности и зеркально отражает Я, обеспечивая его существование. В целом позитивная валентность не-Я связывается с внутренней конфликтностью и открытостью для альтернатив, негативная – определяет тенденции к самоизменению или сохранению образа Я.

Очевидно, что чем больше Я и не-Я у здоровой личности, тем она разностороннее. Однако конфликты субличностей, появление «нежелательных» с точки зрения морали и психического здоровья человека или начинающих доминировать отдельных суб-Я [9] угрожают диссоциацией и дезинтеграцией личности. Соотношение оппозиции не-Я и защиты Я во внутреннем диалоге – конструктах доминирования–подчинения, критики–защиты, дружественности–враждебности [2] – определяет самосознание как проблемное, внутренне конфликтное или нормально функционирующее.

Обеспечение аутокоммуникаций Я и не-Я и интеракций личности с внешним миром, их контроля и защиты от них – главная функция системы ее границ. Сложно детерминированные изменения их качеств и свойств – повышение непроницаемости, закрытости, статичности, жесткости, ригидности (в т.ч. селективной), слабости, уязвимости, хрупкости, слитности, сцепленности, деструктивности – обуславливают дисфункции системы границ. Они, в свою очередь, приводят к неустойчивости, противоречивости, структурной дезинтегрированности Я, представлений о себе, самооценок и самоотношения.

Так, четкие границы коррелируют с однозначностью характеристик Я, с его хорошо очерченным социально желательным образом и нейтральным не-Я; слабые границы – с защитным смещением полюсов самосознания, совпадением черт Я и не-Я, а дисфункции границ между ними – с противоречивостью образа не-Я или с преобладанием только одной позиции: за или против себя [3].

Низким уровнем дифференциации границ, их недостаточной ясностью и артикулированностью Е.Т. Соколова [12] объясняет «сцепленность», «слитность» качества и его оценки, чрезмерную «пристрастность» образа Я. Слипание, склеенность подсистем, дефицит автономного режима функционирования определяют структурную дезинтегрированность и временную нестабильность внутри- и межсистемных связей Я и его отношений.

Жесткость или практическая непроницаемость границ Я, по мнению Э. Берна [19], – причина структурных патологий по типу исключения (одно из Я-состояний – Родителя, Взрослого и Ребенка – в целях самозащиты исключает другие) или заражения – одно из Я-состояний вторгается во Взрослого. При функциональной

патологии сверхпроницаемость границ Я ведет к флуктуации катексиса от одного Я-состояния к другому.

Ф. Перлз отмечает расплывчатость, размытость границ Я невротической личности, действия из области Оно и репрессированность иницирующих контакт чувств [22]. Слияние с внешним миром – неразличение границы между восприятием и воспринимаемым, интенцией и реализацией – образует невротические уровни личности: «клише», «искусственный», «тупик», «внутренний разрыв».

Итак, можно утверждать, что:

1. Личность как всеобщность Я, идентичность как самоотождествление и Я-концепция как познанный аспект Я представляют собой системы и подсистемы.

2. Способы переструктурирования их внутренних и внешних пространств и направленность динамики их границ прямо связаны с развитием и трансформациями системы отношений личности как ее образующего, организующего и действенного начал.

3. Границы Я и не-Я выполняют функцию инструмента их взаимоотношений в пространстве С и МЕЖДУ, в том числе в самоотношении (рис.).



Рис. Модель системы отношений личности/идентичности/Я-концепции в их взаимодействии с внешним и внутренними мирами

Я-репрезентации и соответствующие действия (когнитивный и поведенческий компоненты Я-концепции) взаимосвязаны с самоотношением (эмоционально-

оценочный компонент), выступающим важнейшей детерминантой проявлений личности в ее жизненных отношениях. Способность относиться к себе как к объекту и сознавать себя как относящегося свойственна человеку, благодаря, прежде всего, возможности его «доступа» к своим внутренним состояниям и выделения собственных ограничений. Самоотношение проявляет себя:

- в системе личности: как способность человека осознать и эмоционально-ценностно принимать себя; устойчивая черта, тесно связанная с целями и ценностями личности; интегральная самооценка единства содержательных и динамических аспектов личности (Р. Бернс, С. Куперсмит, А.Ф. Лазурский, В.Н. Мясищев, М. Розенберг);

- в подсистеме самосознания: как относительно устойчивое переживание, понижающее самовосприятие и Я-образ (А.А. Бодалев, В.В. Столин); когнитивно-аффективное образование, связывающее и согласующее самоуважение, самопринятие и т.д. (Х. Каплан, И.С. Кон, Д. Марвел, Х. Маркус, К. Роджерс, В.Ф. Сафин, Л. Уэллс);

- в подсистеме саморегуляции: как установка, система установок, направленных на себя, аттитюд (Р. Бернс, И.С. Кон, С. Куперсмит, Н.И. Сарджвеладзе, В.В. Столин, М. Розенберг, Д.Н. Узнадзе); компонент саморегуляции на основе результатов самопознания и эмоционально-ценностного отношения к себе (С.Р. Пантिलеев, О.А. Тихомарницкая, И.И. Чеснокова);

- в ценностно-смысловой подсистеме: как личностный смысл Я для субъекта (А.Н. Леонтьев, В.В. Столин) на основе самооценок личности по отношению к мотивам самореализации; инициативное и ответственное начало субъектности, целеполагания и целенаправленной деятельности для себя.

С.Р. Пантिलеев [10] выделяет в системе самоотношения две семантически различные, совместно функционирующие и взаимно превращающиеся подсистемы: оценочную, объединяющую самоуважение и чувства компетентности и эффективности в рамках сопоставления «Я – Я», и эмоционально-ценностную – аутосимпатия, чувство собственного достоинства, самоценность, самопринятие, производные от так называемой «безусловной материнской любви» (Э. Фромм).

В концепции В.В. Столина [13] макроструктуру самоотношения представляют измерения самоуважения, аутосимпатии, близости–самоинтереса – эмоциональное пространство, в котором разворачиваются действия–установки. Недифференцированное общее чувство «за» или «против» своего Я интегрируется по трем эмоциональным осям симпатии, уважения и близости.

В выборе содержательных и процессуальных индикаторов состояния и функций границ личности при измерении самоотношения мы исходим из предположения, что наиболее отчетливо они должны обнаруживать себя в ситуациях угрозы целостности Я и самоотношению – в ситуациях трансформаций личности, любая из которых, по определению, сопровождается дезинтеграцией личности и ее самоотношения.

Дисфункции границ между Я и не-Я проявляют себя в их внутренних конфликтах, нарушениях саморегуляции и внутреннего диалога при психогениях и расстройствах личности, включая их «теневые синдромы» (Т. Millon). Отмечаются связи между дисфункциями границ личности и:

- болезнью или дезинтеграцией функций Я, «дырой в Я», заполняемой деструктивной симптоматикой [18];
- непродуктивной или диффузной трансформацией идентичности при пограничном личностном расстройстве, посттравматическом стрессовом расстройстве или кризисом идентичности, приводящим к дезинтеграции самости: спутанности ролей и ценностей, их отрицании и презрении как субъективно чуждых, приводящих к смысловому вакууму [4];
- диссоциацией между аспектами переживания (поведением, аффектом, ощущением и знаниями) или внутри одного из этих аспектов [20];
- патологической организацией личности по невротическому, шизоидному или нарциссическому типу [15];
- первичными расстройствами самоидентичности (нестабильность, дезинтеграция, «диффузия самоидентичности») и полезависимым и недифференцированным когнитивно-аффективным стилем [12];
- нарушениями ценностно-интенциональной согласованности личности (соответствия осознаваемых поступков и убеждений) [14];
- симплификацией, упрощением системы личности [8].

Как правило, описанные расстройства сопровождают разрушение диалога человека с миром и самим собой; ощущения потери единства Я и самотождественности; «уплощение» или обнуляция эмоций; «распад связи времен»; снижение чувства реальности; утраты свободы выбора, способности выхода за пределы устоявшегося и самодетерминации. Все это так или иначе отражается в самоотношении человека.

Обобщая анализ исследуемых связей, выделим содержательные параметры самоотношения, применимые для оценки состояния и функций границ личности:

1. Системные характеристики самоотношения.

- *Параметры уровня развития самосознания [23]:* а) когнитивная сложность и дифференцированность образа Я в связи с осознаваемыми качествами; б) цельность, последовательность образа Я/противоречивость, несовместимость, несовпадение Я реального и идеального.
- *Связи позитивных и негативных, оценочных и эмоциональных модальностей самоотношения [10]:* а) интегрированность/сцепленная, слитная, аморфная связь; б) дифференцированность/«спаянность», слитность одной из бинарных пар;

разделенность обеих пар; в) реципрокность/отрицательная корреляция между модальностями.

• *Дифференцированность самоотношения в связи с состояниями Я-отграничения личности [18]:* а) высокая/конструктивное Я-отграничение; б) низкая: дефицитарное – базисное недоразвитие границы, ее функциональная недостаточность, диффузная идентичность, дефицитарный нарциссизм; деструктивное – «непроницаемость» границы, «ложная» идентичность, деструктивный нарциссизм.

2. Характер самоотношения в связи с отношением к не-Я [3].

• *Тип самоотношения:* а) нейтральное эмоциональное/четкое противопоставление не-Я и Я, отсутствие конфликтности; б) негативное/усиление защит Я путем свертывания самооппозиции; в) эмоционально отвергающее / примитивные защиты, направленные на поддержание ригидного Я.

• *Типы Не-Я:* а) ригидное антипатичное/отчуждение, вынесение вовне неприемлемых личностных аспектов, стремление сохранить Я неизменным; б) позитивное слабое, подчеркивающее достоинства личности путем их инверсии; в) негативное сильное, «идеальное», отсутствуют желаемые качества.

3. Конфигурации самоотношения в зависимости от аффективно-когнитивного стиля личности [12]: а) когнитивная полезависимость/сверхконкретность, сужение возможностей выхода за пределы непосредственно данного; б) низкая дифференцированность/неспособность отличать главное от второстепенного в сфере отношений и самовосприятия, «глобальность» и «дихотомичность» суждений и представлений; в) сверхвысокая и «ложная» дифференцированность/избыточная детализированность, взаимная несогласованность, фрагментарность, расщепленность представлений о себе, отделенных от интенсивных и трудно вербализуемых аффектов.

Подходя к самоотношению как к полю диагностики психологических границ личности и ее здоровья – степени проницаемости, прозрачности, открытости, подвижности, гибкости (флексibility), сохранности, силы, прочности, дифференцированности, конструктивности границ, – мы должны учитывать, что их характеристики и свойства многообразны, в разной степени ситуативно зависимы, саморегулируемы и резистентны к внешним и внутренним влияниям. Перспективами исследования является углубленный анализ диагностического инструментария Я-концепции, самоотношения и его защит в плане его возможностей в выявлении состояний и функциональности границ личности.

Литература

1. Бубер М. Два образа веры. М.: ООО «Фирма «Издательство АСТ», 1999. 592 с.

Шаповал И.А., Фоминых Е.С. Самоотношение как феноменологическое поле диагностики психологических границ личности и ее здоровья
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 1. С. 13–27.

Shapoval I.A., Fominykh E.S. Self-attitude as a phenomenological field of diagnosis of psychological boundaries of the personality
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 1, pp. 13–27.

2. Визгина А.В. Роль внутреннего диалога в самосознании личности: автореф. дис.... канд. псих. наук. Москва, 1987. 15 с.

3. Визгина А.В., Пантилеев С.Р. Особенности Не-Я как подструктуры самосознания // Вопросы психологии. 2013. № 6. С. 42–54.

4. Дмитриева Н.В., Самойлик Н.А. Кризис идентичности: феноменология переживания. Новосибирск: Изд. НГПУ, 2012. 279 с.

5. Козлов В.В. Интегративная психология: Пути духовного поиска, или освящение повседневности. М.: Психотерапия, 2007. 528 с.

6. Марцинковская Т.Д. Психологические границы: история и современное состояние // Мир психологии. 2008. № 3. С. 55–61.

7. Нартова-Бочавер С.К. Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытии. СПб.: Питер, 2008. 400 с.

8. Некрасова Е.В. Жизненный мир человека как предмет психологического исследования // Сибирский психологический журнал. 2004. №19. С. 18–23.

9. Никишина В.Б., Петраш Е.А. Модификация методики «Автопортрет» с целью изучения диссоциации образа Я // Вопросы психологии. 2016. № 3. С. 156–166.

10. Пантилеев С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. М.: МГУ, 1991. 110 с.

11. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. Человек и мир. СПб.: Питер, 2003. 512 с.

12. Соколова Е.Т. Аффективно-когнитивная дифференцированность / интегрированность как диспозиционный фактор личностных и поведенческих расстройств // Вестник московского университетата. Серия 14. Психология. 2007. № 4. С. 152–165.

13. Столин В.В. Самосознание личности. М: МГУ, 1983. 284 с.

14. Тулупьева Т.В., Голянич В.М., Шаповал В.А. Взаимосвязь интенциональных и психодинамических показателей в модели личности // Труды СПИИ РАН. 2009. Вып. 9. С. 228–251.

15. Хломов Д. Динамический цикл контакта в гештальт-терапии // Гештальт-2003. Сборник материалов Московского Гештальт Института. М.: Московский гештальт институт, 2003. 105 с.

16. Шаповал И.А. Роль психологических границ личности в ментальных механизмах ее деформаций [Электронный ресурс] // GESIS – Leibniz Institute for the Social Sciences: Konzept: Scientific and Methodological e-magazine. Koln, Germany. URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-49252-2> (дата обращения: 26.02.2018)

Шаповал И.А., Фоминых Е.С. Самоотношение как феноменологическое поле диагностики психологических границ личности и ее здоровья
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 1. С. 13–27.

*Shapoval I.A., Fominykh E.S. Self-attitude as a phenomenological field of diagnosis of psychological boundaries of the personality
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 1, pp. 13–27.*

17. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. М.: Академический Проект; Трикста, 2005. 336 с.
18. *Ammon G. Handbuch der Dynamischen Psychiatric. München: Er. Reinhardt Verlag, 1982. Bd. 2. 967 p.*
19. *Berne E. Transactional analysis in psychotherapy: a systematic individual and social psychiatry. New York: Grove Press. 1961. 270 p.*
20. *Braun B.G. The BASK model of dissociation // Dissociation. 1988. Vol. 1. №1. P. 4–23.*
21. *Heatherton T.F., Weinberger J.L. Can personality change? – Washington (DC): American Psychological Association, 1994. 301 p.*
22. *Perls F.S. Gestalt therapy verbatim. Revised edition. Highland, NY: The Gestalt Journal Press, 1992.*
23. *Rosenberg M. Conceiving the self. N.Y. Basic Books, 1979.*

Self-attitude as a Phenomenological Field of Diagnosis of Psychological Boundaries of the Personality

Shapoval I.A.,

Dr. Sci. (Pedagogical Sciences), Professor, Department of special psychology, Orenburg state pedagogical University, Orenburg, Russia, irinashapoval@yandex.ru

Fominykh E.S.,

Ph.D. (Psychology), Assistant professor, Department of special psychology, Orenburg state pedagogical University, Orenburg, Russia, fominyh.yekaterina@yandex.ru

The article is devoted to the identification of opportunities and prognostic analysis of psychological diagnostic tools of personality boundaries in the system of personal relations. Meaningfully, the boundaries are presented as a special space for the formation of self – concept and self – relation, functionally as intra – and intersystem connections and barriers. The system aspects of personality as the universal self, of personality as self-identification and self-concept as a cognizant aspect of the Self are considered. Methods of restructuring the internal and external fields of these systems and subsystems and direction on the dynamics of boundaries are explained by the transformation of the system of personal relations. The boundaries of Self and non-Self act as a tool of its relationship in the field WITH and BETWEEN. The article highlights the substantial parameters of self-relation applicable to the assessment of the state and functions of personality boundaries: the system characteristics of self-relation and its configuration depending on the affective cognitive style of the individual and the attitude to the non-self.

Keywords: psychological boundaries, personality, identity, self-concept, self-attitude, dialogue between self and non-self, affective cognitive style, transformations and deformities of personality.

References

1. Buber M. Dva obraza very [Two Types of Faith]. Moscow: AST, 1999. 592 p. (In Russ.).

2. Vizgina A.V. Rol' vnutrennego dialoga v samosoznanii lichnosti. Avtoref. dis. kand. psiholog. nauk [The Role of internal dialogue in self-realization of personality. PhD Thesis (Psychology)]. Moscow, 1987. 15 p. (In Russ.).
3. Vishina A.V., Panteleev S.R. Osobennosti Ne-YA kak podstruktury samosoznaniya [The peculiarities of the Not-I as a substructure of identity]. *Voprosy psikhologii [Psychology Issues]*, 2013, no. 6, pp. 42–54.
4. Dmitrieva N.V., Samojlik N.A. Krizis identichnosti: fenomenologiya perezhivaniya [Identity crisis: the phenomenology of the experience]. Novosibirsk: publ. of NGPU, 2012. 279 p. (In Russ.).
5. Kozlov V.V. Integrativnaya psikhologiya: Puti duhovnogo poiska, ili osvyashchenie povsednevnosti [Integrative psychology: the path of spiritual search, or sanctification of everyday life]. Moscow: Psihoterapiya, Psychotherapy, 2007. 528 p. (In Russ.).
6. Martsinkovskaia T.D. Psikhologicheskie granitsy: istoriia i sovremennoe sostoianie [Psychological boundaries: history and current status]. *Mir psikhologii [The world of psychology]*, 2008, no. 3, pp. 55–62.
7. Nartova-Bochaver S.K. Chelovek suverennyi: psikhologicheskoe issledovanie sub"ekta v ego bytii [Human sovereign: a psychological study of the subject in his being]. Saint-Petersburg: Piter. 2008. 400 p. (In Russ.).
8. Nekrasova E.V. Zhiznennyj mir cheloveka kak predmet psikhologicheskogo issledovaniya [The world of human Life as a subject of psychological research]. *Sibirskij psikhologicheskij zhurnal [Siberian psychological journal]*, 2004, no. 19, pp. 18–23.
9. Nikishina V.B., Petrash E.A. Modifikaciya metodiki "Avtoportret" s cel'yu izucheniya dissociacii obraza YA [Modification of the technique "self-Portrait" to study the dissociation of the image of I]. *Voprosy psikhologii [Psychology Issues]*, 2016, no. 3, pp. 156–166.
10. Panteleev S.R. Samootnoshenie kak emotsional'no-otsenoch'naya sistema [Sootnoshenie as emotionally-grade system]. Moscow: publ. of MGU, 1991. 110 p. (In Russ.).
11. Rubinshtejn S.L. Bytie i soznanie. Chelovek i mir [Being and Consciousness. Man and world.]. Saint-Petersburg: Piter. 2003. 512 p. (In Russ.).
12. Sokolova E.T. Affektivno-kognitivnaya differencirovannost' / integrirovannost' kak dispozicionnyj faktor lichnostnyh i povedencheskih rasstrojstv [Affective-cognitive differentiation / integrity as a dispositional factor in personality and behavioral disorders]. *Vestnik moskovskogo universitetata [Moscow University Psychology Bulletin]*, 2007, no. 4, pp. 152–165.
13. Stolin V.V. Samosoznanie lichnosti [Self-consciousness]. Moscow: Moscow State University Press, 1983. 284 p. (In Russ.).

14. Tuluyeva T.V., Golyanich V.M., Shapoval V.A. Vzaimosvyaz' intencional'nyh i psihodinamicheskikh pokazatelej v modeli lichnosti [Correlations between intentional and psychodynamic characteristics in a model of personality]. Tr. SPIIRAN, 2009, no. 9, pp. 228–251.
15. Khlomov D.N. Dinamicheskij cikl kontakta v geshtal't-terapii [The dynamic cycle of contact in Gestalt therapy]. Gestalt-2003. The collection of materials of the Moscow Gestalt Institute. Moscow: Moscow Gestalt Institute, 2003. 105 p. (In Russ.).
16. Shapoval I.A. Rol' psihologicheskikh granic lichnosti v mental'nyh mekhanizmah ee deformacij [Elektronnyi resurs] [The role of psychological borders personality in the mental mechanisms of its deformation]. GESIS – Leibniz Institute for the Social Sciences: Konzept: Scientific and Methodological e-magazine. Koln, Germany. URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-49252-2> (Accessed: 26.02.2018) (In Russ., abstr. in Engl.)
17. Shneider L.B. Deviantnoe povedenie detei i podrostkov [Deviant behavior of children and adolescents]. Moscow: Akademicheskii proekt; Trikssta, 2005. 336 p. (In Russ.).
18. Ammon G. Handbuch der Dynamischen Psychiatric. München: Er. Reinhardt Verlag, 1982. Bd. 2. 967 p.
19. Berne E. Transactional analysis in psychotherapy: a systematic individual and social psychiatry. New York: Grove Press. 1961. 270 p.
20. Braun B.G. The BASK model of dissociation. *Dissociation*, 1988, vol. 1, no. 1. pp. 4–23.
21. Heatherton T.F., Weinberger J.L. Can personality change? – Washington (DC): American Psychological Association, 1994. 301 p.
22. Perls F.S. Gestalt therapy verbatim. Highland, NY: The Gestalt Journal Press, 1992.
23. Rosenberg M. Conceiving the self. N.Y. Basic Books, 1979.

Семья ребенка с синдромом Дауна сквозь призму изучения особенностей межличностных отношений

Бразгун Т.Н.,

аспирант, кафедра специальной психологии и реабилитологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, bayzel10@yandex.ru

Ткачева В.В.,

доктор психологических наук, профессор, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, vikt-tkacheva@yandex.ru

Статья посвящена изучению межличностных отношений в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Появление в семье ребенка с отклонениями в развитии становится серьезным испытанием для родителей и оказывает существенное влияние на всю семью в целом. В связи с этим, особенно важно предоставить специалисту возможность выявить особенности внутрисемейных отношений для создания эффективной программы коррекции дисгармоничных моделей поведения в семье. Авторы предлагают диагностическую программу, направленную на изучение особенностей межличностных отношений в семье, и показывают результаты обследования семьи, в которой воспитывается умственно отсталый ребенок с синдромом Дауна.

Ключевые слова: межличностные отношения, семья, ребенок с ограниченными возможностями здоровья, синдром Дауна.

Для цитаты:

Бразгун Т.Н., Ткачева В.В. Семья ребенка с синдромом Дауна сквозь призму изучения особенностей межличностных отношений [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 1. С. 28–39. doi: 10.17759 /psyclin.2018070103

For citation:

Brazgun T.N., Tkacheva V.V. A family of a child with Down syndrome in terms of interpersonal relationships research [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 1, pp. 28–39. doi: 10.17759/psycljn.2018070103 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Межличностные отношения в семьях детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – чрезвычайно актуальная, но одновременно малоизученная проблема.

Несмотря на серьезные сложности, связанные с разработкой и реализацией форм и содержания психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ, все большее число таких детей включается в системы ранней помощи, дошкольного и школьного образования. Как свидетельствуют материалы научных исследований, рождение в семье ребенка с отклонениями в развитии вызывает у родителей длительный психопатогенный стресс, который становится причиной возникновения специфических личностных изменений и установок. В семьях детей с ОВЗ родителями часто используются дисгармоничные модели воспитания, которые препятствуют созданию в семье условий для развития ребенка и его социальной адаптации. [4].

Исследования показывают, что наличие ребёнка-инвалида может крайне негативно влиять на отношения семейной пары, способствовать возникновению конфликтов и снижать степень удовлетворенности браком, что в конечном счете приводит к разрыву отношений, а затем и к разводу [8].

Появление в семье ребенка с нарушением развития оказывает влияние и на родных братьев и сестер, которые могут также быть подвержены эмоциональным проблемам. Данные научных исследований показывают, что на них может быть возложено дополнительное бремя по уходу за ребенком с ОВЗ, вынуждая тем самым быстрее вступить во взрослую жизнь, в наибольшей степени эта проблема затрагивает старших сестер [10].

Обследование семей ребенка с нарушениями развития, имеющих также здорового ребенка, показало, что родителям часто не хватает времени на воспитание здорового ребенка из-за неизбежного увеличения времени, энергии и ресурсов, необходимых для ухода за ребенком с ОВЗ [9].

Часто нагрузка по уходу за особым ребенком ложится на старших членов семьи, в особенности в неполных семьях, где мать берет на себя обязанности по материальному обеспечению семьи. В этом случае бремя ответственности за особого ребенка ложится на старшее поколение семьи. Эмоциональные и физические нагрузки, неблагоприятно сказываются на моральном и физическом самочувствии представителей старшего поколения [3].

В связи с этим особое значение приобретает работа по исследованию межличностных отношений в семье ребенка с ОВЗ, выявлению имеющихся в семье проблем, нормализации внутрисемейных отношений, а также коррекции неэффективных моделей воспитания и обучения ребенка, что позволяет создать оптимальные условия развития ребенка с ОВЗ в семье [5].

В структуре межличностных отношений в семье традиционно выделяют такие подсистемы, как брачная, родительская, сиблинговая, межпоколенная и внесемейная.

С другой стороны, в рамках системного подхода семья рассматривается как целостная система, которую нельзя свести к совокупности ее членов. Семья как единое целое больше, чем сумма ее составляющих. Изменения, затрагивающие семью в целом, оказывают влияние на каждый отдельный элемент, в то же время изменения отдельного элемента семейной системы влияют на всю семью в целом [7].

Важно отметить, что межличностные отношения реализуются в процессе взаимодействия и являются его составной частью. Поэтому исследуя особенности межличностного отношения в семье, необходимо рассматривать различные аспекты внутрисемейного взаимодействия, которые опосредуют и наглядно выражают проявления межличностных отношений.

М.С. Мацковский отмечает, что отношения между членами семьи включают, помимо родственных отношений, также систему духовных и нравственных отношений, а также отношения власти и авторитета и в конечном счете формируют структуру семьи. Помимо структуры родства, основными элементами структуры семьи выступают структура власти, определяющая отношения доминирования и подчинения, структура коммуникации, определяющая распределение каналов коммуникации и характер их функционирования, а также ролевая структура, определяющая выполнение каждым членом семьи определенных функций [2].

Некоторые исследователи полагают, что в норме существует некая базовая структура отношений в семье, которая позволяет каждому члену семьи полноценно реализовывать свои личные потребности и обеспечивает достаточный уровень эмоционального и психологического комфорта. В.Н. Дружинин считал, что основными отношениями, реализующимися в семье, являются власть, ответственность и эмоциональная близость [1].

В то же время исследования показывают, что на жизнедеятельность семьи оказывают влияние такие факторы, как личностные особенности ее членов, характер взаимоотношений между ними, структура семьи [7].

Анализируя структуру семейных взаимоотношений Д. Олсон и его коллеги, в 1983 году выделили три измерения, которые влияют на семейную систему: сплоченность, гибкость и коммуникация [6]. Сплоченность указывает на эмоциональную связь между членами семьи; гибкость указывает на способность изменять структуру семьи в ответ на события, которые происходят в течение жизненного цикла, коммуникация определяет способ, который члены семьи используют для выражения своих потребностей или чувств. Успешное функционирование семьи возможно при наличии баланса между сплоченностью и разобщенностью, гибким реагированием на перемены и чувством стабильности [10].

Таким образом, возможность создания гармоничных отношений в семье, воспитывающей ребенка с ОВЗ, определяется множеством факторов, которые необходимо учитывать специалисту в процессе оказания психологической помощи.

Диагностическая программа

Важность и актуальность указанной проблемы побудили нас взяться за исследование особенностей межличностных отношений в семье ребенка с ОВЗ. Базой исследования стало СП № 10 «Наш дом», ГБОУ школа № 1206, в котором обучаются дети с ограниченными возможностями здоровья.

На первом этапе работы мы составили диагностическую программу, направленную на изучение особенностей межличностных отношений в семье ребенка с ОВЗ, включающую изучение родительско-детских и детско-родительских отношений, отношений между родителями, межсиблинговых отношений, а также взаимоотношений представителей старшего поколения семьи.

Диагностика личностных особенностей детей проводилась методом наблюдения, а также с помощью ряда экспериментальных методик.

В нашем исследовании мы использовали:

- Тест тревожности (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен);
- Проективная методика «Лесенка для детей» В.В. Ткачевой;
- Методика «Два дома» (И. Вандвик и П. Экбланд);
- Тест «Рисунок семьи».

Кроме того, нами использовались сведения, полученные от родителей при анкетировании и в беседе.

Диагностическое заключение также включало в себя данные об уровне развития познавательной сферы, коммуникативных, социальных и бытовых навыков, двигательных возможностей ребенка.

В диагностический комплекс для взрослых членов семьи (родители, бабушки, дедушки) вошли:

- Структурированная беседа с родителями, бабушками/дедушками;
- Авторская анкета для родителей, бабушек/дедушек;
- Методика диагностики межличностных отношений (Т. Лири);
- Социограмма «Моя семья» (В.В. Ткачева);

- Диагностика сплоченности и гибкости семейной системы FACES-3 (Д. Олсон);
- Опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин).

Использование составленной нами диагностической программы позволяет определить не только базовые характеристики семьи ребенка с ОВЗ (структуру семьи, отношения власти-подчинения, характер коммуникации), но и специфические параметры семейных отношений (социально-бытовой уровень, степень удовлетворенности браком, наличие эмоциональных переживаний у членов семьи и др.).

Результаты исследования

В данной статье мы не предполагаем представлять общие результаты, а стремимся раскрыть особенности межличностных отношений в конкретной семье ребенка с ОВЗ. В качестве примера приведем результаты диагностического обследования многодетной семьи, в которой воспитывается умственно отсталый ребенок с синдромом Дауна. Дети с синдромом Дауна представляют значительную часть обучающихся в классах для детей со сложным дефектом специальных коррекционных школ. Численность детей данной нозологической группы в последние годы постоянно растет.

Семья, обследование которой было проведено, включала: родителей, двух дочерей (17 и 15 лет), сына с синдромом Дауна (12 лет) и младшего сына (8 лет). Оба родителя имеют высшее образование. Отец работает, мать – домохозяйка. Семья проживает в отдельной квартире. Имеет уровень дохода ниже среднего.

В ходе предварительной беседы отец в целом благоприятно оценивает качество семейной жизни, больше говорит о своей работе, жалуется на проблемы с начальством, из-за которых должен был уволиться с предыдущей работы. Об отношениях с женой говорит: «Что-то она себе навдумывала! Нормально живем».

Мать сильно травмирована рождением особого ребенка. Рассказывая о ранних годах мальчика и отношении к нему окружающих, начинает плакать. Жалуется на плохое самочувствие, нарушения сна. Говоря об отношениях в семье, сокрушается, что должна за всеми следить и все проверять, иначе все будет сделано не так, как нужно.

Мать много и успешно занималась с сыном с синдромом Дауна. Ребенок обучается в коррекционной школе по программе образования обучающихся с умеренной, тяжелой и глубокой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Сейчас мать сосредоточила свои силы на обучении младшего сына. По ее словам, мальчику не повезло с учителями, которые не могут найти к нему подход: «Раньше у них была хорошая учительница, она его понимала! А эту он не слушает, потому что она не понимает его!»

Старшая дочь после окончания школы не смогла поступить в институт. И мать, и отец сходятся в оценке: «Готовилась в один, а за неделю до экзаменов подала документы в другой! Ну а мы что можем сделать?! Она все равно нас не слушает».

Таким образом, предварительная беседа выявила наличие в семье определенных проблем, которые были уточнены в ходе дальнейшего исследования с помощью специальных методик.

Диагностика сплоченности и гибкости семейной системы FACES-3 показала экстремальные уровни семейной сплоченности и адаптации семьи по оценке обоих супругов. Показатель по шкале сплоченности для обоих супругов соответствует уровню «разобщенность» (суммарный балл отца – 34, матери – 29), суммарный балл по шкале адаптации для обоих супругов был равен 34, что соответствует «хаотичному» уровню функционирования семьи. Такие результаты свидетельствуют о том, что семья имеет экстремальный или несбалансированный тип функционирования, так как имеет крайние показатели по обоим уровням: разобщенность свидетельствует об отсутствии близости между членами семьи, а хаотичность означает отсутствие установленных правил функционирования, особенно в части регулирования родительно-детских отношений.

При этом отец в целом доволен функционированием семьи, в то время как мать имеет низкий уровень удовлетворенности браком, особенно разобщенностью между членами семьи: отсутствием близости, эмоциональных связей и общих интересов.

Результаты обследования дочерей также свидетельствуют о разобщенности семьи (суммарный балл старшей дочери – 31, а младшей – 30) и среднем уровне адаптации (суммарный балл старшей дочери по шкале адаптации – 25, младшей – 28).

Социограмма «Моя семья» выявила опосредованность отношений супругов (через детей), отсутствие эмоциональной близости между супругами и доминирование матери в семейных отношениях. Как мать, так и отец более всего привязаны к младшему сыну, а проблемный ребенок соотносится со вторым супругом. Оба супруга достаточно дистанцированы от старших дочерей, причем мать – в большей степени.

Результаты изучения социограмм обеих дочерей также свидетельствуют об эмоциональной отдаленности от родителей и ориентации семьи на младшего сына.

Исследование особенностей родительского отношения с помощью опросника родительского отношения выявило преобладание модели «маленький неудачник» (6 баллов и 96,83% у отца и 5 баллов и 93,04% у матери), при которой ребенок представляется неприспособленным и неуспешным, а родители стараются оградить его от трудностей.

Результаты диагностики межличностных отношений в семье с помощью методики Т. Лири, с одной стороны, выявили серьезные расхождения между «Я-реальным» и «Я-идеальным» у обоих родителей, а с другой стороны,

продемонстрировали отсутствие у них лидерских качеств, способности взять на себя ответственность за решение семейных проблем при выраженном желании у обоих родителей доминировать.

Как мать, так и отец продемонстрировали стремление подчиняться более сильному партнеру, уступать. Значение по шкале «Подчиняемый» для «Я-реального» у отца составило 10 баллов, а у матери – 11. Мать имеет низкую самооценку, повышенную тревожность, зависима от чужого мнения, что следует из высоких значений по шкале «Зависимый» (13 баллов). В то же время значения по шкале «Подчиняемый» для «Я-идеального» составляют 5 баллов для отца и 4 балла для матери.

В то же время оба родителя в идеале хотели бы видеть себя в качестве авторитетного лидера, быть успешными и уважаемыми людьми, что выражается высокими оценками по шкале «Авторитарный» для «Я-идеального» (11 баллов у отца и 10 у матери). Значения по этой шкале для «Я-реального» у отца и матери равны 5 и 6 соответственно.

Оба родителя при оценке «Я-реального» показали очень высокие баллы по шкале «Альтруизм» (оба супруга по 9 баллов) и «Дружелюбие» (9 баллов у матери), что свидетельствует об ориентации на мнение социума, стремление получить одобрение окружающих и продемонстрировать стремление помочь.

При исследовании личностной сферы ребенка с синдромом Дауна мы использовали проективные методики, наблюдение и беседу с родителями. Для исследования уровня познавательной деятельности применялись различные методики, применяемые в отечественной практике: доски Сегена, «Складывание разрезных картинок», Методика Кооса, «Заучивание 10 слов», «Четвертый лишний», «Классификация предметов», «Серия сюжетных картинок».

Нами были выявлены следующие особенности познавательной и личностной сфер.

Речь и коммуникация

Ребенок охотно вступает в контакт. Обращенную речь понимает в полном объеме, пассивный словарный запас развит на бытовом уровне. Экспрессивная речь ребенка представлена простой аграмматичной фразой. Активный словарный запас значительно ниже возрастной нормы.

Познавательные возможности

Ребенок владеет основными понятиями об окружающем мире (растения, животные, транспорт, времена года, времена суток).

Знает основные цвета, основные геометрические формы, классифицирует по форме, величине и цвету.

Ребенок успешно справляется с выполнением заданий на зрительное восприятие: соотносит предметы (их изображение) по цвету, форме, размеру, верно соотносит предмет и его изображение,

Объем произвольной словесной памяти недостаточный (ребенок запомнил 4 слова из 10).

Ребенку доступно выполнение методик, направленных на изучение наглядно-действенного мышления (доска Сегена, коробка форм).

При выполнении методики «Складывание разрезных картинок», предназначенной для оценки уровня наглядно-образного мышления, ребенок складывает картинку из трех частей простой конфигурации самостоятельно.

При исследовании наглядно-образного мышления с помощью методики «Серия сюжетных картинок» ребенок самостоятельно справляется с заданиями, связанными с повседневными привычными ситуациями (серия «Утро мальчика»). При выполнении более сложных заданий ребенку требуется помощь.

Выполнение методик, направленных на изучение словесно-логического мышления, ребенку недоступно.

Графомоторные навыки сформированы недостаточно. Интерес к собственной рисуночной деятельности отсутствует, однако с помощью педагога выполняет рисунки на заданную тему.

Знает название и написание цифр до 10. Количество и число не соотносит. Различает предметы по количеству (один – много) и по величине.

Показывает и называет буквы. Навык чтения слов не сформирован.

Эмоционально-личностная сфера

При исследовании эмоционально-личностной сферы ребенка выявляются такие особенности, как завышенная самооценка, потребность во внимании и признании окружающих, стремление произвести впечатление на взрослых и детей старшего возраста. В то же время ребенок тяжело переживает критику и отсутствие внимания. В случае неудачи ребенок расстраивается и быстро теряет интерес к деятельности.

Наибольшую привязанность ребенок испытывает к матери и старшей сестре. Ребенок часто конфликтует с младшим братом. Испытывает чувство ревности и соперничества.

У ребенка не сформированы представления об иерархии родительско-детских отношений и навыки послушания, ребенок часто игнорирует запреты и просьбы старших.

Родители испытывают объективные трудности в формировании иерархии родительно-детских отношений. В их взаимоотношениях с ребенком отсутствует последовательность, требовательность и необходимая строгость. В то же время родители стремятся оградить ребенка от трудностей, выполнять его пожелания, чрезмерно опекают его.

Резюме

Таким образом, проведенное нами исследование позволило оценить особенности межличностных отношений в семье и проблемы семейного функционирования.

Результаты диагностики сплоченности и гибкости семейной системы FACES-3 показали, что семья имеет несбалансированный тип функционирования.

Показатели по шкалам сплоченности и гибкости соответствуют «разобщенному» и «хаотичному» уровням функционирования семьи.

Социограмма выявила отсутствие эмоциональной близости между членами семьи и ориентацию семьи на младшего сына.

Исследование особенностей родительского отношения с помощью методики ОРО (А.Я. Варга, В.В. Столин) выявило преобладание деструктивной модели родительно-детских отношений – «маленький неудачник».

Результаты диагностики межличностных отношений в семье с помощью методики Т. Лири выявили серьезные расхождения между Я-реальным и Я-идеальным для обоих родителей. Оба супруга продемонстрировали высокие баллы по шкале «Подчиняемый» для Я-реального. Диагностика матери показала также высокие значения по шкале «Зависимый».

Исследование эмоционально-личностной сферы ребенка с синдромом Дауна выявило несформированность представлений об иерархии родительно-детских отношений и навыках послушания, а также проблемы во взаимоотношениях с младшим братом (ревность, соперничество).

Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии гармоничной структуры межличностных отношений в семье и о нарушении ее функционирования, что затрудняет адаптацию всех членов семьи к имеющимся трудностям, препятствует реализации целей и задач каждого члена семьи.

Результаты, полученные в ходе диагностического исследования, должны лечь в основу программы психолого-педагогического сопровождения семьи ребенка с синдромом Дауна, которая позволит нормализовать характер внутрисемейных отношений, скорректировать неэффективные модели воспитания и обучения ребенка, повысить уровень функционирования семьи в целом.

Литература

1. *Дружинин В.Н.* Психология семьи: 3-е изд. СПб.: Питер, 2006. 176 с.
2. *Мацковский М.С.* Социология семьи: проблемы теории, методологии и методики. М.: Наука, 1989. 116 с.
3. *Ткачева В.В.* Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья: диагностика и консультирование: учебно-методическое пособие М.: Национальный книжный центр, 2014. 152с.
4. *Ткачева В.В.* Технологии психологической помощи семьям детей с ограниченными возможностями здоровья, 2-е изд. М.: ИНФРА-М, 2017. 281 с.
5. *Ткачева В.В.* Психокоррекционная работа с семьями детей с ограниченными возможностями здоровья: учебно-методическое пос. / под ред. В.В. Ткачевой. М.: Инфра-М, 2017. 191 с.
6. *Уорден М.* Основы семейной психотерапии. М.: Олма-Пресс, 2005. 256 с.
7. *Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.* Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. СПб.: Питер, 2008. 672 с.
8. *Giulio P., Philipov D., Jaschinski I.* Families with disabled children in different European countries [Электронный ресурс] // Families and Societies. 2014. № 23. URL: <http://www.familiesandsocieties.eu/> (дата обращения: 11.10.2017).
9. *Mulroy S., et al.* The impact of having a sibling with an intellectual disability: Parental perspectives in two disorders // Journal of Intellectual Disability Research. 2008. Vol. 52. № 3. P. 216–229. doi:10.1111/j.1365-2788.2007.01005.x.
10. *Shulman S.* The family of the severely handicapped child: the sibling perspective // Journal of Family Therapy. 1988. Vol. 10. № 2. P. 125–134.

A family of a Child with Down Syndrome in Terms of Interpersonal Relationships Research

Brazgun T.N.,

Postgraduate, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, bayzel10@yandex.ru

Tkacheva V.V.,

PhD (Psychology), Professor, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, vikt-tkacheva@yandex.ru

The article deals with the study of interpersonal relationships of families with disabled children. The birth of a baby with a disability can be a traumatic event for parents and can have profound effects on the entire family. In this regard, it is especially important to provide the specialist with the opportunity to identify the characteristics of intra-family relations in order to create an effective program for correcting disharmonious patterns of behavior in the family. The authors present the program of studies of the interpersonal relationships and the case of relationships research of the family who is parenting a child with Down syndrome.

Keywords: interpersonal relationships, family, disabled children, Down syndrome.

References

1. Druzhinin V.N. *Psikhologiya sem'i* [Psychology of the family], 3rd ed. Saint-Petersburg: Piter, 2006. 176 p.
2. Matskovskii M.S. *Sotsiologiya sem'i: problemy teorii, metodologii i metodiki*. [Sociology of the family: problems of theory, methodology and methods]. Moscow: Nauka, 1989. 116 p.
3. Tkacheva V.V. *Sem'ya rebenka s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya: diagnostika i konsul'tirovanie: uchebno-metodicheskoe posobie*. [Family of a child with disabilities: diagnosis and counselling: educational-methodical manual]. Moscow: Natsional'nyi knizhnyi tsentr, 2014. 152p.

4. Tkacheva V.V. Tekhnologii psikhologicheskoi pomoshchi sem'yam detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [Technologies of the psychological help to families of children with disabilities: textbook], 2nd ed. Moscow: Infra-M, 2017. 281 p.
5. Tkacheva V.V. Psikhokorreksionnaya rabota s sem'yami detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [Psycho-correction work with families of children with disabilities]. Moscow: Infra-M, 2017. 191 p.
6. Uorden M. Osnovy semeinoi psikhoterapii [Basics of family psychotherapy]. Moscow: Olma-Press, 2005. 256 p.
7. Eidemiller E.G., Yustitskis V. Psikhologiya i psikhoterapiya sem'I [Psychology and psychotherapy of the family], 4th ed. Saint-Petersburg: Piter, 2008. 672 p.
8. Giulio P., Philipov D., Jaschinski I. Families with disabled children in different European countries [Web source]. *Families and Societies*, 2014, no. 23. URL: <http://www.familiesandsocieties.eu/> (Accessed 11.10.2017).
9. Mulroy S., et al. The impact of having a sibling with an intellectual disability: Parental perspectives in two disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2008, vol. 52, no. 3, pp. 216–229. doi:10.1111/j.1365-2788.2007.01005.x.
10. Shulman S. The family of the severely handicapped child: the sibling perspective. *Journal of Family Therapy*, 1988, vol. 10, no. 2, pp. 125–134.

Особенности интерференции слухоречевого запоминания при травматическом опыте (на примере ампутации нижних конечностей)

Никишина В.Б.,

доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой психологии здоровья и коррекционной психологии, ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия, vbnikishina@mail.ru

Петраш Е.А.,

кандидат психологических наук, доцент, кафедра психологии здоровья и коррекционной психологии ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия, petrash@mail.ru

В статье представлен анализ результатов исследования интерференции слухоречевого запоминания при травматическом опыте (травматической и нетравматической ампутации нижних конечностей). Проанализирована эффективность процессов слухоречевого и зрительно-образного запоминания в условиях интерференции. В результате исследования установлено снижение эффективности процесса запоминания слухоречевой и зрительно-образной информации в условиях интерференции. Достоверно установлено, что на эффективность процесса запоминания при ампутации нижних конечностей оказывает влияние семантическое содержание интерферирующей информации. Причина ампутации (травма или осложнение длительного хронического соматического заболевания) не оказывает влияния на процессы слухоречевого и зрительно-образного запоминания в условиях интерферирующего воздействия.

Ключевые слова: интерференция, слухоречевое запоминание, зрительно-образное запоминание, семантическая организация интерференции, ампутация нижних конечностей.

Для цитаты:

Никишина В.Б., Петраш Е.А. Особенности интерференции слухоречевого запоминания при травматическом опыте (на примере ампутации нижних

конечностей) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 1. С. 40–59. doi: 10.17759/psyclin.2018070104

For citation:

Nikishina V.B., Petrash E.A. Interference features of auditory memorization in traumatic experiences (for example, amputation of the lower limbs) [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2018, vol. 7, no. 1, pp. 40–59. doi: 10.17759/psycljn.2018070104 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

По данным исследований, в 2017 году численность пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей различной степени и глубины, составила 10% от общего числа больных с заболеваниями костно-мышечной системы. Из них около 3% перенесли ампутацию вследствие внезапно полученной травмы [1; 2; 7]. Наиболее распространенными причинами ампутации являются осложнения длительных хронических соматических заболеваний (атеросклеротическая гангрена, диабетическая стопа и др.). При инвариантности причин ампутации нижних конечностей (ишемия сосудов нижних конечностей, вызванная атеросклерозом, некротические процессы, опухолевые заболевания, травмы, боевые ранения и их последствия) общей является проблема восстановительной реабилитации и адаптации к использованию протезов [5; 6; 11].

Врачи-специалисты и пациенты, перенесшие ампутацию нижних конечностей на этапе протезирования (при адаптации к протезу), сталкиваются с определенными трудностями. Ампутация нижних конечностей в психологическом аспекте рассматривается как травматическая ситуация, представляющая собой экстремальное, критическое событие, ситуацию нарушения физической или психической целостности самого субъекта, характеризующаяся осознанностью произошедшего события, его обусловленностью внешними обстоятельствами, разрушением привычного уклада жизни, а также ощущением беспомощности и бессилия [10]. Травматические воспоминания, связанные с ампутацией, которые регулярно возникают, выступают в качестве интерферирующего воздействия при запоминании.

Интерференция представляет собой ухудшение сохранения запоминаемого материала в результате воздействия другого материала, с которым оперирует субъект, и проявляется в двух формах: проактивная интерференция и ретроактивная интерференция. Проактивная интерференция проявляется в ухудшении сохранения нового материала под влиянием ранее заученного [14]. Затруднение запоминания новой информации при этом обусловлено влиянием имеющихся в хранилище памяти воспоминаний на процесс кодирования и сохранения новой информации. В качестве морфофункциональной основы проактивной интерференции памяти выступают вентролатеральная префронтальная кора и левая передняя префронтальная кора [12]. Ретроактивная интерференция

характеризуется ухудшением сохранения заученного материала, вызванное запоминанием нового материала (новая информация оказывает воздействие на уже сохраненную в памяти информацию, искажая ее или нарушая способность субъекта к ее воспроизведению) [15]. Морфофункциональной основой ретроактивной интерференции является левая передняя вентральная префронтальная кора [13].

Изучение интерференции памяти началось в начале XX века с экспериментов G. Muller и A. Pilzecker [8; 9]. В настоящее время среди наиболее влиятельных зарубежных исследователей интерференции памяти можно назвать J. Koen, M. Rugg, K. Nussenbaum, D. Amsso и др. [13]. В исследовании D. Stramaccia и др. было установлено, что извлечение эпизодической памяти может приводить к недоступности более поздней связанной информации, не относящейся к делу, что связано с механизмами когнитивного контроля. Авторами выявлена связь между механизмами извлечения и деятельностью правой префронтальной коры [19]. Результаты исследований интерференции памяти во время сна, проведенные M. Seibold и коллегами, указывают на то, что предъявление интерферирующей информации во время сна не нарушает консолидацию памяти, а наоборот, может облегчить разделение паттернов и стабилизацию памяти через активацию процессов обобщения [16]. В отечественных исследованиях, начиная с классических отечественных работ по нейропсихологии, описано влияние разных видов интерференции на процессы запоминания как в норме, так и при различных заболеваниях головного мозга [3; 4]. Б.Б. Величковский, Е.Ю. Никонова и М.А. Румянцев установили, что негативное влияние интерференции на хранение информации усиливалось при увеличении количества информации. А.А. Созинов с коллегами установили, что эффект интерференции отражает не только характеристики формирования нового опыта, но и трансформацию и реорганизацию прошлого опыта, которую авторы обозначают как аккомодационную реконсолидацию [8; 9].

Целью исследования стало изучение интерференции слухоречевого запоминания при травматическом опыте, на примере ампутации нижних конечностей. Мы исходили из предположения о том, что семантическое содержание интерферирующей информации будет оказывать влияние на эффективность процесса запоминания. Использование в качестве интерферирующей информации вербальных и образных стимулов, семантически связанных с травматической ситуацией (ампутацией нижних конечностей), будет снижать эффективность запоминания сильнее, чем интерференция стимулами с отсутствием самостоятельного семантического содержания, а также семантическим содержанием, не являющимся личностно значимым.

Организация и методы исследования

Исследование проводилось в стационаре сложного протезирования ФГУП «Курское протезно-ортопедическое предприятие». В исследовании приняли участие 55 человек (29 мужчины и 26 женщин) в возрасте от 44 до 60 лет (средний возраст составил $54,61 \pm 4,52$ лет). Основаниями формирования исследовательских групп

сравнения являлась причина ампутации: внезапная (экстренная) ампутация вследствие травмы (22 человека); плановая ампутация вследствие осложнений длительного хронического соматического заболевания (33 человека). В первую экспериментальную группу (Э₁) вошли 12 испытуемых, перенесших травматическую ампутацию нижних конечностей, у которых в качестве интерферирующей информации выступали слова, обозначающие протезно-ортопедическую атрибутику; вторую экспериментальную группу (Э₂) составили 15 испытуемых, перенесших нетравматическую ампутацию нижних конечностей, у которых в качестве интерферирующей информации также выступали слова, обозначающие протезно-ортопедическую атрибутику.

В контрольные группы вошли испытуемые с ампутацией нижних конечностей, у которых в качестве интерферирующего воздействия выступали бессмысленные слоги: в первую контрольную группу (К₁) вошли 11 испытуемых, перенесших травматическую ампутацию нижних конечностей; вторую контрольную группу составили 17 испытуемых, перенесших нетравматическую ампутацию нижних конечностей.

Критерием включения испытуемых в программу исследования являлось отсутствие в анамнезе нарушений мозгового кровообращения, заболеваний головного мозга, эндокринной системы, психоневрологических заболеваний. Исследование осуществлялось в индивидуальной форме на условиях информированного согласия. Средняя длительность исследования одного испытуемого составляла $30,27 \pm 5,46$ минут.

Организация исследования осуществлялась последовательно в два этапа. Реализация каждого этапа исследования включала в себя три серии эксперимента. На первом этапе осуществлялась оценка объема кратковременной слухоречевой памяти при ампутации нижних конечностей в условиях интерференции. Первая серия эксперимента заключалась в предъявлении испытуемым вербально (на слух) ряда бессмысленных слогов (12 слогов). Сразу после предъявления основного стимульного материала испытуемым предъявлялся блок интерферирующей информации.

Во второй серии эксперимента в качестве основного стимульного материала испытуемым предъявлялся перечень из 12 двусложных существительных, семантически и морфологически не связанных между собой, после чего им также предъявлялась интерферирующая информация.

В третьей серии эксперимента испытуемым в качестве стимула предъявлялся незнакомый текст (притча североамериканских индейцев «Эльфы и гномы»), а затем, как и в предшествующих двух сериях, предъявлялась интерферирующая информация. В качестве интерферирующей информации во всех трех сериях эксперимента предъявлялись бессмысленные слоги (12 слогов) для испытуемых контрольных групп; испытуемым, входящим в экспериментальные группы, предъявлялись в качестве интерферирующего воздействия слова (12 слов),

обозначающие протезно-ортопедическую атрибутику (например, костыли, операция, протез, культя и др.). После каждой серии первого этапа эксперимента перед испытуемыми ставилась задача воспроизвести вслух основной стимульный материал.

Задачей второго этапа являлась оценка объема кратковременной зрительно-образной памяти при ампутации нижних конечностей в условиях интерференции. В первой серии второго этапа экспериментом испытуемым предъявлялась зрительная информация: таблица размером 4x4 клетки, содержащие контурные изображения простых геометрических фигур.

Во второй серии эксперимента в качестве основного стимульного материала испытуемым предъявлялось в форме таблицы, содержащей 16 ячеек, контурное изображение простых объектов, не связанных между собой (например, дом, глаз, дерево и т.д.).

В третьей серии эксперимента испытуемым предъявлялась черно-белая сюжетная картинка формата А4, содержащая 18 семантических фрагментов (частей). Время предъявления зрительно-образного стимульного материала составляло 2 минуты. После предъявления основного стимульного материала в каждой серии второго этапа экспериментального исследования испытуемым предъявлялась интерферирующая информация. В качестве интерферирующей информации для испытуемых экспериментальных групп предъявлялись 16 изображений протезно-ортопедической атрибутики (например, костыли, инвалидное кресло, протез, трость и т.д.); для испытуемых контрольных групп предъявлялись контурные изображения 16 простых символов (например, волнистая линия, крест, пятиконечная звезда и т.д.). После каждой серии второго этапа эксперимента перед испытуемыми ставилась задача графически воспроизвести (нарисовать) основной стимульный материал.

Результаты исследования

Анализ объема кратковременной слухоречевой памяти при ампутации нижних конечностей в условиях интерференции с учетом семантического содержания интерферирующей информации выявил значимое снижение объема воспроизводимой слухоречевой информации у пациентов с травматической ампутацией нижних конечностей при интерференции вербальными стимулами, обозначающими протезно-ортопедическую атрибутику в сравнении с пациентами с травматической ампутацией при интерференции бессмысленными слогами (Приложение 1).

В результате исследования установлено, что у пациентов с травматической ампутацией нижних конечностей в условиях интерференции бессмысленными слогами (семантически не связанными с травматическим событием в опыте) происходит потеря 70% запоминаемой информации вне зависимости от ее семантического содержания. В условиях интерференции вербальными стимулами (словами), обозначающими протезно-ортопедическую атрибутику, потеря

запоминаемой информации в некоторых случаях достигает 86%. Осуществляя сравнительную оценку показателей объема слухоречевого запоминания у пациентов с травматической ампутацией нижних конечностей в условиях интерференции вербальными стимулами, обозначающими протезно-ортопедическую атрибутику и бессмысленными слогами, выявлены статистически значимые различия по всем типам запоминаемой информации (табл. 1).

Таблица 1

Значения средних тенденций и значимости различий показателей слухоречевого запоминания пациентов с травматической ампутацией нижних конечностей

Показатели	Э ₁				К ₁				Значимость различий
	Хср	σ	min	max	Хср	σ	min	max	
Слоги	3,37	1,52	3	4	5,83	2,09	5	8	0,027
Слова	4,36	1,91	4	5	6,08	2,34	5	7	0,034
Текст (количество лингвосемантических единиц)	41,83	4,28	37	46	54,81	5,91	54	69	0,021

Полученные результаты свидетельствуют о том, что, с одной стороны, при травматической ампутации интерферирующая информация, семантически отражающая протезно-ортопедическую атрибутику, значимо сильнее снижает эффективность запоминания слухоречевой информации, нежели бессмысленная информация с отсутствием семантического содержания. С другой стороны, эмпирически установлено, что при травматической ампутации нижних конечностей эффективность запоминания слухоречевой информации также определяется семантическим содержанием запоминаемой информации: количество единиц бессмысленной запоминаемой информации (бессмысленных слогов) меньше количества единиц запоминаемой информации, имеющей семантическое содержание (простых двусложных слов). Запоминание текста в условиях интерференции характеризуется значимым снижением количества лингвосемантических единиц при сохранении общей семантической оболочки текста вне зависимости от типа интерферирующей информации.

Осуществляя исследование слухоречевой памяти при нетравматической ампутации нижних конечностей в условиях интерференции с учетом семантического содержания интерферирующей информации, выявлена аналогичная тенденция: отмечается значимое снижение объема воспроизводимой слухоречевой информации у пациентов с нетравматической ампутацией нижних конечностей при интерференции вербальными стимулами, обозначающими протезно-ортопедическую атрибутику в сравнении с пациентами с травматической информацией при интерференции бессмысленными слогами (Приложение 2).

При этом в результате оценки значимости различий показателей слухоречевого запоминания пациентов с ампутацией нижних конечностей в условиях интерференции выявлено статистически значимое снижение запоминания вербальной (слухоречевой) информации при интерференции вербальными стимулами, семантически означающими протезно-ортопедическую атрибутику, в сравнении с запоминанием в условиях интерференции бессмысленными слогами (семантически не связанными с травматическим событием в опыте).

Для оценки объема слухоречевого запоминания при ампутации нижних конечностей в условиях интерференции с учетом семантического содержания интерферирующей информации, был проведен сравнительный анализ показателей запоминания вербальной слухоречевой информации у пациентов с травматической и нетравматической ампутацией нижних конечностей при интерференции вербальными стимулами, обозначающими протезно-ортопедическую атрибутику; а также пациентов с травматической и нетравматической ампутацией нижних конечностей при интерференции бессмысленными слогами (стимулами с отсутствием самостоятельного семантического содержания) (табл. 2).

Таблица 2

Показатели значимости различий слухоречевого запоминания в условиях интерференции (U-критерий Манна-Уитни, $p \leq 0,05$)

Группы испытуемых	Бессмысленные слоги	Слова	Текст
Э ₁	0,118	0,064	0,071
Э ₂			
К ₁	0,057	0,282	0,062

Значимых различий между показателями слухоречевого запоминания в условиях интерференции вербальными стимулами, обозначающими протезно-ортопедическую атрибутику, у пациентов с травматической и нетравматической ампутацией нижних конечностей; а также у пациентов с травматической и нетравматической ампутацией нижних конечностей в условиях интерференции бессмысленными слогами выявлено не было.

Полученные результаты позволяют выявить следующие тенденции. Во-первых, интерференция слухоречевого запоминания при травматическом опыте (ампутации нижних конечностей) значимо снижает эффективность процесса запоминания. Во-вторых, эффективность слухоречевого запоминания при ампутации нижних конечностей в условиях интерференции определяется содержанием интерферирующей информации: интерференция вербальными стимулами, обозначающими протезно-ортопедическую атрибутику, снижает эффективность запоминания значимо сильнее, чем интерференция бессмысленными слогами, т.е. семантически наполненная интерферирующая

информация более чем у 70% пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей, блокирует процесс запоминания. В-третьих, причина ампутации (травматическая или нетравматическая) нижних конечностей не оказывает существенного влияния на запоминание слухоречевой информации в условиях интерференции.

При анализе объема кратковременной зрительно-образной памяти при ампутации нижних конечностей в условиях интерференции с учетом семантического содержания интерферирующей информации было выявлено значимое снижение объема воспроизводимой зрительно-образной информации у пациентов с травматической ампутацией нижних конечностей при интерференции образными стимулами, обозначающими протезно-ортопедическую атрибутику, в сравнении с пациентами с травматической информацией при интерференции контурными изображениями простых символов (Приложение 3).

У пациентов с травматической ампутацией нижних конечностей в условиях интерференции зрительно-образной информацией с отсутствием собственного семантического содержания происходила потеря 73% запоминаемых геометрических фигур (информации, не имеющей собственного семантического содержания), 71% запоминаемых изображений простых объектов (имеющих собственное семантическое содержание), а также 77% семантического содержания сюжетной картинки. В условиях интерференции зрительно-образными стимулами, обозначающими протезно-ортопедическую атрибутику, потеря запоминаемой информации в некоторых случаях достигала 92%. Сравнение показателей объема зрительно-образного запоминания у пациентов с травматической ампутацией нижних конечностей в условиях интерференции образными стимулами, обозначающими протезно-ортопедическую атрибутику, и контурными изображениями простых стимулов выявлены статистически значимые различия по всем типам запоминаемой информации (табл. 3).

При травматической ампутации зрительно-образная интерферирующая информация, семантически отражающая протезно-ортопедическую атрибутику, снижает эффективность запоминания образной информации значимо ниже, чем интерферирующая информация с отсутствием семантического содержания.

Также эмпирически установлена зависимость эффективности запоминания зрительно-образной информации при травматической ампутации нижних конечностей от ее семантической наполненности: количество единиц бессмысленной запоминаемой информации (бессмысленных слогов) меньше количества единиц запоминаемой информации, имеющей семантическое содержание (простых двусложных слов). Запоминание сюжетной картинки в условиях интерференции характеризуется значимой потерей семантического содержания вне зависимости от типа интерферирующей информации: пациенты с травматической ампутацией нижних конечностей в условиях интерференции воспроизводят от 23% до 31% зрительно-образной информации.

Таблица 3

Значения средних тенденций и значимость различий показателей зрительно-образного запоминания пациентов с травматической ампутацией нижних конечностей

Показатели	Э ₁				К ₁				Значимость различий
	Х _{ср}	σ	min	max	Х _{ср}	σ	min	max	
Контурное изображение простых геометрических фигур	3,61	1,16	3	4	5,19	1,11	4	6	0,018
Контурное изображение простых объектов	4,47	1,08	4	5	6,17	1,16	6	7	0,024
Сюжетная картинка (количество семантических частей изображения)	3,47	1,24	3	5	5,83	1,27	5	7	0,037

Анализ объема зрительно-образной памяти при нетравматической ампутации нижних конечностей в условиях интерференции с учетом семантического содержания интерферирующей информации выявил значимое снижение объема воспроизводимой зрительно-образной информации у пациентов с нетравматической ампутацией нижних конечностей при интерференции образными стимулами, обозначающими протезно-ортопедическую атрибутику, в сравнении с пациентами с нетравматической ампутацией при интерференции контурными изображениями простых символов (Приложение 4).

Анализ значимости различий показателей зрительно-образного запоминания пациентов с нетравматической ампутацией нижних конечностей в условиях интерференции показал статистически значимое снижение запоминания образной информации при интерференции зрительно-образными стимулами, семантически означающими протезно-ортопедическую атрибутику, в сравнении с запоминанием в условиях интерференции контурными изображениями простых символов (семантически не связанными с травматическим событием в опыте).

В рамках решения задачи оценки объема зрительно-образного запоминания при ампутации нижних конечностей в условиях интерференции с учетом семантического содержания интерферирующей информации был проведен сравнительный анализ показателей запоминания образной информации у пациентов с травматической и нетравматической ампутацией нижних конечностей при интерференции образными стимулами (изображениями), обозначающими протезно-ортопедическую атрибутику; а также пациентов с травматической и

нетравматической ампутацией нижних конечностей при интерференции контурными изображениями простых символов (табл. 4).

Таблица 4

Показатели значимости различий зрительно-образного запоминания в условиях интерференции (U-критерий Манна–Уитни, $p \leq 0,05$)

Группы испытуемых	Контурное изображение простых геометрических фигур	Контурное изображение простых объектов	Сюжетная картинка (количество семантических частей изображения)
Э ₁	0,084	0,137	0,059
Э ₂			
К ₁	0,092	0,196	0,063
К ₂			

У пациентов с травматической и нетравматической ампутацией нижних конечностей в условиях интерференции образными стимулами, обозначающими протезно-ортопедическую атрибутику, а также у пациентов с травматической и нетравматической ампутацией нижних конечностей в условиях интерференции контурными изображениями простых символов выявлено отсутствие статистически значимых различий показателей зрительно-образного запоминания.

Полученные результаты указывают на то, что интерференция зрительно-образного запоминания при ампутации нижних конечностей существенно снижает эффективность процесса запоминания. При этом эффективность зрительно-образного запоминания в условиях интерференции не зависит от причин ампутации (травматическая или нетравматическая), а определяется содержанием интерферирующей информации: интерференция образными стимулами, обозначающими протезно-ортопедическую атрибутику, снижает эффективность запоминания значимо сильнее, чем интерференция контурными изображениями простых символов, т.е. семантически наполненная интерферирующая информация более чем в 72% случаев блокирует процесс запоминания при травматическом опыте.

Выводы

В результате исследования установлено снижение эффективности процесса запоминания слухоречевой и зрительно-образной информации в условиях интерференции. При этом на качество запоминания оказывает влияние семантическое содержание интерферирующей информации. В условиях интерференции стимулами, содержащими обозначение протезно-ортопедической атрибутики (связанной с травматической ситуацией), запоминание как

слухоречевой, так и зрительно-образной информации является неэффективным практически в 100% случаев, в то время как в условиях интерференции стимулами, не имеющими собственного семантического содержания, эффективность процесса запоминания составляет в среднем 16–24%, что, в свою очередь, соотносится с результатами экспериментов, проведенными Г. Мюллером и А. Пильцекером.

В ходе исследования достоверно установлено, что на эффективность процесса запоминания при травматическом опыте (при ампутации нижних конечностей) оказывает влияние семантическое содержание интерферирующей информации. При этом причина ампутации не оказывает влияния на процессы слухоречевого и зрительно-образного запоминания в условиях интерферирующего воздействия.

Практическая значимость полученных результатов исследования заключается в том, что в процессе психологического сопровождения процесса реабилитации в целом, а также в процессе адаптации к протезам пациентов с ампутацией нижних конечностей (на этапе протезирования), учитывая практически полную потерю как вербальной, так и образной информации в условиях интерференции стимулами, обозначающими протезно-ортопедическую атрибутику, необходимым условием повышения эффективности реабилитационного процесса является снижение значимости смыслового содержания протезно-ортопедической атрибутики, выступающей в качестве интерферирующего фактора.

Литература

1. *Ершова И.Б., Иванов А.С. и др.* Фантомно-болевого синдром – реальная проблема, стоящая перед человеком с ампутированной конечностью // Таврический медико-биологический вестник. 2012. Т. 15. № 3. Ч. 2. С. 97–99.
2. *Ишинова В.А., Поворинский А.А., Митякова О.Н.* Изменение порогов тактильной чувствительности при фантомной боли у пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей // Российский журнал боли. 2014. Т. 42. № 1. С. 77.
3. *Лурия А.Р.* Нейропсихология памяти. Нарушения памяти при глубинных поражениях мозга. Т.2. М.: Педагогика, 1976. 192 с.
4. *Лурия А.Р.* Нейропсихология памяти. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. Т.1. М.: Педагогика, 1974. 310 с.
5. *Попова Г.В.* Коррекция статокинетической устойчивости лиц, перенесших ампутацию нижних конечностей, на этапе протезирования // Вестник спортивной науки. – 2014. – № 6. С. – 42-45.
6. *Рукина Н.Н., Белова А.Н., Кузнецов А.Н., Борзиков В.В.* Влияние темпа на биомеханические параметры ходьбы здоровых и пациентов с разным уровнем ампутации нижней конечности // Российский журнал биомеханики. 2016. Т. 20. № 1. С. 58–69.

7. Складенко Р.Т., Дотдугев С.Х., Спиридонова В.С. Возможности реинтеграции в нормальную жизнь больных с ампутацией нижних конечностей при атеросклерозе // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2014. Т. 17. № 4. С. 47–48.

8. Созинов А.А., Лаукка С., Аверкин Р.Г., Александров Ю.И. Условия и мозговое обеспечение интерференции при формировании системной структуры индивидуального опыта // Тенденции развития современной психологической науки. Ч. 2 / Под ред. А.Л. Журавлева, В.А. Кольцова. М.: Изд. «Институт психологии РАН», 2007. С. 343–346.

9. Созинов А.А., Крылов А.К., Александров Ю.И. Эффект интерференции в изучении психологических структур // Экспериментальная психология. 2013. Т. 6. № 1. С. 5–47.

10. Тарабрина Н.В. и др. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 268 с.

11. Dahlöf B. Cardiovascular disease risk factors: epidemiology and risk assessment B.Dahlöf // American Journal of Cardiology. 2010. Vol. 105, № 11, suppl. 1. P. 3A–9A.

12. Jivegard L.E.H. The development of a VBHOM-based outcome model for lower limb amputation performed for critical ischemia // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. 2009 Vol. 37, №1. P. 67.

13. Koen J.D., Rugg M.D. Memory Reactivation Predicts Resistance to Retroactive Interference: Evidence from Multivariate Classification and Pattern Similarity Analyses // The Journal of Neuroscience. 2016. Vol. 36. №. 15. P. 4389–4399. doi: 10.1523/JNEUROSCI.4099-15.2016.

14. Nee D.E., Jonides J., Berman M.G. Neural mechanisms of proactive interference-resolution // NeuroImage. 2007. Vol. 38. № 4. P. 740–751.

15. Nussenbaum K., Amso D., Markant J. When increasing distraction helps learning: Distractor number and content interact in their effects on memory // Atten Percept Psychophys. 2017. Vol. 79. № 8. P. 2606–2619. doi: 10.3758/s13414-017-1399-1.

16. Seibold M., Rasch B., Born J., Diekelmann S. Reactivation of interference during sleep does not impair ongoing memory consolidation // Memory. 2017. Vol. 26. №. 3. P. 377–384. doi: 10.1080/09658211.2017.1329442.

17. Solesio E., Lorenzo-López L., et al. Retroactive interference in normal aging: A magnetoencephalography study // Neuroscience Letters 456. 2009. P. 85–88.

18. Still, A. W. Proactive interference and spontaneous alternation in rats // Quarterly Journal of Experimental Psychology. 1969. Vol. 21. № 4. Pp. 339–345.

19. Stramaccia D.F., Penolazzi B., Altoè G., Galfano G. TDCS over the right inferior frontal gyrus disrupts control of interference in memory: A retrieval-induced forgetting study // Neurobiol Learn Mem. 2017. № 144. P.114–130. doi: 10.1016/j.nlm.2017.07.005.

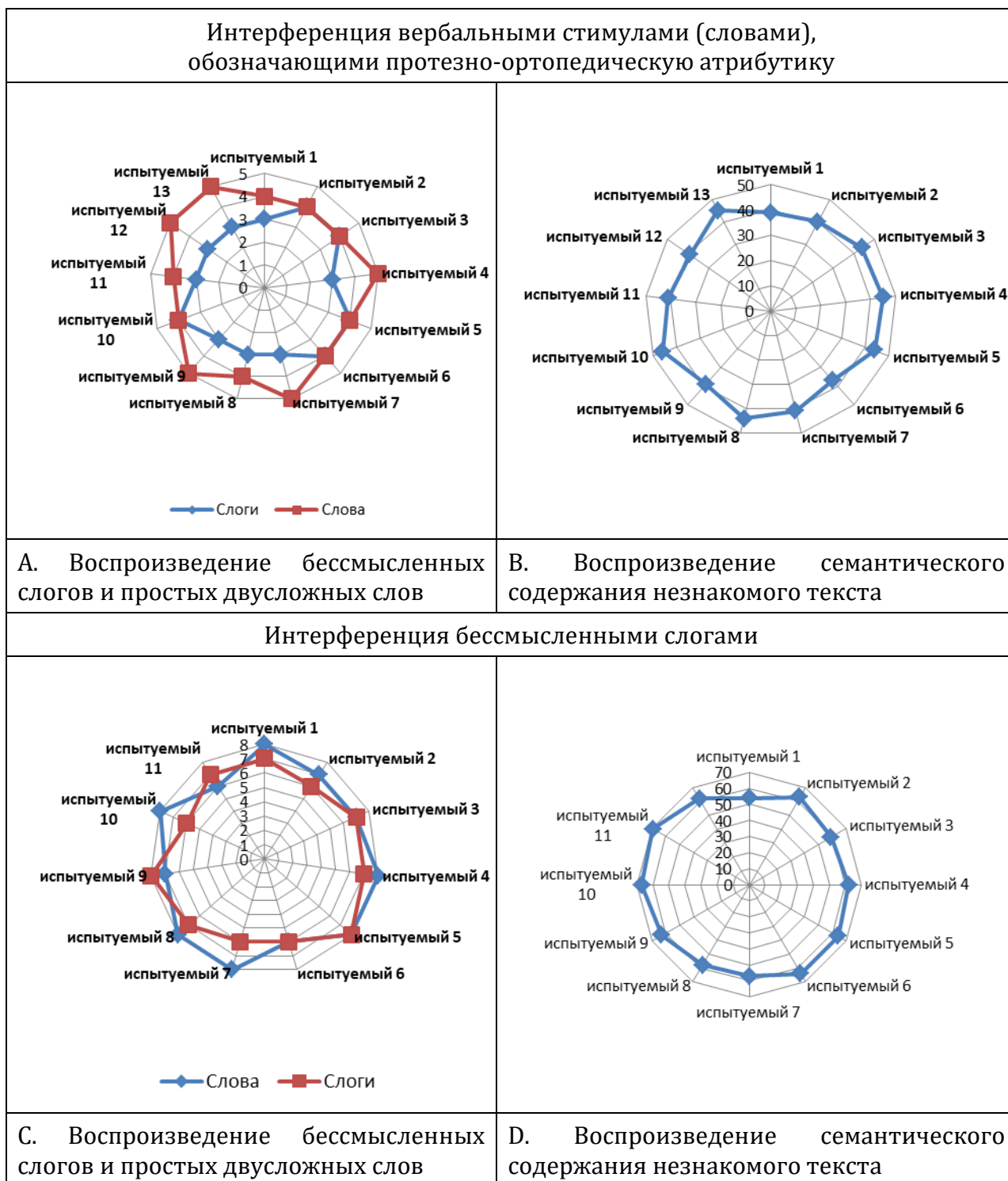
Никишина В.Б., Петраш Е.А. Особенности интерференции слухоречевого запоминания при травматическом опыте (на примере ампутации нижних конечностей)
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 1. С. 40–59.

Nikishina V.B., Petrash E.A. Interference features of auditory memorization in traumatic experiences (for example, amputation of the lower limbs)
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 1, pp. 40–59.

20. *Wohldmann E.L., Healy A.F., Bourne Jr.* A mental practice superiority effect: Less retroactive interference and more transfer than physical practice // *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*. Vol. 34. 2008. P. 823–833.

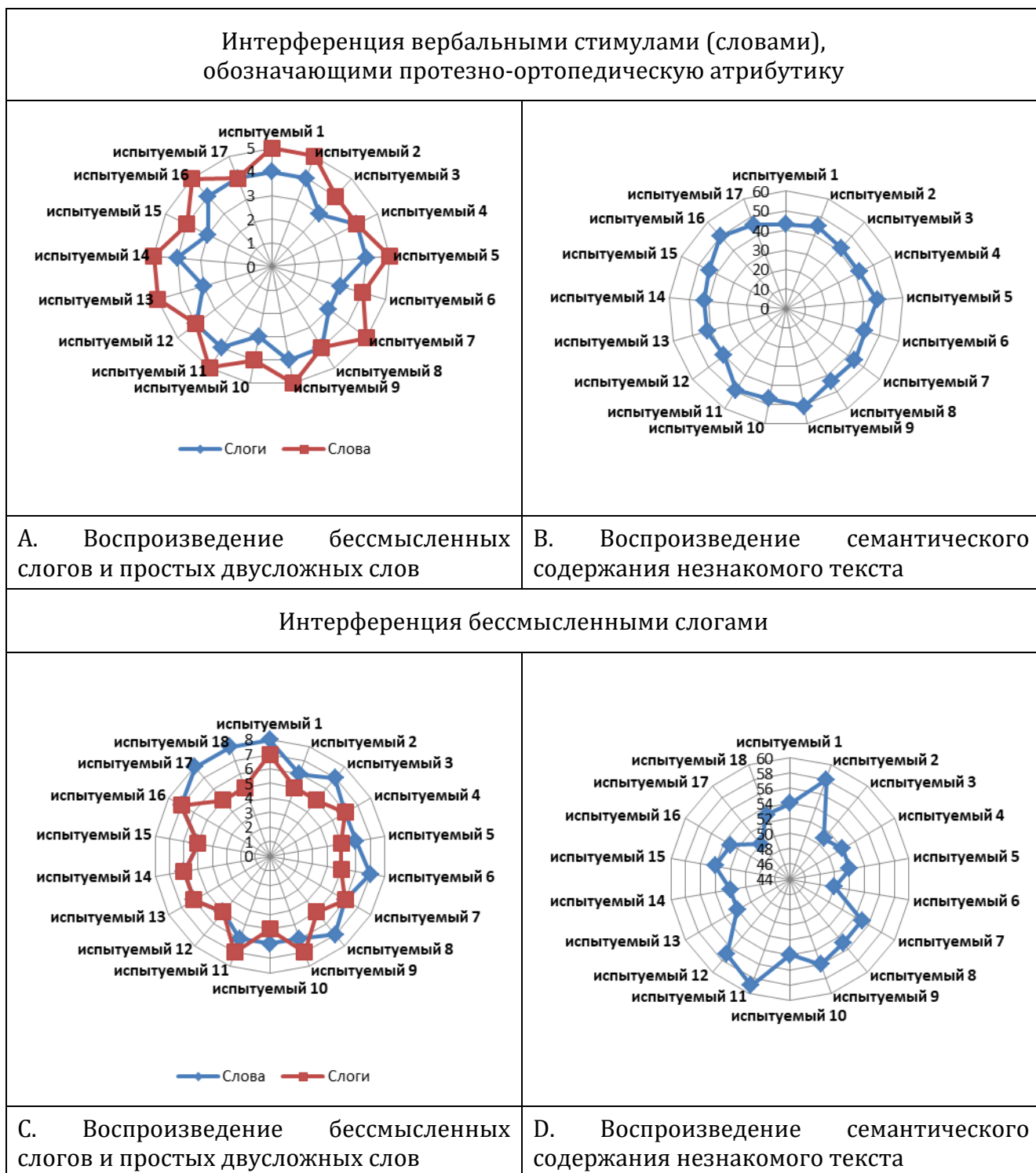
Приложение 1

Профили показателей объема кратковременной слухоречевой памяти пациентов с травматической ампутацией нижних конечностей с учетом типа интерферирующей информации



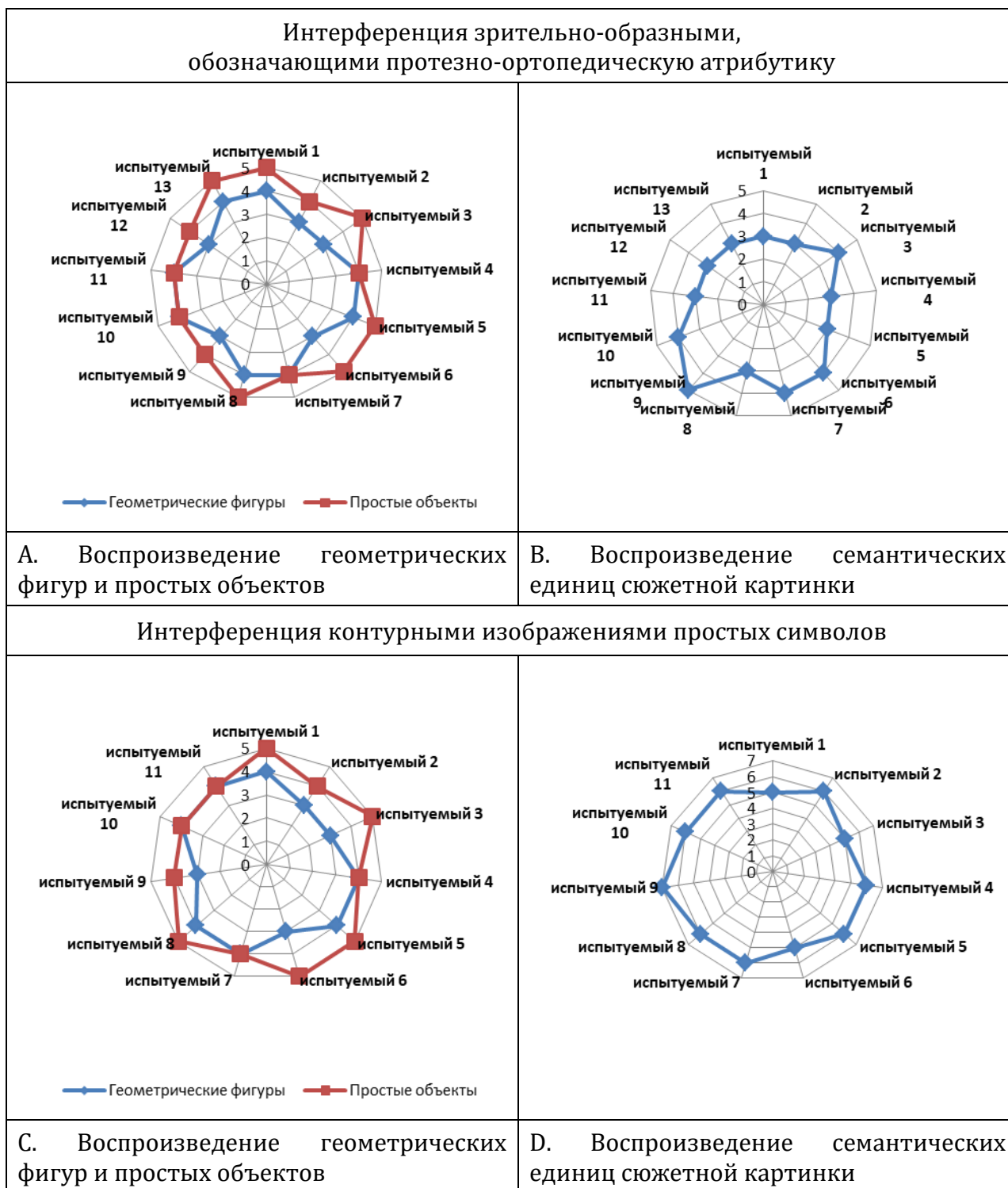
Приложение 2

Профили показателей объема кратковременной слухоречевой памяти пациентов с нетравматической ампутацией нижних конечностей с учетом типа интерферирующей информации



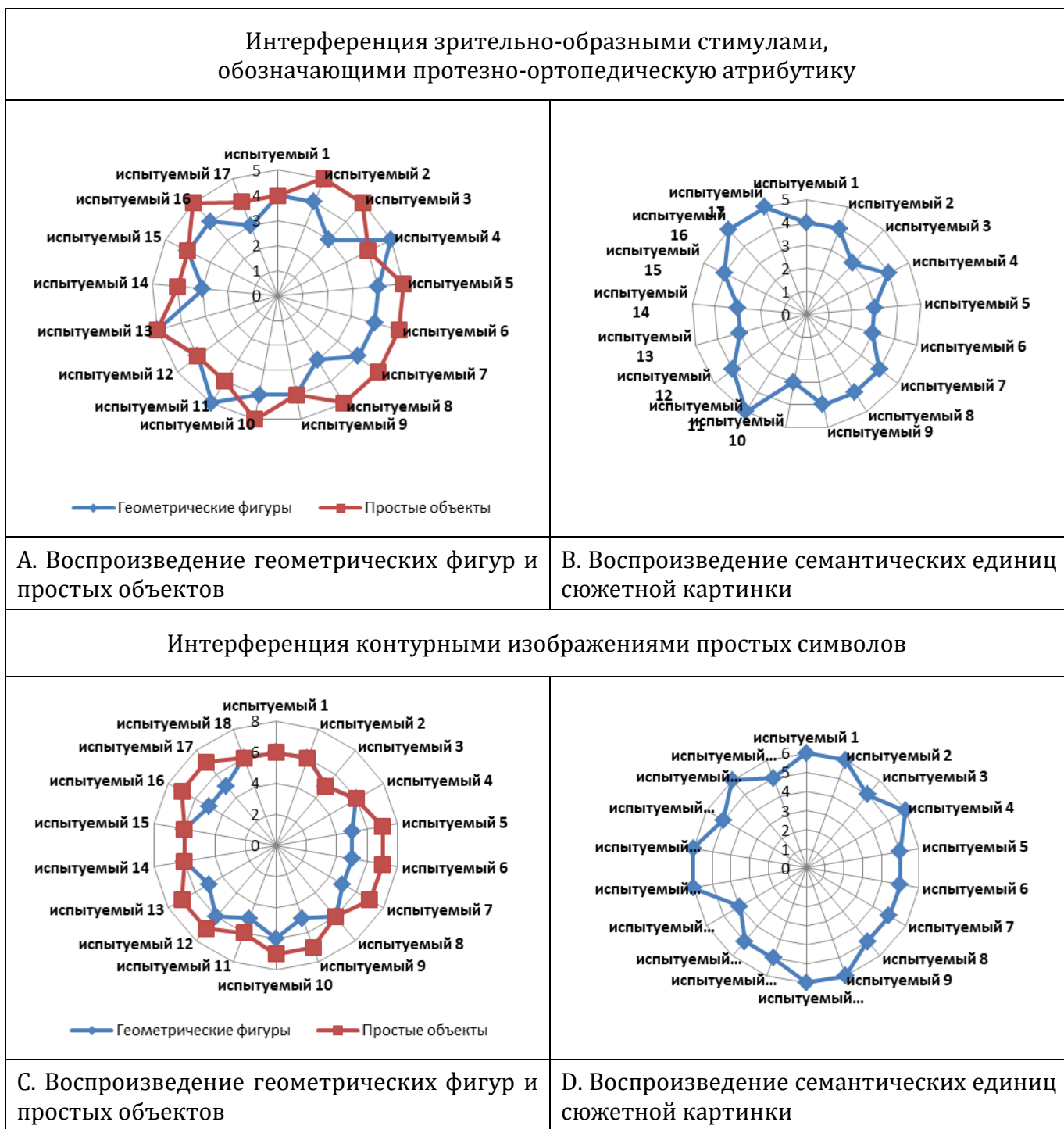
Приложение 3

Профили показателей объема кратковременной зрительно-образной памяти пациентов с травматической ампутацией нижних конечностей с учетом типа интерферирующей информации



Приложение 4

Профили показателей объема кратковременной зрительно-образной памяти пациентов с нетравматической ампутацией нижних конечностей с учетом типа интерферирующей информации



Interference Features of Auditory Memorization in Traumatic Experiences (for Example, Amputation of Lower Limbs)

Nikishina V.B.,

Doctor of Psychology, Professor, Head of the department, Department of health psychology and correctional psychology, Kursk State Medical University, Kursk, Russia, vbnikishina@mail.ru

Petrash E.A.,

PhD (Psychology), Associate professor, Department of health psychology and correctional psychology, Kursk State Medical University, Kursk, Russia, petrash@mail.ru

The article presents an analysis of the results of a study of the interference of auditory memorization in traumatic experience (traumatic and non-traumatic amputation of the lower limbs). The effectiveness of processes of auditory and visual memorization in conditions of interference was analyzed. As a result of the study, the effectiveness of the process of memorizing auditory and visual information in the conditions of interference was reduced. It is definitely established that the effectiveness of the memorization process with amputation of the lower extremities is influenced by the semantic content of the interfering information. The cause of amputation (trauma or complication of prolonged chronic somatic disease) does not affect the processes of auditory and visual memory in conditions of interfering effects.

Keywords: interference, auditory memorization, visual-figurative memorization, semantic content, amputation of the lower limbs.

References

1. Ershova I.B., et al. Fantomno-bolevoj sindrom – real'naja problema, stojashhaja pered chelovekom s amputirovannoj konechnost'ju [Phantom-pain syndrome is a real problem

facing a person with an amputated limb]. *Tavrisheskij mediko-biologicheskij vestnik [Taurian Medical and Biological Bulletin]*, 2012, vol. 15, no. 3, pp. 97–99

2. Ishinova V.A., Povorinskij A.A., Mitjakova O.N. Izmenenie porogov taktil'noj chuvstvitel'nosti pri fantomnoj boli u pacientov, perenesshih amputaciju nizhnih konechnostej [Change in thresholds of tactile sensitivity in phantom pain in patients undergoing amputation of lower limbs]. *Rossijskij zhurnal boli [Russian Journal of Pain]*, 2014, vol. 42, no. 1, p. 77.

3. Lurija A.R. Nejropsihologija pamjati. Narushenija pamjati pri glubinnih porazhenijah mozga. T.2. [Neuropsychology of memory. Memory disorders in deep brain lesions. Vol. 2] Moscow: Pedagogika, 1976. 192 p. (In Russ)

4. Lurija A.R. Nejropsihologija pamjati. Narushenija pamjati pri lokal'nyh porazhenijah mozga. T.1. [Neuropsychology of memory. Memory disorders in deep brain lesions. Vol. 1] Moscow: Pedagogika, 1974. 310 p. (In Russ)

5. Popova G.V. Korrekcija statokineticheskoj ustojchivosti lic, perenesshih amputaciju nizhnih konechnostej, na jetape protezirovanija [Correction of statokinetic resistance of persons who underwent amputation of lower extremities at the stage of prosthetics]. *Vestnik sportivnoj nauki [Herald of Sports Science]*, 2014, no. 6, pp. 42–45.

6. Rukina N.N., Belova A.N., Kuznecov A.N., Borzиков V.V. Vlijanie tempa na biomehanicheskie parametry hod'by zdorovyh i pacientov s raznym urovnem amputacii nizhnej konechnosti [The influence of the rate on the biomechanical parameters of walking of healthy and patients with different levels of amputation of the lower limb]. *Rossijskij zhurnal biomehaniki [Russian Journal of Biomechanics]*, 2016, vol. 20, no. 1, pp. 58–69.

7. Skljarenko R.T., Dotduev S.H., Spiridonova V.S. Vozmozhnosti reintegracii v normal'nuju zhizn' bol'nyh s amputaciej nizhnih konechnostej pri ateroskleroze [Possibilities for reintegration into the normal life of patients with amputation of lower limbs in atherosclerosis]. *Mediko-social'naja jekspertiza i rehabilitacija [Medico-social Examination and Rehabilitation]*, 2014, vol. 17, no. 4, pp. 47–48.

8. Sozinov A. A., Laukka S., Averkin R. G., Aleksandrov Ju. I. Uslovija i mozgovoje obespechenie interferencii pri formirovanii sistemnoj struktury individual'nogo opyta [Conditions and brain support of interference in the formation of the system structure of individual experience]. In A.L. Zhuravlev, V.A. Kol'cova (eds.) *Tendencii razvitija sovremennoj psihologicheskoi nauki. Ch. 2 [Trends in the development of modern psychological science. P. 2]*. Moscow: publ. of Institut psihologii RAN, 2007, pp. 343–346.

9. Sozinov A.A., Krylov A.K., Aleksandrov Ju.I. Jekspertiza i rehabilitacija [Experimental Psychology]. *Jeksperimental'naja psihologija [Experimental Psychology]*, 2013, vol. 6, no. 1, pp. 5–47.

10. Tarabrina N.V., et al. Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. Saint-Petersburg: Piter, 2001, 268 p.
11. Dahlöf B. Cardiovascular disease risk factors: epidemiology and risk assessment. *American Journal of Cardiology*, 2010, vol. 105, no. 11, pp. 3A–9A.
12. Jivegard L.E. The development of a VBHOM-based outcome model for lower limb amputation performed for critical ischemia. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg*, 2009, vol. 37, no. 1, p. 67.
13. Koen J.D., Rugg M.D. Memory Reactivation Predicts Resistance to Retroactive Interference: Evidence from Multivariate Classification and Pattern Similarity Analyses. *The Journal of neuroscience*, 2016, vol. 36, no 15, pp. 4389–4399. doi: 10.1523/JNEUROSCI.4099-15.2016.
14. Nee D.E., Jonides J., Berman M.G. Neural mechanisms of proactive interference-resolution. *NeuroImage*, 2007, vol. 38, no. 4, pp. 740–751.
15. Nussenbaum K, Amso D, Markant J. When increasing distraction helps learning: Distractor number and content interact in their effects on memory. *Atten Percept Psychophys*, 2017, vol. 79, no. 8, pp 2606–2619. doi: 10.3758/s13414-017-1399-1.
16. Seibold M., Rasch B., Born J., Diekelmann S. Reactivation of interference during sleep does not impair ongoing memory consolidation. *Memory*, 2017, vol. 26, no. 3, pp. 377–384. doi: 10.1080/09658211.2017.1329442.
17. Solesio E., et al. Retroactive interference in normal aging: A magnetoencephalography study. *Neuroscience Letters* 456, 2009, pp. 85–88.
18. Still A.W. Proactive interference and spontaneous alternation in rats. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 1969, vol. 21, no. 4, pp. 339–345.
19. Stramaccia D.F., Penolazzi B., Altoè G., Galfano G. TDCS over the right inferior frontal gyrus disrupts control of interference in memory: A retrieval-induced forgetting study. *Neurobiol Learn Mem*, 2017, no. 144, pp. 114–130. doi: 10.1016/j.nlm.2017.07.005. Epub 2017 Jul 11.
20. Wohldmann E.L., Healy A.F., Bourne J. A mental practice superiority effect: Less retroactive interference and more transfer than physical practice. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 2008, vol 34, pp. 823–833.

Изучение особенностей социального интеллекта и речевого поведения детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития (сравнительное исследование)

Щербань Д.С.,

аспирант, кафедра специальной психологии, факультет психологии, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия, ds@nosfire.ru

В статье обсуждается понятие социального интеллекта и особенности его развития, в том числе речевые, у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития. Обсуждается влияние задержанного развития на процесс формирования социального интеллекта и речевого поведения. Анализируется понятие речевого поведения, дается авторское определение феномена, описываются его специфические особенности, выделяется его структура, состоящая из шести компонентов: вербального, эмоционального, мотивационного, этического (нравственного), прогностического, смыслового (когнитивного). Особое внимание уделяется положению социального интеллекта в структуре речевого поведения детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития. Показатели социального интеллекта анализировались с позиции речевого поведения детей с разным темпом психического развития и сравнивались с его компонентами на качественном уровне. В исследовании использовались как авторские, так и общеизвестные методики.

Ключевые слова: социальный интеллект, речевое поведение, задержка психического развития, коммуникативная компетентность.

Для цитаты:

Щербань Д.С. Изучение особенностей социального интеллекта и речевого поведения детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития (сравнительное исследование) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 1. С. 60–74. doi: 10.17759/psyclin.2018070105

For citation:

Shcherban D.S. Comparative study of features of social intelligence and speech behavior of children of primary school age with impaired mental function [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya], 2018, vol. 7, no. 1, pp. 60–74. doi: 10.17759/psycljn.2018070105 (In Russ., abstr. in Engl.)

Важность изучения социального интеллекта в структуре речевого поведения детей младшего школьного возраста связана с тем, что он оказывает влияние на конструирование межличностных отношений в ситуациях социального взаимодействия. Элементы социального интеллекта определяют результаты поведения, в том числе речевого, что можно признать важным фактором социальной компетентности и самоконтроля детей. Известно, что Л.С. Выготский в своих исследованиях подчеркивал принципиальную важность для нормально развивающегося и отстающего в развитии ребенка общения и взаимодействия с окружающими [2].

Социальный интеллект обеспечивает понимание поступков и действий людей, понимание продуктов речевого поведения человека, включающих в том числе невербальные реакции (мимику, позы, жесты). Он относится к смысловым составляющим коммуникативных способностей. Все элементы социального поведения ребенок приобретает с речевым опытом и в процессе наблюдения за речевым поведением окружающих, применяет их на себе, отвергает неэффективные и обогащает свой личностный опыт разными стратегиями поведения. Соответственно, чем больше разнообразных элементов, систем и стратегий поведения ребенок усваивает, тем эффективнее он выстраивает свои взаимоотношения с окружающими людьми. Полноценное формирование социального интеллекта стимулируется началом школьного обучения. В этот период увеличивается круг общения ребенка, развиваются сенситивность, социально-перцептивные способности, способность к эмпатии и децентрации (умение встать на место другого человека, отличать свою точку зрения от других возможных), что и составляет основу социального интеллекта [11; 12].

«Социальный интеллект» – относительно новое понятие в отечественной психологии. В его развитие внесли заметный вклад преимущественно зарубежные психологи, такие как Дж. Гилфорд, Г. Оллпорт, М. Салливен, Т. Хант и др. В исследованиях этих ученых было установлено, что социальный интеллект участвует в регуляции социального поведения. Кроме того, социальный интеллект выступает как способ познания социальной реальности, обеспечивает интерпретацию получаемой от окружающих информации, а также понимание и прогнозирование поступков и действий людей в каждой конкретной ситуации взаимодействия, адаптацию к семейным и дружеским системам взаимоотношений [3; 4; 6–8; 11]. Однако исследования взаимосвязи социального интеллекта с речевым поведением как системного явления до сих пор малочисленны. В первую очередь

этот дефицит относится к изучению детей с задержкой психического развития. Исследования в основном посвящены коммуникативно-речевым навыкам детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития. При этом акцент делается преимущественно на лексико-грамматическую структуру речи.

Под задержкой психического развития (ЗПР) понимают замедление нормального темпа психического созревания по сравнению с принятыми возрастными нормами. Дети с задержкой психического развития характеризуются асинхронным формированием познавательных процессов, что обусловлено недоразвитием мышления и речи, а также незрелостью эмоционально-волевой сферы. Таким образом, задержка психического развития проявляется как в эмоционально-волевой незрелости, так и в интеллектуальной недостаточности.

Следует обратить внимание на речевую сферу таких детей, т.к. недоразвитие интеллектуальной сферы определяет ряд особенностей их речевого развития. Среди них: бедность и неточность словаря, недостаточная сформированность семантических полей, а также системы словоизменения и словообразования и др. Ограниченность словаря детей проявляется в отсутствии в речи многих слов, обозначающих свойства предметов и явлений окружающего мира, в неточном употреблении слов и ограниченности слов, обозначающих общие понятия, в трудностях активизации словарного запаса.

Отставание в формировании речи является вторичным дефектом, следствием низкого уровня развития познавательной активности. Оно проявляется в недостатках экспрессивной речи и в трудностях понимания некоторых грамматических конструкций. У детей с задержкой психического развития возникают трудности в понимании отношений, передаваемых формами некоторых падежей, структур с необычным порядком слов, сравнительных конструкций [1; 5]. Из-за речевых особенностей возникают препятствия для установления устойчивых социальных связей, повышается вероятность риска возникновения проблемных ситуаций. Это влечет за собой риск застоя или регресса в формировании основных психических процессов, обеспечивающих развитие речевого поведения ребенка [9; 13]. Таким образом, образуется замкнутый круг, из которого ребенок не может выйти без должного коррекционного сопровождения.

Таким образом, задержка психического развития детей распространяется на все психические явления, в том числе и на речевое поведение. Соответственно, темп развития навыков эффективного речевого взаимодействия у них снижен, что приводит к более позднему решению основных коммуникативных задач младшего школьного возраста, а также к существенной зависимости речевого поведения от актуальной ситуации развития [9; 10; 14; 16]. Несмотря на социально-психологическую значимость речевого поведения, этот интегральный феномен, включающий в себя разные, тесно связанные с социальным интеллектом проявления, изучен недостаточно. При анализе разных исследований в области

коммуникативной компетентности и социального интеллекта обнаруживается разнонаправленная взаимосвязь между этими явлениями.

Проведя теоретический анализ исследований, мы предполагаем, что целесообразно будет определить речевое поведение как более широкое явление. По нашему мнению, *речевое поведение* – это особая форма коммуникативной активности, направленная на достижение лично-значимых целей, обусловленная внутренними и внешними факторами и результатом которой является отношение к субъектам и объектам речевой ситуации. Цель речевого поведения определяется коммуникативной ситуацией, разнообразными мотивами, личным опытом ребенка и т.п. С нашей точки зрения, речевое поведение включает в себя следующие компоненты:

- вербальный – словарный запас, обороты речи, устойчивые фразы индивидуума, совокупность высказываний, мнений, суждений, которые могут наблюдаться объективно;
- смысловой (когнитивный) – понимание индивидуумом конкретной коммуникативной ситуации, контекста, коммуникативных партнеров для выбора определенной линии речевого поведения;
- эмоциональный – совокупность чувств и эмоций, сопровождающих речевой акт в контексте определенной речевой ситуации;
- этический (нравственный) – совокупность морально-нравственных норм по отношению к речи, правил, запретов в социуме, которые знает и понимает индивидуум, а также культура общения;
- мотивационный – совокупность внутренних факторов, побуждающих индивидуума выбрать тот или иной способ речевого взаимодействия;
- прогностический – способность предугадывать развитие коммуникативной ситуации и планировать свои дальнейшие речевые действия в контексте этой ситуации.

Эта структура расширяет понятие речевого поведения. **Цель** проведенного нами исследования заключалась в определении особенностей социального интеллекта в контексте речевого поведения.

Для достижения данной цели было организовано специальное исследование, в котором участвовали 49 детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития и 49 детей младшего школьного возраста с сохранным развитием в качестве контрольной группы. Характеристика выборки представлена в табл. 1. Исследование проходило на базе ГБОУ СОШ СПб, в которой имеются как классы для детей с отставанием в развитии разной этиологии, так и для детей с сохранным развитием.

Таблица 1

Характеристика исследуемой выборки

Дети с задержкой психического развития			Дети с нормативным развитием		
Средний возраст	Стандартное отклонение	Кол-во мальчиков/кол-во девочек	Средний возраст	Стандартное отклонение	Кол-во мальчиков/кол-во девочек
9,37	1,2	36/13	8,6	1,09	36/13

В процессе исследования использовались следующие методики.

Для диагностики социального интеллекта:

Тест социального интеллекта Дж. Гилфорда и М. Салливена, диагностирующий основы понимания социального поведения и его прогнозирования (инструкция была упрощена, и большее внимание при подготовке к исследованию уделялось разбору примеров).

Для диагностики речевого поведения:

- Свободное письмо, диагностирующее словарный запас и актуальные речевые проблемы (авторский вариант). Испытуемым предлагалось в течение 3 минут писать все, что приходит в голову, обработка производилась методом контент-анализа, экспертную оценку проводила педагог-психолог ГБУ СОШ СПб, на базе которой проходило исследование;
- Тест эгоцентрических ассоциаций, диагностирующий актуальные проблемы речевого поведения и эго-направленность;
- Субтесты по методике Д. Векслера, определяющие понимание речевых и неречевых ситуаций и владение лексикой (в данном исследовании результаты методики анализировались качественно);
- Тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейга, диагностирующий проявления речевого поведения в проблемных ситуациях общения, а также знание и владение этическими нормами и правилами общения (в данном исследовании результаты методики анализировались качественно);
- наблюдение за речевым поведением, результаты которого фиксировались в соответствии с выделенными компонентами речевого поведения; в качестве поведенческих индикаторов учитывались: использование ненормативной лексики,

сленговых выражений и речевых шаблонов; вступление в контакт со сверстниками; эмоциональность высказываний и др.

Соотношение компонентов речевого поведения и выбранных методик исследования представлено в табл. 2. В ней приведены методики, которые были использованы для исследования определенных компонентов речевого поведения.

Таблица 2

Соотношение методик и компонентов речевого поведения

Методика / Компонент	Свободное письмо	Тест эгоцентрических ассоциаций	Субтесты по методике Векслера	Фрустрационный тест Розенцвейга	Тест социального интеллекта Гилфорда-Салливена
Вербальный					
Смысловой					
Эмоциональный					
Этический					
Мотивационный					
Прогностический					

В качестве ключевой методики для ответа на поставленную нами цель использовались три субтеста методики диагностики социального интеллекта Дж. Гилфорда и М. Салливена («Истории с завершением», «Истории с дополнением», «Невербальная экспрессия»). Выбор данной методики обусловлен необходимостью исследовать не только общий уровень социального интеллекта, но и отдельные структурные элементы речевого поведения, а также простотой и доступностью методики. Все испытуемые уложились в стандартное время выполнения каждого субтеста (6, 7 и 10 минут соответственно).

Сравнение средних значений по субтестам показало, что дети с задержкой психического развития отличаются меньшей выраженностью отдельных проявлений социального интеллекта, чем дети с нормативным развитием (табл. 3).

Как видно из результатов, представленных в табл. 3, дети с задержкой психического развития имеют либо низкие, либо средне-слабые способности к познанию поведения, а дети с нормативным развитием – средне-слабые и средние способности. Это значит, что дети с ЗПР плохо понимают связь актуального поведения и его последствий, часто совершают ошибки в общении и взаимодействии со сверстниками, плохо адаптируются к различным системам взаимоотношений (особенно новым). При этом они плохо владеют невербальным

языком, не умеют распознавать невербальное поведение других и могут неадекватно использовать мимику, жесты, позы.

Таблица 3

Показатели социального интеллекта в группах детей с разным уровнем психического развития

Субтесты	Средние групповые значения, стандартное отклонение (в баллах)			
	Дети с задержкой психического развития (n=49)		Дети с нормативным развитием (n=49)	
	Среднее значение	Стандартное отклонение	Среднее значение	Стандартное отклонение
Истории с завершением	4,3 (14*)	1,6	6,9 (14)	2,4
Группы экспрессии	1,7 (15)	1,6	4,1 (15)	2,4
Истории с дополнением	2,6 (14)	1,7	4,3 (14)	2,3

Примечание: * – максимально возможное количество баллов по субтесту.

Этот вывод соотносится с научными обоснованиями задержки психического развития детей, согласно которым такие дети развиваются в замедленном темпе. Однако дети с нормативным развитием, также имеют недостаточно высокий уровень развития структурных компонентов социального интеллекта, то есть их способности к пониманию стратегий речевого поведения находятся на среднем или средне-слабом уровне развития. Это может быть связано с возрастными особенностями развития, и можно предположить, что в дальнейшем эти показатели могут быть улучшены. Проводя исследование, мы сопоставили результаты наблюдения за поведением детей с данными по методике Дж. Гилфорда и М. Салливена. В качестве критериев выступали компоненты речевого поведения. Действительно, обе категории детей имеют довольно низкие показатели по социальному и речевому поведению. Наблюдаемые неэффективные стратегии взаимодействия (обвинительная стратегия, агрессивная направленность на партнера по общению, соперничество, избегание и др.) на речевом и неречевом уровнях преобладают в обеих группах. В речевом поведении доминирует эмоциональный компонент при меньшем участии этического и когнитивного, т.е. при возможности выбрать более эффективную стратегию поведения со взрослым и/или сверстником и при знании основных правил поведения и последствий их несоблюдения ребенок под воздействием эмоций (плохого настроения, обиды, злости) все равно выбирал неэффективный вариант речевого поведения. Например, использование ненормативных слов в присутствии значимого взрослого (педагога), проявление вербальной агрессии к другу, с которым необходимо сделать совместную работу и т.п.

Как показали наблюдения в процессе диагностики и бесед, детей с задержкой психического развития и с нормативным развитием объединяют схожее речевое поведение, хотя иногда вторые проявляли более неэффективное и ненормативное речевое поведение, что проявлялось в более частом использовании ненормативной лексики, отсутствии опасений ее использовать в присутствии взрослого, что не согласуется с их показателями социального интеллекта.

В табл. 4 приведены результаты исследования основных компонентов речевого поведения у детей с разным уровнем психического развития. Напомним, что в своем исследовании мы использовали такие методики, как свободное письмо, тест эгоцентрических ассоциаций, тест Д. Векслера (2 и 5 субтесты), тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейга, наблюдение за речевым поведением.

Таблица 4

Основные проявления речевого поведения в группах детей с разным уровнем психического развития

Компоненты	Дети с задержкой психического развития	Дети с нормативным развитием
Вербальный	<ul style="list-style-type: none"> • 16 групп вербальных направленностей (тематических групп слов и словосочетаний), которые были выделены с помощью контент-анализа; • Наиболее распространенные: «субкультурные выражения и специфические звуко сочетания», «семья», «система отношений» (представления о межличностных отношениях), «природа»; • Преобладают специфические звуко сочетания в письменной и устной речи как речевая проба разных сочетаний звуков и букв, смысл которых не всегда объясним: «даз», «еблагаравогадаз», «кек» и др. ; • Использование английских букв и иероглифов; • Частое использование сленговых выражений и сокращений, смысл которых испытуемые не могут объяснить 	<ul style="list-style-type: none"> • 20 групп вербальных направленностей (тематических групп слов и словосочетаний), которые были выделены с помощью контент-анализа; • Наиболее распространенные: «система отношений» (представления о межличностных отношениях), «материальные ценности», «природа», «эго-направленность» (письменные высказывания о себе); • Частое использование ненормативной лексики и сленга
Смысловой	<ul style="list-style-type: none"> • Понимание простых и стандартных ситуаций общения; действия согласно отработанным образцам 	<ul style="list-style-type: none"> • Понимание большинства ситуаций общения, но игнорирование нормативного поведения в этих ситуациях
Эмоциональный	<ul style="list-style-type: none"> • Эмоциональный контроль часто отсутствует, беспричинный смех или злость 	<ul style="list-style-type: none"> • Эмоциональный контроль также часто отсутствует; • Резкая смена эмоциональных состояний: от радости к гневу

Компоненты	Дети с задержкой психического развития	Дети с нормативным развитием
Этический	<ul style="list-style-type: none"> Формальное соблюдение основных речевых норм поведения, использование ненормативной лексики в общении друг с другом 	<ul style="list-style-type: none"> Частое несоблюдение речевых норм даже в присутствии взрослого; Речевые выражения неэтичных желаний («убить», «взорвать», «отпинать» и т.п.)
Мотивационный	<ul style="list-style-type: none"> Основные мотивы речевого взаимодействия – получение взаимных положительных эмоций, ответ на поставленный вопрос; Наблюдается потребность в ответном получении положительных эмоций от партнера по общению (взрослого и сверстника) 	<ul style="list-style-type: none"> Иногда низкая мотивация к общению, которая зависит от настроения и актуального эмоционального фона (в 30% случаев); Основные мотивы речевого взаимодействия – получение ответных эмоций (положительных или отрицательных), ответ на поставленный вопрос
Прогностический	<ul style="list-style-type: none"> Подчинение выбора возможной стратегии поведения эмоциям; Доминирование самообвинительного поведения 	<ul style="list-style-type: none"> Сознательный выбор конструктивных и деструктивных стратегий поведения в речевых ситуациях со сверстниками и взрослыми

Таким образом, содержание речевого поведения детей и специфика их социального интеллекта обусловлены особенностями их психического развития. Вследствие сниженных интеллектуальных возможностей структурные компоненты речевого поведения детей с задержкой психического развития имеют свои особенности. Так, вербальная сторона речевого поведения характеризуется использованием сокращений и сленговых выражений, смысл которых они не могут объяснить либо из-за непонимания, либо вследствие недостаточного словарного запаса и ограниченного опыта семейной коммуникации. Вербальный компонент речевого поведения проявляется в использовании детьми большого количества специфических звукосочетаний и наборов букв, что, как мы предполагаем, является следствием задержавшегося периода словотворчества. Что касается детей с нормативным развитием, то они имеют достаточный словарный запас. В том числе и субкультурных, сленговых и компьютерных слов, свободно оперируют популярными сокращениями («ок», «норм» и др.) и могут объяснить их значение. Также стоит упомянуть, что такая вербальная группа, как «Эго-направленность» в речи детей с ЗПР встречается реже, чем у детей с нормативным развитием (согласно анализу теста эгоцентрических ассоциаций: ср. значение у детей с ЗПР – 8, у детей с нормой – 10,5).

Смысловой компонент у детей с нормативным развитием развит лучше, чем у детей с ЗПР, в аспекте понимания большего количества речевых ситуаций, в то время как дети с ЗПР больше склонны оценивать коммуникативные ситуации шаблонно. Так, согласно анализу результатов по тесту С. Розенцвейга, дети обеих групп поняли все ситуации взаимодействия, но реакции на эти ситуации были различны. Дети с ЗПР в 2,5 раза чаще использовали простые и шаблонные фразы для

выражения своей реакции, чем дети с нормативным развитием (средние значения 3,6 и 1,4 соответственно).

Уровень развития эмоционального компонента у детей обеих групп видится нам примерно одинаковым, т.к. наблюдается одинаковая зависимость речевого поведения от актуального эмоционального фона и настроения.

Уровень развития мотивационного компонента также имеет некоторые отличия у детей двух групп и тесно связан с эмоциональным компонентом. У детей с нормативным развитием наблюдалась зависимость мотивации к общению от текущего эмоционального фона. Среди мотивов речевого взаимодействия присутствовал мотив получения эмоционального отклика (не только положительного, но и отрицательного). Дети с ЗПР, наоборот, стремились получить только положительный ответный отклик.

Этический компонент у детей с ЗПР и у детей с нормативным развитием также проявлялся по-разному. Так, первые не склонны употреблять ненормативные выражения в своей устной речи при общении со взрослыми, но используют их в общении со сверстниками (шепотом), либо в своей письменной речи (при анализе результатов теста С. Розенцвейга). Дети с нормативным развитием при достаточно высоком для их возрастной группы уровне речевого поведения используют ненормативную лексику, нарушающую этику общения. В письменной речи они так же, как и дети с ЗПР, используют ненормативные выражения (средняя частота использования – 0,8 у детей с нормой и 0,7 у детей с ЗПР).

Прогностический компонент оказался более развит у детей с нормативным развитием, поскольку был представлен большими возможностями для прогнозирования ситуации общения, исходя из результатов диагностики социального интеллекта. Однако деструктивные стратегии речевого поведения часто встречались у детей обеих групп, но при этом имели различный характер. Так, анализируя данные теста С. Розенцвейга, мы наблюдали, что обвинительные стратегии у детей с нормативным развитием проявлялись в 1,6 раза чаще, чем у детей с ЗПР, а самообвинительные, наоборот, встречались у детей с ЗПР в 2,7 раза чаще, чем у детей группы нормы.

Таким образом, уровень социального интеллекта у детей обеих групп недостаточно высокий, что соответствует логике возрастного развития. В то же время при задержке психического развития уровневые показатели социального интеллекта снижены в большей степени по сравнению с нормативным развитием детей, и особенно это выражено в понимании невербального поведения. Мы можем предположить, что между двумя феноменами – социальным интеллектом и речевым поведением – существует определенная взаимосвязь, требующая специальной проверки на качественном и статистическом уровнях. В дальнейшем будет целесообразно проведение дополнительных исследований для выявления непосредственной взаимосвязи социального интеллекта и речевого поведения.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Сформированность социального интеллекта в группе детей с задержкой психического развития соответствует низкому уровню, что выражается в сниженной способности к прогнозированию ситуации общения и ее результата, к пониманию невербальной экспрессии партнеров по общению, к адекватному использованию невербального языка.

2. Речевое поведение детей с задержкой психического развития и с нормативным развитием определяется содержанием вербального, смыслового, прогностического, мотивационного, эмоционального и этического компонентов.

3. Специфика речевого поведения детей с задержкой психического развития выражается: в узком диапазоне использования вербальных средств общения и мотивов их актуализации, в ориентации на речевые шаблоны и в доминировании эмоциональных переживаний при прогнозировании речевой ситуации и в относительно формальном соблюдении норм межличностного взаимодействия, доминировании самообвинительных стратегий речевого поведения над обвинительными.

Благодарности

Автор благодарит за помощь в написании работы научного руководителя С.Т. Посохову и педагога-психолога Е.А. Севостьянову за помощь в организации исследования.

Литература

1. Борякова Н.Ю. О некоторых особенностях построения речевых высказываний детьми 6-7 лет с ЗПР // Дефектология. 1983. №3.
2. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Т.5. М.: Педагогика, 1983. 368 с.
3. Гилфорд Дж. Три стороны интеллекта // Психология мышления / Под ред. А.М. Матюшкина. М.: Прогресс, 1965. С. 433–456
4. Емельянов Ю.Н. Теория формирования и практика совершенствования коммуникативной компетентности. Автореф. дис. док. психол. наук. Л., 1991. 36 с.
5. Ковшиков В.А. О речевых нарушениях у детей с задержкой психического развития / под ред. В.А. Ковшикова, Ю.Г. Демьянова // Дефектология. Герценовские чтения. Л., 1967. С.8–32.
6. Куницына В.Н. Социальная компетентность и социальный интеллект: структура, функции, взаимоотношения // Теоретические и прикладные вопросы психологии. СПб., 1995. № 141. С.48–59.

Щербань Д.С. Изучение особенностей социального интеллекта и речевого поведения детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития (сравнительное исследование) Клиническая и специальная психология 2018. Том 7. № 1. С. 60–74.

Shcherban D.S. Comparative study of features of social intelligence and speech behavior of children of primary school age with impaired mental function Clinical Psychology and Special Education 2018, vol. 7, no. 1, pp. 60–74.

7. Куницына В.Н. Трудности межличностного общения. Дисс. доктора психол. наук. СПб, 1991. 280 с.

8. Лабунская В.А. О структуре социально-перцептивных способностей // Вопр. психол. межличностного познания и общения. Краснодар, 1983. С.63–71.

9. Лалаева Л.И. Особенности проявлений взаимосвязи интеллекта и языковой способности в речевом развитии детей при нормальном и нарушенном онтогенезе // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. 2008. № 3. С. 1–10.

10. Лубовский В.И. Задержка психического развития как психолого-педагогическая проблема. Развитие младших школьников в норме и при отклонениях. Иркутск, 1979. С. 3–17.

11. Матвеева Л.Г. Анализ понятия «социальный интеллект» // Вестник ЮУГУ. Серия: Психология. 2008. Т. 133. № 33. С. 51–55.

12. Никитина Е.Ю., Шилова О.В. Развитие социального интеллекта у старших дошкольников и первоклассников в процессе общения со значимыми взрослыми // Вестник ЧГПУ. 2009. № 6. С. 119–127.

13. Омарова П.О. Социализация детей с задержкой психического развития // Известия ДГПУ. 2007. №1. С. 44–51.

14. Фатихова Л.Ф. Характеристика социального интеллекта детей с различными отклонениями в развитии // Специальное образование. 2013. № 3. С. 87–97.

15. Чеботникова Т.А. Речевое поведение как один из способов актуализации личности // Вестник ЧГУ. 2011. № 28. С. 138–143.

16. Шевченко С.Г. Ознакомление с окружающим миром учащихся с задержкой психического развития. М.: Просвещение, 1990.

Comparative Study of Features of Social Intelligence and Speech Behavior of Children of Primary School Age with Impaired Mental Function

Shcherban D.S.,

PhD Student, Chair of Special Psychology, Department of Psychology, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia, ds@nosfire.ru

The article discusses the concept of social intelligence and its characteristics in children of primary school age with impaired mental functions. The concept and main features, including speech, are discussed, delays of mental development, the importance of detained development for social intelligence and speech behavior are also considered. Also, the concept of speech behavior is analyzed, the author defines the phenomenon, describes its specific features, which are distinguish its structure, and consist of six components: verbal, emotional, motivational, ethical (moral), prognostic, semantic (cognitive). Particular attention is paid to the position of social intelligence in the structure of speech behavior of children of primary school age with a impaired mental functions. Indicators of social intelligence were analyzed from the point of view of speech behavior of children with different rates of mental development and compared with its components at a qualitative level. The study used both author's and well-known techniques.

Keywords: social intelligence, verbal behavior, mental development delay, communicative competence.

Acknowledgements

The author is grateful for assistance in writing Posokhova S.T. and the teacher-psychologist Sevostyanova E.A. for the help in the organization of research.

References

1. Boryakova N.Yu. O nekotorykh osobennostyakh postroyeniya rechevykh vyskazyvaniy detmi 6-7 let s ZPR [On some features of constructing speech utterances by children of 6-7 years with a delay in mental development]. *Defektologiya [Defectology]*, 1983, no. 3. (in Russ., abstr. in Engl.).

Щербань Д.С. Изучение особенностей социального интеллекта и речевого поведения детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития (сравнительное исследование)
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 1. С. 60–74.

Shcherban D.S. Comparative study of features of social intelligence and speech behavior of children of primary school age with impaired mental function
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 1, pp. 60–74.

2. Vygotskii L.S. *Sobranie sochinenij* [Collected Works: Problems of development of the mind], vol. 3. Moscow: Pedagogika, 1983. 368 p.

3. Gilford J. Tri storony intellekta [Three sides of the intellect]. In A.M. Matyushkin (ed.) *Psihologiya myshleniya* [Psychology of Thinking]. Moscow: Progress, 1965, pp. 433–456. (in Russ.).

4. Emel'yanov Yu.N. Teoriya formirovaniya i praktika sovershenstvovaniya kommunikativnoj kompetentnosti. Avtoref. dis. dok. psihol. Nauk [Theory of formation and practice of improving communicative competence. PhD. (Psychology) Thesis]. Leningrad, 1991. 36 p.

5. Kovshikov V.A. O rechevykh narusheniyakh u detey s zaderzhkoy psikhicheskogo razvitiya [About speech disorders in children with mental retardation]. *Defektologiya. Gertsenovskiy chteniya* [Defectology. Herzen's readings]. Leningrad, 1967. pp. 8–32. (in Russ., abstr. in Engl.).

6. Kunicyna V.N. Social'naya kompetentnost' i social'nyj intellekt: struktura, funkcii, vzaimootnosheniya [Social competence and social intelligence: structure, functions, mutual relations]. *Teoreticheskie i prikladnye voprosy psihologii* [Theoretical and applied questions of psychology]. Saint-Petersburg, 1995. no 141. pp. 48–59. (in Russ., abstr. In Engl.).

7. Kunicyna V.N. Trudnosti mezhlichnostnogo obshcheniya. Dis. doktora psihol. Nauk [Difficulties in interpersonal communication. PhD. (Psychology) Thesis]. Saint-Petersburg, 1991. 280 p.

8. Labunskaya V.A. O strukture social'no-perceptivnykh sposobnostej [On the structure of socio-perceptual abilities]. *Vopr. psihol. mezhlichnostnogo poznaniya i obshcheniya* [Questions of psychology of interpersonal cognition and communication]. Krasnodar, 1983. pp. 63–71.

9. Lalaeva L.I. Osobennosti proyavlenij vzaimosvyazi intellekta i yazykovoj sposobnosti v rechevom razvitiy detej pri normal'nom i narushennom ontogeneze [Peculiarities of the manifestations of the interrelation between the intellect and linguistic ability in the speech development of children under normal and disturbed ontogenesis]. *Vestnik LGU im. A.S. Pushkina* [Bulletin of the Leningrad State University. A.S. Pushkin], 2008, no. 3. pp. 1–10. (in Russ., abstr. in Engl.).

10. Lubovskij V. I. Zaderzhka psikhicheskogo razvitiya kak psihologo-pedagogicheskaya problema, Razvitie mladshih shkol'nikov v norme i pri otkloneniyah [Delay of mental development as a psychological and pedagogical problem. Development of junior schoolchildren in norm and with deviations.]. Irkutsk, 1979, pp. 3–17.

11. Matveeva L.G. Analiz ponyatiya «social'nyj intellekt» [Analysis of the concept of "social intelligence"]. *Vestnik YUUGU. Seriya: Psihologiya* [Bulletin of the YuUSU. Series: Psychology], 2008, vol. 133, no. 33, pp. 51–55. (in Russ., abstr. in Engl.).

12. Nikitina E.YU., Shilova O.V. Razvitie social'nogo intellekta u starshih doshkol'nikov i pervoklassnikov v processe obshcheniya so znachimymi vzroslymi [Development of social intelligence in senior preschool children and first-graders in the process of communicating with significant adults]. *Vestnik CHGPU [Bulletin of the CSPU]*, 2009, no. 6, pp. 119–127. (in Russ., abstr. in Engl.).
13. Omarova P.O. Socializaciya detej s zaderzhkoj psihicheskogo razvitiya [Socialization of children with mental retardation]. *Izvestiya DGPU [Izvestiya DSPU]*, 2007, no. 1, pp. 44–51. (in Russ., abstr. in Engl.).
14. Fatihova L.F. Harakteristika social'nogo intellekta detej s razlichnymi otkloneniyami v razvitiy [Characteristics of the social intelligence of children with various deviations in development]. *Special'noe obrazovanie [Special education]*, 2013, no. 3, pp. 87–97. (in Russ., abstr. In Engl.).
15. Chebotnikova T.A. Rechevoe povedenie kak odin iz sposobov aktualizacii lichnosti [Speech behavior as one of the ways of actualization of personality]. *Vestnik CHGU [Bulletin of the CSU]*, 2011, no. 28, pp. 138–143. (in Russ., abstr. In Engl.).
16. Shevchenko S.G. Oznakomlenie s okruzhayushchim mirom uchashchihsya s zaderzhkoj psihicheskogo razvitiya [Acquaintance with the surrounding world of students with mental retardation]. Moscow: Prosveshchenie, 1990.

Удовлетворенность качеством жизни пациентов с минимальными рубцовыми деформациями лица и шеи

Яременко А.И.,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии; директор, клиника челюстно-лицевой хирургии, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, ayaremenko@me.com

Исаева Е.Р.,

доктор психологических наук, заведующая кафедрой общей и клинической психологии, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, isajeva@yandex.ru

Колегова Т.Е.,

врач (челюстно-лицевой хирург), клиника челюстно-лицевой хирургии, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, tatyanakolegova@mail.ru

Ситкина Е.В.,

ассистент, кафедра общей и клинической психологии, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, sitkina_evgenya@mail.ru

Васильева Ю.В.,

студент, факультет клинической психологии, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, vasilevayulia13@gmail.com

В статье рассматриваются удовлетворенность качеством жизни и отношение к себе у пациентов, прооперированных «традиционными» (общепринятыми хирургическими методами) и эндоскопически-ассоциированными методами. Описаны уровень удовлетворенности качеством жизни, отношение к лечению и к внешности у пациентов. Прооперировано и обследовано 65 пациентов. Контрольная группа – пациенты, прооперированные с использованием «традиционных» методов (35 человек), средний возраст пациентов составил $38 \pm 11,1$ лет. Группа сравнения – пациенты, прооперированные с использованием эндоскопически-ассоциированных методов (30 человек), средний возраст пациентов составил $44 \pm 17,7$ лет. Использовались психодиагностические методики: 1) «Шкала оценки качества

жизни» Н.Е. Водопьяновой; 2) Анкета оценки качества жизни SF-36; 3) Методика исследования самоотношения (МИС) С.Р. Пантилеева. В результате обследования выявлены жалобы на парестезии и болевые ощущения, предъявляемые пациентами, перенесшими «традиционную» операцию. Пациенты, прооперированные с использованием эндоскопически-ассоциированных методов, жалоб не предъявляли. Выявлены различия в оценке качества жизни и самоотношения между обследуемыми группами пациентов. Пациенты, прооперированные эндоскопически-ассоциированным методом, оценивали качество жизни, удовлетворенность своей внешностью и физическое состояние выше, чем пациенты, прооперированные «традиционным» методом.

Ключевые слова: отношение к своей внешности, челюстно-лицевая хирургия, эндоскопически-ассоциированный метод, качество жизни.

Для цитаты:

Яременко А.И., Исаева Е.Р., Колегова Т.Е., Ситкина Е.В., Васильева Ю.В. Удовлетворенность качеством жизни пациентов с минимальными рубцовыми деформациями лица и шеи [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 1. С. 75–90. doi: 10.17759/psyclin.2018070106

For citation:

Iaremenko A.I., Isaeva E.R., Kolegova T.E., Sitkina E.V., Vasilieva J.V. Satisfaction with quality of life in patients with minimum cicatricial damage of the face and neck [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 1, pp. 75–90. doi: 10.17759/psycljn.2018070106 (In Russ., abstr. in Engl.)

Актуальность

Рубец в эстетически и функционально значимой зоне является одной из значимых медицинских, психологических, этических и правовых проблем [1; 11; 14]. По мнению Н.М. Тризной, одной из основных причин позднего обращения пациентов челюстно-лицевого профиля за хирургической помощью являются опасения по поводу формирования рубца в эстетически значимой области [11].

Проблемы психологического состояния пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области занимают одно из лидирующих мест в вопросах оказания медицинской помощи [2; 13; 14]. Рубцы, располагающиеся на открытых участках кожи, искажают привычное эстетическое восприятие пациентов со стороны окружающих их людей, что отрицательно сказывается на их психологическом состоянии: они становятся застенчивыми, иногда замкнутыми и озлобленными, у таких пациентов появляются трудности в адаптации, снижается качество жизни [3; 13]. Негативное психологическое состояние таких пациентов может быть связано

с такими факторами, как оперативное вмешательство и субъективная оценка эстетического дефекта [14].

Приобретенные после операции рубцы на открытом участке тела могут создавать ряд психологических проблем, таких как: сложности в межличностных отношениях, внутрличностные конфликты, непринятие своей внешности и т.д. [5; 12]. Многие авторы (Богуславский, 2004; Петрова, 2013; Рамси, 2009; Хаткорт, 2009) отмечают огромное значение внешности для межличностной коммуникации и ее влияние на удовлетворенность человека внешним обликом и собой в целом [9; 12]. И.Г. Шакуров отмечает, что для лиц, имеющих рубцы, характерна чрезмерная концентрация внимания на собственных телесных дефектах и на состоянии своего здоровья, что в свою очередь может ограничивать коммуникацию с окружающими людьми. Также пациенты с дефектами в эстетически значимой области обладают высоким уровнем тревожности, у них отмечается выраженное депрессивное состояние, связанное с наличием косметического дефекта, а также с кажущейся больному невозможностью полноценного излечения: наличие рубца постоянно напоминает пациенту о перенесенном заболевании и оперативном вмешательстве [13].

После хирургического вмешательства и полного заживления рубцы малозаметны, однако вследствие их расположения на открытых участках тела, пациенты могут чувствовать дискомфорт, стеснение, необходимость прикрывать рубец. После окончания периода рубцевания многих пациентов не устраивают эстетический и функциональный результаты. Специалисты в области медицинской психологии отмечают, что пациенты, желающие пройти хирургическое лечение по поводу данного физического дефекта, обладают такими чертами личности, как замкнутость, напряженность, неуравновешенность; имеют трудности в коммуникации: они стараются избегать контактов с внешним миром, в результате чего создается социальная депривация. В большинстве случаев после операций по коррекции рубца у пациентов повышается самооценка, улучшается эмоциональное состояние и социальное функционирование [8; 10; 13; 15].

Нередко проблема рубцов возникает и в связи с молодым возрастом пациентов. Исследование лиц с рубцовыми изменениями кожи показало, что у пациентов, находящихся в возрастном периоде ранней взрослости (22–35 лет), присутствуют переживания, связанные с «потерей» внешности как коммуникативного ресурса, и в большей степени переживание такого рода испытывали пациенты, не состоящие в серьезных личных отношениях [12]. Переживание своего неэстетичного внешнего вида может заставить их замкнуться в себе, искать способы лечения, не имея точных знаний, к каким специалистам обращаться [6]. Помимо этого, тревожность пациентов с рубцами на открытых частях тела может быть связана с невозможностью скрыть дефект из-за его локализации, поэтому пациенты буквально лишены возможности управлять той информацией о самих себе, которую извлекают из их внешнего вида окружающие люди [12]. Возможность полноценного восстановления пациентов зависит во многом от субъективной оценки качества жизни на различных этапах послеоперационного периода [11].

Начиная 90-х годов XX века, с внедрением эндоскопических методов в челюстно-лицевую хирургию появилась возможность сделать послеоперационной рубец менее заметным путем выполнения разреза в малозаметных областях [19].

Метод эндоскопически-ассоциированного удаления доброкачественных новообразований области лба посредством доступа из волосистой части теменной области применяется повсеместно [21; 22].

Все более актуальны исследования, проводимые в области эндоскопически-ассоциированной хирургии шеи. С целью достижения главной цели – сохранения эстетики, предлагаются различные варианты доступов: ретроаурикулярный, аксиллярный, трансоральный, «традиционный», но меньших размеров [16–18; 20].

Целью нашего исследования явилось установление различий качества жизни и удовлетворенности своей внешностью у пациентов, прооперированных традиционным и эндоскопически-ассоциированным методами.

Материалы и методы

В клинике челюстно-лицевой хирургии НИИ стоматологии и ЧЛХ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет имени акад. И.П. Павлова» с 2015 по 2017 гг. прооперировано и обследовано 65 пациентов. Группы были сопоставимы по своим социально-демографическим характеристикам.

Контрольная группа (группа 1) – пациенты, прооперированные с использованием традиционных методов (общепринятых хирургических методов) (10 мужчин, средний возраст – $39 \pm 13,9$ лет; женщин – 25, средний возраст – $37,5 \pm 10,2$ лет). 40% пациентов на момент обследования состояли в законном браке, 37% пациентов были холосты, 8% пациентов состояли в постоянных отношениях, 63% пациентов имели детей.

В раннем и позднем послеоперационном периодах у пациентов группы 1 не было отмечено осложнений, непосредственно влияющих на формирование рубца (гематома, серома, нагноение раны, слюнной свищ, лигатурный свищ, несостоятельность швов и т.д.).

У 70,5% пациентов послеоперационная реабилитация, направленная на формирование рубцов, не проводилась. 15,9% пациентов в течение 6 месяцев после операции применяли средства для лечения рубцов на основе силикона. 7,6% пациентов в течение 6 месяцев после операции получали физиотерапевтическое лечение рубцов. У 3,5% – проводилась дермабразия или лазерная шлифовка рубца. У 3% пациентов через год после операции была произведена хирургическая коррекция (иссечение) рубца.

Через год после операции 78% пациентов имели нормотрофический рубец, 15% – атрофический рубец, 7% – гипертрофический рубец.

Группа сравнения (группа 2) – пациенты, прооперированные с использованием эндоскопически-ассоциированных методов (8 мужчин, средний возраст – 48,5±14,9 лет; 22 женщины, средний возраст – 43,5±15,7 лет). На момент психологического исследования 67% пациентов состояли в законном браке, 20% пациентов состояли в постоянных отношениях, 12% не состояли в отношениях; 80% пациентов имели детей. Пациенты обеих групп относились к среднему социальному классу со средним уровнем дохода.

В табл. 1 представлено распределение пациентов по нозологическим формам заболеваний.

Таблица 1

Распределение пациентов по нозологическим формам заболеваний

Нозологическая форма заболевания	Группа 1 (кол-во человек)	Группа 2 (кол-во человек)
Липома области лба	6	7
Остеома области лба	3	3
Липома средней трети шеи	2	2
Боковая киста шеи	10	11
Срединная киста шеи	2	1
Плеоморфная аденома поднижнечелюстной слюнной железы	4	1
Калькулезный сиалоаденит поднижнечелюстной слюнной железы	6	2
Шилоподъязычный синдром	2	3
Итого	35	30

Удаление липом, фибром и остеом области лба выполнялось с использованием доступа из волосистой части теменной области. Для выполнения эндоскопически-ассоциированных операций в области шеи разработан и внедрен в клиническую практику оригинальный доступ.

Метод позволяет избежать формирования рубца в видимых областях шеи, поскольку разрез выполняется в волосистой части затылочной области. Применение метода возможно при следующих нозологических формах заболеваний: боковая киста шеи, калькулезный сиалоаденит поднижнечелюстной слюнной железы, доброкачественные новообразования поднижнечелюстной слюнной железы и нижнего полюса околоушной слюнной железы, шилоподъязычный синдром, кривошея. На рис. 1.1 и 1.2 представлены фотографии пациентов,

прооперированных «традиционным» и эндоскопически-ассоциированным методами.



Рис. 1.1.



Рис. 1.2.

Рис. 1.1. Фотография пациентки, прооперированной по поводу боковой кисты шеи с использованием традиционного метода

Рис. 1.2. Фотография пациентки, прооперированной по поводу боковой кисты шеи с использованием эндоскопически-ассоциированного метода

Пациентов, прооперированных с использованием традиционного метода, в послеоперационном периоде тревожили парестезии и болезненность в зоне рубца (62%), нарушения мимики (9,6%), деформации мягких тканей в зоне операции (65,4%), неудовлетворенность видом рубца (37%).

Пациенты, прооперированные с использованием эндоскопически-ассоциированного метода, при до- и послеоперационном наблюдении отмечали положительное отношение к результатам лечения. Это послужило поводом для проведения клинико-психологического исследования.

Пациенты проходили психодиагностическое исследование через 12 месяцев после проведения операции.

Использовались психодиагностические **методики**:

1. «Шкала оценки качества жизни» Н.Е. Водопьяновой, предназначенная для оценки качества жизни использована методика [4];
2. Анкета оценки качества жизни SF-36, оценивающая степень удовлетворенности сторонами жизнедеятельности пациента [4];

3. Методика исследования самоотношения (МИС) С.Р. Пантилеева, выявляющая структуру самоотношения пациентов и выраженность отдельных компонентов самоотношения использована [7].

Все методики адаптированы и стандартизированы.

Статистическая обработка

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных программ для статистических расчетов «SAS Enterprise Guide».

При описании полученных данных использованы методы описательной статистики. Качественные переменные представлены абсолютными (N) и относительными частотами (%). Оценка достоверности различий проводилась с помощью t-критерия Стьюдента. Поиск взаимосвязей осуществлялся с использованием анализа корреляций. Был использован непараметрический метод – коэффициент ранговой корреляции Спирмена с уровнем значимости 5% ($\alpha=0,05$).

Результаты исследования

В результате клинико-психологического исследования выявлены жалобы, предъявляемые пациентами, перенесшими «традиционные» операции; данные представлены на рис. 2. Пациенты, перенесшие вмешательство эндоскопически-ассоциированным методом, жалоб не предъявляли.

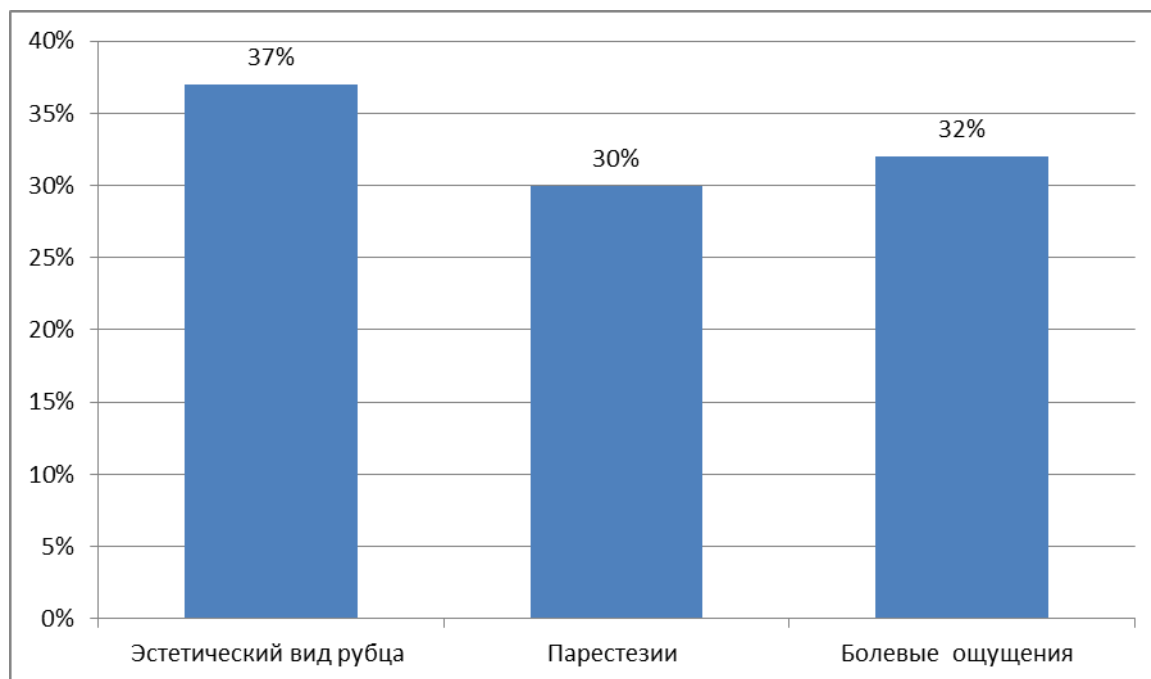


Рис. 2. Жалобы, предъявляемые пациентами, прооперированными традиционными методами

32% пациентов, прооперированных традиционными методами, указывали на наличие болевых ощущений в прооперированной области, 30% респондентов отмечали парестезии в области рубца. Желание убрать или скрыть рубец одеждой или прикрыть волосами выразили 37% пациентов. Наличие болевых, неприятных ощущений в эстетически значимой зоне может снижать эмоциональное состояние пациентов, способствовать развитию таких черт личности как замкнутость, закрытость, стеснительность, что может послужить преградой для нормального социального функционирования личности.

Был проведен сравнительный анализ средних значений данных, полученных в ходе психодиагностики, в группах пациентов, прооперированных традиционными методами (группа 1) и эндоскопически-ассоциированным методом (группа 2). Данные статистически значимых различий представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Средние значения психологических характеристик пациентов,
прооперированных традиционными
и эндоскопически-ассоциированными методами**

Параметр	Группа 1	Группа 2	Достоверность различий
Анкета оценки качества жизни SF-36			
Жизненная активность	63,14±1,1	71,61±1,3	p<0,05
Методика исследования самооотношения (МИС)			
Самопринятие	5,76±0,5	7±0,7	p<0,05

У пациентов, прооперированных эндоскопически-ассоциированным методом, более высокий показатель по шкале «Жизненная активность» по сравнению с пациентами, прооперированными традиционными методами. Эта шкала входит в группу психологических компонентов здоровья и означает, что у пациентов, перенесших эндоскопически-ассоциированные операции, был выше уровень активности, они чаще и больше общались с другими людьми, вели активный образ жизни по сравнению с пациентами из группы 1.

У пациентов из группы 2 был выявлен более высокий показатель по шкале «Самопринятие» по сравнению с пациентами из группы 1. Это свидетельствует о том, что пациенты из группы 2 обладали более высоким уровнем принятия себя и своей внешности, чем пациенты из группы 1.

Был проведен корреляционный анализ клинических и психологических характеристик пациентов в обеих группах, и были получены статистически

значимые корреляционные взаимосвязи. Была обнаружена отрицательная корреляционная связь между сроком давности операции и шкалой «Зеркальное Я» МИС ($r=-0,5$; $p<0,05$) у пациентов, прооперированных эндоскопически-ассоциированным методом. Это означает, что чем больше прошло времени с момента операции, тем более высокие ожидания в отношении оценки своей внешности со стороны других людей они имели.

У пациентов, прооперированных традиционными методами, критерий «Срок давности операции» имел отрицательные корреляционные связи со шкалами методики «Шкала оценки качества жизни», «Общение с близкими» ($r=-0,45$; $p<0,05$) и «Общий индекс качества жизни» ($r=-0,34$; $p<0,05$). Чем больше был срок давности операции у таких пациентов, тем ниже они оценивали свое качество жизни и качество общения с близкими людьми. Иначе говоря, пациенты, прооперированные традиционным методом, постепенно ограничивали общение с людьми, что может быть связано с дискомфортом и стеснением по поводу наличия рубца в эстетически и функционально значимой зоне.

В группе пациентов, прооперированных эндоскопически-ассоциированными методами, обнаружена отрицательная корреляционная связь между параметрами «Интенсивность боли» (по методике SF-36) и «Самопринятие» (МИС) ($r=-0,88$; $p<0,05$). Это означает, что чем меньше пациенты испытывали болевые ощущения, тем выше был уровень положительного отношения к себе, своей внешности.

Следует отметить, что пациенты, прооперированные эндоскопически-ассоциированным методом, в анкете утверждали, что не имеют болевых ощущений в послеоперационной области.

Обнаружена отрицательная корреляционная связь между шкалой «Оценка личных достижений и устремлений» (по методике «Шкала оценки качества жизни») и шкалами МИС: «Внутренняя конфликтность» ($r=-0,45$; $p<0,05$) и «Самообвинение» ($r=-0,39$; $p<0,05$) у пациентов, прооперированных традиционными методами. Т.е. у пациентов, которые низко оценивали свои личные достижения, были выше уровни внутренней конфликтности и невротичности. У пациентов, прооперированных эндоскопически-ассоциированным методом, таких связей не обнаружено.

«Общий индекс качества жизни» (Шкала оценки качества жизни) у пациентов из группы 2 положительно связан с оценкой «Физического функционирования» (SF-36) ($r=0,51$; $p<0,05$). Это означает, что пациенты, высоко оценивавшие свое физическое функционирование, выражающееся в физической активности, отсутствии болевых и неприятных ощущений, высоко оценивали качество своей жизни. Также оценка «Физического функционирования» была положительно связана со шкалой «Удовлетворенность работой» (Шкала оценки качества жизни) ($r=0,86$; $p<0,05$), что означает, что пациенты, не имеющие рубца в области лица, больше были удовлетворены своей работой.

Обсуждение результатов

Исследование показало, что пациенты, перенесшие традиционные операции, чаще предъявляли жалобы на боль и парестезии в прооперированной области. Переживания пациентов о наличии послеоперационных побочных эффектов такого рода снижают качество их жизни, их адаптационный потенциал и уровень коммуникативной активности. Пациенты, перенесшие операции с использованием эндоскопически-ассоциированного метода, жалоб на болевые и неприятные ощущения не предъявляли.

У пациентов, прооперированных эндоскопически-ассоциированным методом, были статистически значимо выше показатели по шкалам «Жизненная активность» и «Самопринятие», они чаще общались с окружающими людьми, вели более активный образ жизни и обладали более высоким уровнем принятия своей внешности, чем пациенты, прооперированные традиционными методами.

Пациенты, прооперированные эндоскопически-ассоциированным методом, выше оценивали свое физическое состояние и удовлетворенность внешностью.

Выводы

1. У пациентов, прооперированных эндоскопически-ассоциированным методом, выше качество жизни в послеоперационном периоде и удовлетворенность своей внешностью, чем у пациентов, перенесших «традиционную» операцию.

2. В сравнении с пациентами, перенесшими операцию эндоскопически-ассоциированным методом, пациенты, прооперированные традиционными методами, труднее восстанавливались в социальной сфере: они показывали меньшую коммуникативную активность, социальную отстраненность и общее снижение качества жизни из-за болевых и неприятных ощущений в прооперированной области.

3. Оценка качества жизни у пациентов во многом зависела от физического самочувствия и длительности реабилитационного периода, что необходимо учитывать при проведении данного вида оперативных вмешательств и формировании ожиданий пациентов относительно результатов лечения.

Заключение

Применяемый на базе клиники челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова метод эндоскопически-ассоциированного удаления доброкачественных новообразований опирается на принципы минимальной инвазивности, сохранения функции и эстетики прооперированной области.

Проведенное исследование показывает, что респонденты из группы прооперированных эндоскопически-ассоциированными методами выше оценивают свое качество жизни, имеют более высокий уровень удовлетворенности своим

эмоциональным состоянием и внутренними ресурсами, чем пациенты, перенесшие «традиционные» операции.

Литература

1. *Бернадский Ю.И.* Травматология и восстановительная хирургия черепно-лицевой области. М.: Медицинская литература, 1999. 456 с.
2. *Дроздов А.А., Дроздова М.В., ЛОР-заболевания. Конспект лекций*. М.: Литрес, 2007. 170 с.
3. *Литтманн И.* Оперативная хирургия. Будапешт: издательство Академии наук Венгрии, 1985. 1175 с.
4. *Никифоров Г.С.* Практикум по психологии здоровья. СПб.: Питер, 2005. 350 с.
5. *Новик А.А., Богданов А.Н.* Анемии (от А до Я). Руководство для врачей / под ред. Ю.Л. Шевченко. СПб.: Нева, 2004. 320 с.
6. *Озерская О.С.* Рубцы кожи и их дерматокосметологическая коррекция. СПб: Искусство России, 2007. 224 с.
7. *Пантилеев С.Р.* Методика исследования самоотношения. М.: Смысл, 1993. 32 с.
8. *Петрова Н.Н., Спасивцев Ю.А., Грибова О.М.* Личностно-психологические и психопатологические особенности пациентов эстетической хирургии // Вестник СПбГУ. 2013. Т. 11. № 1. С. 94–103.
9. *Рамси Н., Харкорт Д.* Психология внешности / Под ред. А.П. Федорова. СПб.: Питер, 2009. 256 с.
10. *Скрипников А.Н., Герасименко Л.А.* Психотерапевтическая помощь пациентам с дефектами и деформациями головы и шеи // Медицинская психология. 2006. № 2. С. 62–64.
11. *Тризна Н.М., Иванов С.А., Угольник Д.В.* Пилотное исследование качества жизни пациентов с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области // Медицинские новости. 2007. № 8. С. 69–71.
12. *Фаустова А.Г., Яковлева Н.В.* Особенности индивидуальной концепции внешности у пациентов с ожогами различной локализации. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2012. № 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 17.09.2017).
13. *Шакуров И.Г., Глубокова И.Б., Табашникова А.И.* Психоэмоциональный статус и личностно-характерологические особенности пациентов с рубцовыми изменениями кожи // Вестник дерматологии и венерологии. 2009. № 3. С.50–60.

14. *Devlin-Rooney K., James W.* Management and prevention of abnormal scars // *Nursing Standard*. 2005. Vol. 28. №19. P. 45–56. doi: 10.7748/ns2005.03.19.28.45.c3828.
15. *Honigman R., Castle D.J.* Aging and cosmetic enhancement // *Clinical Interventions in Aging*. 2006. Vol. 1. № 2. P. 115–119. doi: 10.2147/ciia.2006.1.2.115.
16. *Kauffman R.M., Netterville J.L., Burkey B.B.* Transoral excision of the submandibular gland: techniques and results of nine cases // *Laryngoscope*. 2009. Vol. 119. № 3. P. 502–507. doi: 10.1002/lary.20029.
17. *LeBert B., Weiss S., Johnson J., Walvekar R.* Retroauricular hairline approach for excision of second branchial cleft cysts: a preliminary experience // *Laryngoscope*. 2010. Vol. 120. № 4. P. 160. doi: 10.1002/lary.21624.
18. *Ming J., Fan Z., Gong Y., Yuan Q., Zhong L., Fan L.* Endoscopic Excision of Branchial Cleft Cyst in the Neck Using Mammary Areolae and Axilla Approach: A Case Report // *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques*. 2012. Vol. 22. № 5. P. 284–287. doi: 10.1097/SLE.0b013e31825cb8e7.
19. *Papay F.A., Stein J.M., Dietz J.R., Luciano M., Morales L.Jr., Zins J.* Endoscopic approach for benign tumor ablation of the forehead and brow // *Journal of Craniofacial Surgery*. 1997. Vol. 8. № 3. P. 176–80. doi: 10.1097/00001665-199705000-00007.
20. *Ruscito P., Pichi B., Marchesi P., Spriano G.* Minimally Invasive Video-Assisted Submandibular Sialoadenectomy: A Preliminary Report. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2007. Vol. 18. № 5. P. 1142–1147. doi: 10.1097/scs.0b013e3180f60c0f.
21. *Sadick H., Huber M., Perkins S.W., Waters H.H., Hamilton G.S., O'Reilly A.G., Gassner H.G.* Endoscopic forehead approach for minimally invasive benign tumor excisions // *JAMA Facial Plastic Surgery*. 2014. Vol. 16. № 5. P. 352–358. doi: 10.1001/jamafacial.2014.269.
22. *Terence G., Bien-Keem T., Foo Chee L.* Endoscopic resection of forehead lipoma: A subperiosteal single-portal approach // *Indian Journal of Plastic Surgery*. 2008. Vol. 41. № 2. P. 141–144. doi:10.4103/0970-0358.39665.

Satisfaction with Quality of Life in Patients with Minimum Cicatricial Damage of the Face and Neck

Iaremenko A.I.,

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Dentistry of Surgical and Maxillofacial Surgery, Director of the Clinic for Maxillofacial Surgery The First Pavlov State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, ayaremenko@me.com

Isaeva E.R.,

Doctor of Psychological Sciences, Head of the Department of General and Clinical Psychology, The First Pavlov State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, isajeva@yandex.ru

Kolegova T.E.,

MD (maxillofacial surgeon), Clinic for maxillofacial surgery The First Pavlov State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, tatyanakolegova@mail.ru

Sitkina E.V.,

Assistant, Department of General and Clinical Psychology The First Pavlov State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, sitkina_evgenya@mail.ru

Vasilieva J.V.,

Student, Department of Clinical Psychology The First Pavlov State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, vasilevayulia13@gmail.com

Satisfaction with quality of life and self-attitude in patients operated by «traditional» (conventional surgical methods) and endoscopically assisted methods are considered in the article. Differences in the quality of life in patients, self-attitude to ones appearance are described. 65 patients were surgically operated and examined. Control group – patients operated by «traditional» techniques (35 patients), the average age of patients was $38 \pm 11,1$ years. The comparison group – patients operated using endoscopically assisted methods (30 patients), the average age of patients was $44 \pm 17,7$ years. Psychodiagnostic methods: 1. N. E. Vodopyanova's scale of life quality; 2. The Short Form-36; 3. S.R. Panteleev's Assessment of self-relationship. Complaints of paresthesia and pain experienced by patients who underwent a “traditional” operation were revealed as a result of the examination. Operated on with an endoscopically assisted method patients did not present any complaints. Differences between the assessment of the life quality and self-relationship in examined groups were found. Operated on with an endoscopically assisted

method patients evaluated life quality, satisfaction with their appearance and physical condition higher than patients operated on with a “traditional” method.

Keywords: self-attitude to the appearance, maxillofacial surgery, endoscopically assisted method, the quality of life.

References

1. Bernadskii Yu.I. *Travmatologiya i vosstanovitel'naya khirurgiya cherepno-litsevoi oblasti* [Traumatology and reconstructive surgery of craniofacial area], 3rd ed. Moscow: Meditsinskaya literature, 1999. 456 p. [In Russ.]
2. Drozdov A.A, Drozdova M.V. *LOR-zabolevaniya. Konspekt lektsii* [Otorhinolaryngological diseases. Lecture notes]. Moscow: Litres, 2007. 170 p. [In Russ.]
3. Littmann I. *Operativnaya khirurgiya* [Operative surgery]. Budapesht: Publ. of Hungarian Academy of Sciences, 1985. 1175 p. [In Russ.]
4. Nikiforov G.S. *Praktikum po psikhologii zdorov'ya* [Workshop on Psychology of Health]. Saint-Petersburg: Piter, 2005. 350 p. [In Russ.]
5. Novik A.A., Bogdanov A.N. *Anemii (ot A do Ya)*. [Anemia from A to Z]. In Yu.L. Shevchenko (ed.) *Rukovodstvo dlya vrachei [A guide for doctors]*. Saint-Petersburg: Neva, 2004. 320 p. [In Russ.]
6. Ozerskaya O.S. *Rubtsy kozhi i ikh dermatokosmetologicheskaya korrektsiya*. [Scars of the skin and their dermatocosmetological correction]. Saint-Petersburg: Iskusstvo Rossii, 2007. 224 p. [In Russ.]
7. Pantileev S.R. *Metodika issledovaniya samootnosheniya*. [The methodology of investigating the self-relationship]. Moscow: Smysl, 1993. 32 p. [In Russ.]
8. Petrova N.N., Spesivtsev Yu.A., Gribova O.M. *Lichnostno-psikhologicheskie i psikhopatologicheskie osobennosti patsientov esteticheskoi khirurgii*. [Personality-psychological and psychopathological features of patients of aesthetic surgery]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta* [Bulletin of Saint-Petersburg University], 2013, vol. 11, no. 1, pp. 94–103 [In Russ., Abstr. In English].
9. Ramsi N., Kharkort D. *Psikhologiya vneshnosti*. [Psychology of appearance]. A.P. Fedorov (ed.). Saint-Petersburg: Piter, 2009. 256 p. (In Russ.).
10. Gerasimenko L.A. *Psikhoterapevticheskaya pomoshch' patsientam s defektami i deformatsiyami golovy i shei*. [Psychotherapeutic assistance to patients with defects and

deformities of the head and neck]. *Medichna psikhologiya [Clinical Psychology]*, 2006, no. 2, pp. 62–64.

11. Trizna N.M., Ivanov S.A., Ugol'nik D.V. Pilotnoe issledovanie kachestva zhizni patsientov s defektami i deformatsiyami chelyustno-litsevoi oblasti. [Pilot study of the quality of life of patients with defects and deformations of the maxillofacial region]. *Meditsinskie novosti [Medical News]*, 2007, no. 8, pp. 69–71.

12. Faustova A.G., Yakovleva N.V. Osobennosti individual'noi kontseptsii vneshnosti u patsientov s ozhogami razlichnoi lokalizatsii [Features of the individual concept of appearance in patients with burns of different localization] [Elektronnyi resurs]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii [Medical psychology in Russia]*, 2012, no. 2. URL: <http://medpsy.ru> (Accessed: 17.09.2017).

13. Shakurov I.G., Glubokova I.B., Tabashnikova A.I. Psikhoemotsional'nyi status i lichnostno-kharakterologicheskie osobennosti patsientov s rubtsovymi izmeneniyami kozhi [Psycho-emotional status and personality-characterological features of patients with scar changes of the skin]. *Vestnik dermatologii i venerologii [Herald of Dermatology and Venereology]*, 2009, no. 3, pp. 50–60.

14. Devlin-Rooney K., James W. Management and prevention of abnormal scars. *Nursing Standard*, 2005, vol. 28, no. 19, pp. 45–56. doi: 10.7748/ns2005.03.19.28.45.c3828.

15. Honigman R., Castle D.J. Aging and cosmetic enhancement. *Clinical Interventions in Aging*, 2006, vol. 1, no. 2, pp. 115–119. doi: 10.2147/cia.2006.1.2.115.

16. Kauffman R.M., Nettekville J.L., Burkey B.B. Transoral excision of the submandibular gland: techniques and results of nine cases. *Laryngoscope*, 2009, vol. 119, no. 3, pp. 502–507. doi: 10.1002/lary.20029.

17. LeBert B., Weiss S., Johnson J., Walvekar R. Retroauricular hairline approach for excision of second branchial cleft cysts: a preliminary experience. *Laryngoscope*, 2010, vol. 120, no. 4, p. 160. doi: 10.1002/lary.21624.

18. Ming J., Fan Z., Gong Y., Yuan Q., Zhong L., Fan L. Endoscopic Excision of Branchial Cleft Cyst in the Neck Using Mammary Areolae and Axilla Approach: A Case Report. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 2012, vol. 22, no. 5, pp. 284–287. doi: 10.1097/SLE.0b013e31825cb8e7.

19. Papay F.A., Stein J.M., Dietz J.R., Luciano M., Morales L. Jr., Zins J. Endoscopic approach for benign tumor ablation of the forehead and brow. *Journal of Craniofacial Surgery*, 1997, vol. 8, no. 3, pp. 176–180. doi: 10.1097/00001665-199705000-00007.

20. Ruscito P., Pichi B., Marchesi P., Spriano G. Minimally Invasive Video-Assisted Submandibular Sialoadenectomy: A Preliminary Report. *Journal of Craniofacial Surgery*, 2007, vol. 18, no. 5, pp. 1142–1147. doi: 10.1097/scs.0b013e3180f60c0f.

Яременко А.И., Исаева Е.Р., Колегова Т.Е., Ситкина Е.В.,
Васильева Ю.В. Удовлетворенность качеством жизни
пациентов с минимальными рубцовыми
деформациями лица и шеи
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 1. С. 75–90.

Iaremenko A.I., Isaeva E.R., Kolegova T.E., Sitkina E.V.,
Vasilieva J.V. Satisfaction with quality of life
in patients with minimum cicatricial damage
of the face and neck
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 1, pp. 75–90.

21. Sadick H., Huber M., Perkins S.W., Waters H.H., Hamilton G.S., O'Reilly A.G., Gassner H.G. Endoscopic forehead approach for minimally invasive benign tumor excisions. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 2014, vol. 16, no. 5, pp. 352–358. doi: 10.1001/jamafacial.2014.269.

22. Terence G., Bien-Keem T., Foo Chee L. Endoscopic resection of forehead lipoma: A subperiosteal single-portal approach. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 2008, vol. 41, no. 2, pp. 141–144. doi: 10.4103/0970-0358.39665.

Групповой тренинг общения для молодых людей, имеющих сочетанные нарушения зрения и слуха

Хохлова А.Ю.,

кандидат психологических наук, доцент, ФГБОУ ВО МГППУ; психолог, АНО «Ресурсный центр поддержки людей с мультисенсорными нарушениями и их семей “Ясенева поляна”», Москва, Россия, ehalina2@yahoo.com

Дианова М.В.,

ассистент руководителя, АНО «Ресурсный центр поддержки людей с мультисенсорными нарушениями и их семей “Ясенева поляна”», Москва, Россия, m.dianova@so-edinenie.org

В статье представлен опыт проведения тренинга общения с молодыми людьми, имеющими нарушения зрения и слуха. В групповых тренингах принимали участие юноши и девушки в возрасте 16–25 лет с одновременным нарушением слуха и зрения разной степени тяжести. Описано разнообразие используемых ими средств общения, выделены условия эффективной тренинговой работы. Результаты показали, что молодые люди с нарушениями зрения и слуха без выраженных дополнительных нарушений демонстрируют достаточно высокий уровень владения разнообразными средствами общения. Коммуникативные потребности и предпочтения у молодых людей с нарушениями зрения и слуха соответствуют возрасту. Тренинг общения позволяет устранить некоторые объективные коммуникативные сложности, имеющиеся у слепоглухих, замотивировать участников проявлять инициативу в общении, узнавать новое друг о друге, а также создает позитивный опыт общения с более широким кругом людей. Наиболее важным результатом тренинга становится возможность говорить о своих чувствах в поддерживающей атмосфере.

Ключевые слова: слепоглухота, коммуникация, средства общения, тренинг общения.

Для цитаты:

Хохлова А.Ю., Дианова М.В. Групповой тренинг общения для молодых людей, имеющих сочетанные нарушения зрения и слуха [Электронный ресурс]. Clinical

Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 91–103. doi: 10.17759/psycljn.2018070107

For citation:

Khokhlova A.Yu., Dianova M.V. Group communication training for young people with combined visual and hearing impairments [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2018, vol. 7, no. 1, pp. 91–103. doi: 10.17759/psycljn.2018070107 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Слепogлухой человек имеет выраженные трудности коммуникации. Эти трудности распространяются не только на ситуации общения слепogлухого со зрячеслышащими, но присутствуют и внутри группы слепogлухих. Это связано с тем, что группа слепogлухих очень разнородна [2]. Часть из них имели опыт зрительного и слухового восприятия, другие – родились глухими, но зрячими, третьи – слепыми, но слышащими. Отсюда и разница в предпочитаемых средствах и способах общения. У одних сохранна устная речь, другие предпочитают зрительно воспринимаемый или контактный жестовый язык, третьи – дактилологию в руку [1; 3].

Кроме того, в группе слепogлухих существуют особые сложности, затрудняющие общение собеседников. Во-первых, слепogлухой человек не всегда знает, кто еще находится в комнате и видит или слышит его высказывания, кто как реагирует на них. Общение возможно лишь между двумя людьми. Слепogлухой часто не сразу понимает, с кем он ведет разговор. Высказывания часто прерываются, как и в общении зрячеслышащих в повседневных ситуациях. Потребность и заинтересованность в общении у слепogлухих молодых людей очень высока.

Мы предполагаем, что тренинг общения позволит создать опыт позитивной и содержательной коммуникации [4] и минимизировать трудности в обмене информацией между слепogлухими молодыми людьми, и предлагаем разработанную нами короткую программу такого тренинга.

Выборка

В наших программах принимали участие юноши и девушки 15-25 лет (среднее – 21,0, ст. откл. – 3,5) с одновременным нарушением зрения и слуха разной степени тяжести. Все участники – выходцы из разных регионов России. Участники были разделены на две группы: в первую вошли 12 человек (7 юношей и 5 девушек), во вторую – 11 человек (9 юношей и 2 девушки). Критериями отбора были возможность пользоваться фразовой жестовой или словесной речью, отсутствие выраженных поведенческих нарушений, а также желание участвовать в тренинге.

Ниже приведены краткие описания особенностей слуха, зрения и средств коммуникации некоторых участников.

1. В.Ч., 21 год, юноша, Ленинградская область. Синдром Маршала, слабовидение, тугоухость. Общается устно на близком расстоянии.

2. К.Б., 21 год, девушка, Тольятти. Синдром Ушера, сужение полей зрения, плохо видит в темноте, практическая глухота (слышит шумы, отдельные звуки). Для общения использует дактильную азбуку, РЖЯ.

3. В.К. 24 года, Ростов. Тотальная слепота (без светоощущения), тугоухость 2-3 степени, носит слуховые аппараты. Общается устно.

4. Д.Х., 25 лет, юноша, Москва. Синдром Ушера, тотальная глухота, сужение полей зрения, плохо видит в темноте, слабовидение (предметное зрение). Для общения использует дактильную азбуку, РЖЯ, читает по губам.

5. С.Б., 18 лет, юноша, Читинская область. Анофтальм справа, выраженная миопия слева, двусторонняя сенсоневральная глухота. Общается преимущественно на жестовом языке.

6. Д.Р., 23 года, юноша, Москва. Тотальная глухота, кохлеарный имплантат слева, выраженная миопия. Общается устно, читает по губам.

Тренинги проводились на базе выездного молодежного зимнего лагеря, организованного Ресурсным центром поддержки слепоглухих и их семей «Ясенева Поляна». До встречи в лагере участники не были знакомы друг с другом.

Методика

Перед началом тренинга всем участникам была предложена анкета, целью анкетирования было выяснение того, как сами участники оценивают особенности своего общения.

Результаты анкетирования также дали возможность обеспечить каждому участнику необходимое сопровождение и перевод. Анкета включала следующие вопросы:

- Как часто вы общаетесь с кем-либо?
- С кем вы любите общаться?
- Какие средства общения вы используете чаще всего?
- Какие из них вам нравятся больше?
- Какие вы испытываете неудобства при общении?
- О чем вы любите говорить? Ваши любимые темы для разговора?
- Используете ли вы какие-нибудь личные, нестандартные способы общения?

- С кем вы больше любите общаться: с друзьями, новыми людьми, родственниками?
- Как еще вы бы хотели общаться?
- Где чаще всего вы общаетесь? Где бы вам самим хотелось больше общаться?
- Общаетесь ли вы в социальных сетях?
- Как вам больше нравится общаться – лично или в социальных сетях?
- Что бы вы хотели изменить в общении с окружающими?
- Данные анкетирования представлены на рис. 1–4.

Молодые люди с нарушениями зрения и слуха используют разные средства общения: как общепринятые устную и жестовую речь, так и специальные средства коммуникации. Некоторые владеют несколькими средствами коммуникации (рис. 1).

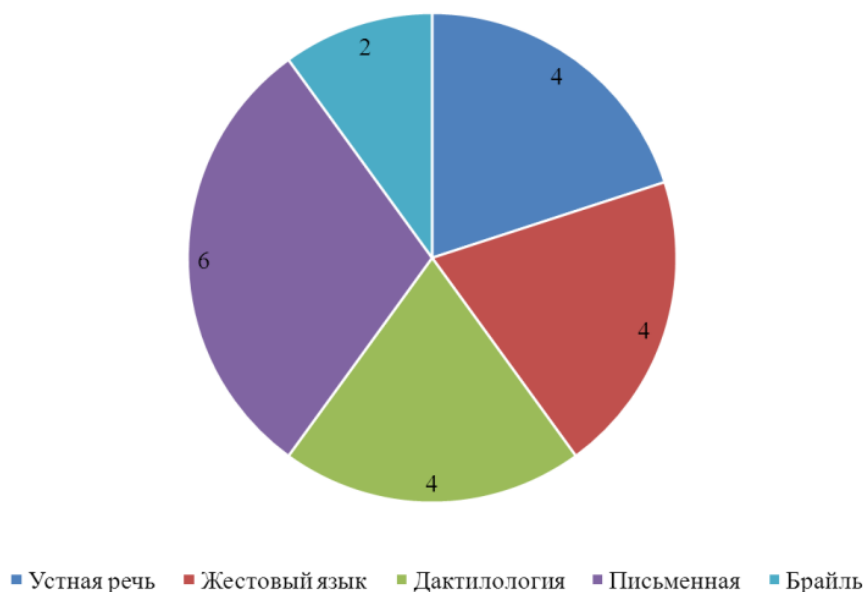


Рис. 1. Используемые средства общения (среднее количество выборов в двух группах)

При сравнении используемых (рис. 1) и предпочитаемых средств общения (рис. 2) видно, что наиболее часто применяемые средства не всегда являются самыми удобными. То есть, как правило, молодые люди с нарушениями зрения и слуха делятся на «жестовиков» и «словесников»: родной язык в первом случае – жестовый, во втором – устная речь. Но в общении со своим окружением им приходится чаще прибегать к дактилологии и письменной речи.

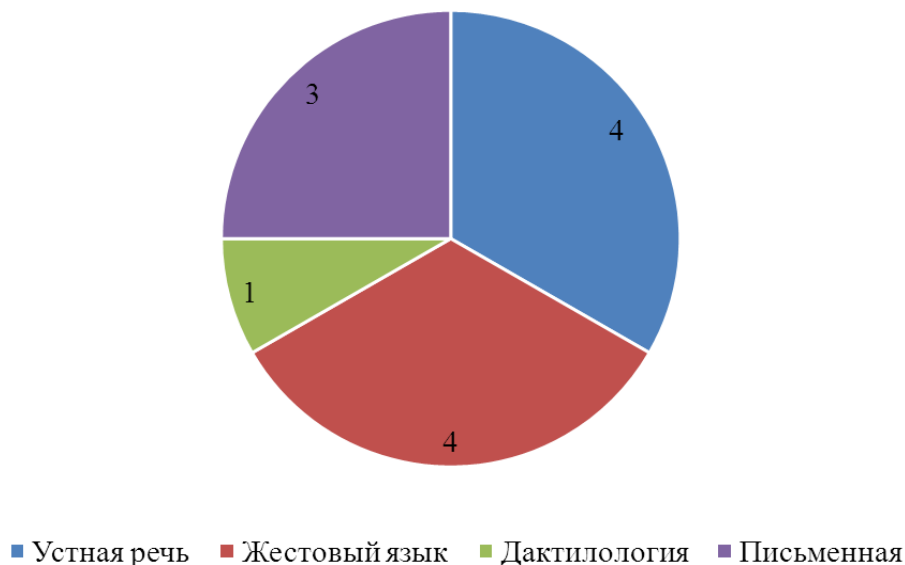


Рис. 2. Предпочитаемые средства общения (среднее количество выборов в двух группах)

На рис. 3 и 4 фактически представлены коммуникативные интересы участников. Выбор тем и собеседников вполне соответствует подростковому и юношескому возрасту и не отражает специфики нарушений зрения и слуха.



Рис. 3. Предпочитаемые темы для общения (среднее количество выборов в двух группах)

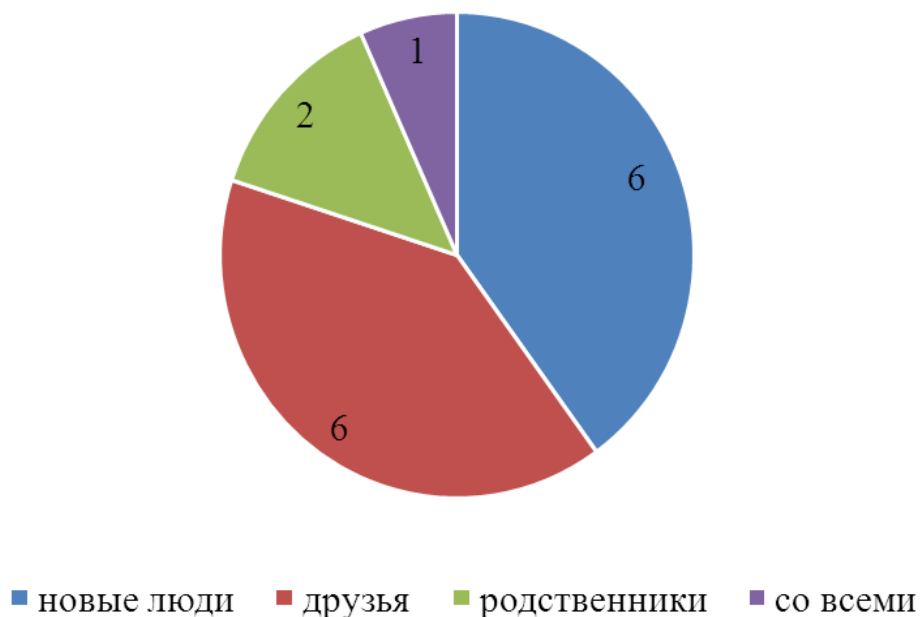


Рис. 4. Предпочитаемые собеседники (среднее количество выборов в двух группах)

В качестве трудностей и неудобств в общении все участники отмечали малое количество собеседников для личного общения в реальном времени (в соцсетях – больше) и невозможность/нежелание здоровых людей ориентироваться на особенности восприятия человека с нарушениями зрения и слуха. Таким образом, данные анкетирования показывают, что молодые люди с нарушениями зрения и слуха без выраженных дополнительных проблем развития хотят и могут полноценно общаться с ровесниками, если создать условия, минимизирующие трудности, связанные со слепоглухотой.

Далее с участниками проводилась серия тренинговых занятий.

Целью тренинга стало создание благоприятных условий для содержательного общения в группе слепоглухих молодых людей. Делался акцент на позитивном опыте взаимодействия.

Задачи тренинга:

- преодоление объективных трудностей в общении;
- глубокое неформальное знакомство в процессе тренинга, формирование групповой сплоченности;
- приобретение опыта самостоятельного высказывания своего мнения перед группой;
- раскрытие творческого потенциала.

Каждый проведенный тренинг общения всегда подчинялся определенным правилам.

1. С каждым из участников был сопровождающий-переводчик.
2. Сначала ведущим (в т.ч. с помощью специальной игры) назывались все участники по кругу. Это необходимо, чтобы люди с нарушениями зрения и слуха понимали, кто присутствует на занятии и в какой части помещения находится.
3. Все высказывались по очереди, все общались со всеми.
4. Мысли высказывались коротко, но до конца. Общение не прерывалось случайно, как это часто бывает в повседневных ситуациях.
5. Темы для обсуждения предлагались таким образом, чтобы присутствующие могли узнать друг о друге нечто новое, а также укрепить эмоциональный контакт.

Все тренинги включали в себя подготовительную часть, в которой все участники узнавали, кто присутствует на тренинге и где они сидят. Далее проводилось задание на «разогрев», направленное на создание настроения на совместную работу и взаимодействие. Основная часть занятия была направлена на решение главных задач. Проводились запланированные упражнения, нацеленные на создание условий для эффективной коммуникации. В конце каждого занятия проводилось обсуждение. Участники (все или по желанию) рассказывали о том, как они чувствовали себя в процессе упражнения, что было приятно и неприятно, что получалось легко, а что трудно. Программа тренинга представлена в табл. 1.

Таблица 1

Программа тренинга

№ занятия	Установочное задание («разогрев»)	Упражнение
1	<i>Рукопожатие по кругу</i>	<i>Знакомство</i> : короткий рассказ о себе (по кругу, можно с передачей какого-либо предмета следующему говорящему)
2	<i>Приветствия</i> : все участники должны поздороваться с группой разными способами, способ не должен повторяться	Пожелание самому себе и любому члену группы (на выбор) каких-нибудь достижений за время лагеря
3	<i>Приветствие «Снежный ком»</i> : каждый участник называет свое имя и имена всех, кто назвался до него. Таким образом, участник, который начинает игру, называет только себя, а последний – имена всех членов группы	<i>Узнавание человека по прикосновению</i> : участник встает в центр круга; к нему подходят по очереди три человека и касаются его так, чтобы их легко было узнать. Тот, кто в центре, должен определить, кто к нему прикоснулся. В центре круга должны побывать все члены группы

№ занятия	Установочное задание («разогрев»)	Упражнение
4	«Встречи»: все участники свободно перемещаются по залу. Встречая друг друга, приветствуют каждого по-своему	«Мойка машин»: каждый участник представляет себя машиной, рассказывает о себе («Я – большая/маленькая машина, новая/старая, грязная/чистая и др.») и просит «помыть» себя определенным образом (нежно, потереть посильнее и т.п.). Остальные участники стоят в два ряда лицом друг к другу, образуя коридор. «Машина» проходит по коридору, все прикасаются к ней в соответствии с ее описанием и пожеланиями
5	«У меня сегодня ... настроение, потому что» (высказываются все по очереди)	Рассказ о своей мечте: каждый участник по очереди называет свою мечту или желание. Затем каждый из группы желает другому участнику (на выбор) осуществить свою мечту
6	«Я горжусь тем, что...» (высказываются все по очереди)	Групповая скульптура: «скульптор» выбирается группой и расставляет всех участников расставляет всех участников в позах в соответствии с придуманным им образом скульптуры. Затем он по очереди заменяет каждого из участников, чтобы тот смог осмотреть/ощупать свою «скульптуру»
7	«Сиамские близнецы»: участники разбиваются на пары, в каждой паре скрепляют правые руку и ногу одного участника с левой рукой и ногой другого (можно использовать ленты или шнурки). В таком положении пара должна выполнить простую задачу – сложить лист бумаги пополам, пройти по кругу, перенести какой-либо предмет на другое место и др.	Тренинг с обменом ролями: участники разбиваются на пары. Каждый из пары за 5 минут рассказывает собеседнику об одном ярком воспоминании из детства. Затем они «меняются ролями», то есть каждый участник рассказывает группе о воспоминании своего собеседника и называет себя его именем. Перед обсуждением необходимо провести «снятие ролей»: попросить всех участников по очереди назвать свои собственные имена
8	Нет	«Теплый душ»: один участник садится в центр круга. Остальные по очереди делают ему комплименты. В центре круга должны побывать все члены группы

Результаты

В результате тренинговой работы участники отмечали, что они гораздо полнее узнали друг друга, и что часто информация о знакомых людях бывает неожиданной.

Можно отметить, что для некоторых участников группы, которые привыкли общаться только с очень узким кругом людей, а с остальными общались через посредника, например, родственника, новой была ситуация самостоятельного высказывания личного мнения перед всей группой. Также важно, что по какому-либо вопросу каждый человек узнавал мнение не одного собеседника, а сразу многих людей.

Таким образом, тренинг общения позволил устранить некоторые объективные коммуникативные сложности, имеющиеся у слепоглохих, и мотивировал участников проявлять инициативу в общении, узнавать новое друг о друге, а также создал позитивный опыт общения с более широким кругом людей.

Вот некоторые высказывания участников о своих впечатлениях от групповых занятий.

«Это была не просто веселая игра, но именно тренинг. Он помог нам правильно общаться, задавать вопросы, выслушивать друг друга, не перебивая. Ведь культуре общения нужно учиться».

«Было очень весело, интересно. Мне понравилось здороваться, обниматься. Я запомню это все».

«Тренинги очень необходимы для слепоглохих. Они развивают чувства. Мне понравилось все, что касалось ощущений. Также интересно слушать о жизни других. Я хочу продолжить общение с участниками».

«Круг, хороший, интересный».

«Лучше рассказывать истории друг другу, истории из детства. Поэтому мы много узнаем друг о друге».

Разумеется, в течение восьмидневного тренинга невозможно обучить участников беглому использованию незнакомых ранее специальных средств общения, но важным результатом было заметное повышение мотивации к овладению новыми способами обмена информацией. Например, почти все участники с нарушениями слуха незначительной степени (позволяющими использовать устную речь) начали учить дактильную азбуку и стараться запоминать жестовые выражения, чтобы без посредников общаться с другими ребятами, преимущественно использующими жестовую речь. По просьбе участников им были даны ссылки на интернет-ресурсы, где можно познакомиться с жестами русского жестового языка. Двоим участникам уже после окончания тренинга по их запросу были высланы видеословари и видеоуроки жестового языка.

Но самым главным результатом стало появление возможности для молодых людей с нарушениями зрения и слуха обсуждать друг с другом свои чувства. Обычно выражение не только мнения, но и своих чувств вызывает наибольшие трудности. Во-первых, потому что средства общения бывают недостаточно развиты и не дают возможности обсуждать отвлеченные понятия, во-вторых, потому что в процессе коррекционного обучения чувства и внутренний мир редко становятся предметом разговора между педагогом и учеником. Тренинговая программа построена таким образом, что в атмосфере поддержки молодые люди переходят от формального знакомства друг с другом к обсуждению своих чувств, впечатлений от каких-либо жизненных ситуаций, а в конце программы уже могут выражать свое отношение друг к другу.

Так, на первых двух занятиях участники обычно знакомятся, высказывают пожелания самим себе и друг другу на время проведения лагеря. В этих простых упражнениях они получают положительный опыт самопрезентации и убеждаются в схожести многих своих интересов. На последующих встречах они рассказывают о своей мечте, о своих воспоминаниях, выражают отношение к высказываниям других участников. Очень интересны в этом плане задания в парах, где могут встретиться незрячий участник с хорошим остаточным слухом и неслышащий, имеющий предметное зрение. Они обмениваются опытом, основанным на разных ощущениях.

Например, глухой юноша с синдромом Ушера рассказывал о своем воспоминании из детства, как он во время прогулки разглядывал ромашки, сорвал одну и подарил девочке, в которую был влюблен. А его незрячий партнер в ответ рассказал историю о том, как он гулял в лесу, услышал шорох и рычание и испугался, а оказалось, это был медвежонок в кустах.

На начальных этапах им в этом обмене активно помогали переводчики-волонтеры, но дальше ребята начинают больше общаться непосредственно друг с другом, хотя и с волонтерами тоже устанавливаются дружеские отношения.

Участники тренинга продолжили общаться друг с другом в повседневной жизни.

Сложности, возникающие в процессе тренинговой работы, имеют в основном организационный и технический характер. Во-первых, это обеспечение нужного количества сопровождающих-переводчиков, имеющих достаточный опыт общения со слепоглухими и владеющих специальными средствами общения. Как правило, ими становятся студенты, прошедшие курсы подготовки волонтеров, которые проводятся последние несколько лет Фондом поддержки слепоглухих «Соединение» в некоторых ВУЗах разных регионов России. Во-вторых, скорость перевода с помощью различных специальных средств общения значительно варьирует. В-третьих, скорость понимания инструкций к заданиям слепоглухими участниками тоже может быть разной. Кому-то достаточно точного перевода, другим необходимы повторы, разъяснения, примеры. Эти технические моменты накладывают определенные ограничения на подбор заданий и формулировки

инструкций к ним. Но, как правило, возникающие паузы и заминки преодолеваются с помощью терпеливого и поддерживающего поведения сопровождающих и других участников группы.

Выводы

1. Молодые люди с нарушениями зрения и слуха без выраженных дополнительных нарушений демонстрируют достаточно высокий уровень владения разнообразными средствами общения.

2. Коммуникативные потребности и предпочтения у молодых людей с нарушениями зрения и слуха соответствуют возрасту.

3. Тренинг общения позволяет устранить некоторые объективные коммуникативные сложности, имеющиеся у слепоглухих, замотивировать участников проявлять инициативу в общении, узнавать новое друг о друге, а также создает позитивный опыт общения с более широким кругом людей. Наиболее важным результатом становится возможность говорить о своих чувствах в поддерживающей атмосфере.

Литература

1. Альтернативные средства общения в обучении слепоглухих детей с тяжелыми нарушениями двигательного и психоречевого развития // материалы Всероссийского научно-практического семинара, Москва, МГППУ, 15 апреля 2017 г. / Отв. ред. Т.А. Баилова, А.Ю. Хохлова. М.: МГППУ, 2017. С. 67–78.

2. *Баилова Т.А.* История обучения и воспитания слепоглухих детей в России. М.: Эксмо, 2015. 208 с.

3. Независимая жизнь и социальная адаптация слепоглухих инвалидов в современном мегаполисе: методическое руководство для специалистов социальной сферы / под ред. Т.А. Баиловой. М.: МГППУ, 2008. 252 с.

4. *Пахальян В.Э.* Групповой психологический тренинг: Учебное пособие. СПб.: Питер, 2006. 224 с.

Group Communication Training for Young People with Combined Visual and Hearing Impairments

Khokhlova A.Yu.,

PhD (Psychology), Associate professor, Moscow State University of Psychology and Education; Psychologist; psychologist, Resource Center for Support of People with Multisensory Impairments and Their Families "Yaseneva Polyana", Moscow, Russia, ehalina2@yahoo.com

Dianova M.V.,

Assistant, Resource Center for Support of People with Multisensory Impairments and Their Families "Yaseneva Polyana", Moscow, Russia, m.dianova@so-edinenie.org

The article presents the experience of the communication training for young people with visual and hearing impairments. Boys and girls aged 16–25 with simultaneous hearing and visual impairments of varying severity took part in the group trainings. The variety of means of communication used by them described, conditions of effective training work outlined. The results showed that young people with visual and hearing impairments demonstrate a fairly high level of possession of various means of communication without pronounced additional violations. Communicative needs and preferences in young people with visual and hearing impairments are age-appropriate. Communication training allows the following: to eliminate some of the objective communicative difficulties which are exists in deaf-blind people, to motivate participants to show initiative in communication, to learn new about each other. Also communicative training creates a positive experience of communication with a wider range of people. The most important result is the opportunity to talk about ones feelings in a supportive atmosphere.

Keywords: deaf-blindness, communication, means of communication, communication training.

References

1. Al'ternativnye sredstva obshheniya v obuchenii slepoglukhikh detej s tyazhelymi narusheniyami dvigatel'nogo i psikhorechevogo razvitiya [Alternative Means of Communication in Teaching Deafblind Children with Severe Disturbances of Motor and

Хохлова А.Ю., Дианова М.В. Групповой тренинг общения для молодых людей, имеющих сочетанные нарушения зрения и слуха
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 1. С. 91–103.

Khokhlova A.Yu., Dianova M.V. Group communication training for young people with combined visual and hearing impairments
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 1, pp. 91–103.

Psycho-Speech Development]. In T.A. Basilova, A.Yu. Khokhlova (eds.) *Materialy Vserossijskogo nauchno-prakticheskogo seminara [Materials of the All-Russian Scientific and Practical Seminar]*. Moscow: publ. of MSUPE, 2017, pp. 67–78.

2. Basilova T.A. *Istoriya obucheniya i vospitaniya slepoglukhikh detej v Rossii [History of Education and Education of Deafblind Children in Russia]*. Moscow: Eksmo, 2015. 208 p.

3. *Nezavisimaya zhizn' i sotsial'naya adaptatsiya slepoglukhikh invalidov v sovremennom megalopolise: metodicheskoe rukovodstvo dlya spetsialistov sotsial'noj sfery [Independent life and social adaptation of deaf-blind invalids in the modern megalopolis: methodical guidance for specialists in the social sphere]* / T.A. Basilova (ed.). Moscow: publ. of MSUPE, 2008. 252 p.

4. Pakhal'yan V.E. *Grupповой psikhologicheskij trening: Uchebnoe posobie [Group Psychological Training: A Tutorial]*. Saint-Petersburg: Piter, 2006. 224 p.

Перфекционистская самопрезентация и особенности ее диагностики

Золотарева А.А.,

кандидат психологических наук, доцент, кафедра социальных, психологических и правовых коммуникаций, Национальный исследовательский Московский государственный строительный университет (НИУ МГСУ), Москва, Россия, alena.a.zolotareva@gmail.com

Цель данной работы – дополнить ранее описанную процедуру адаптации Шкалы перфекционистской самопрезентации П.Хьюитта клиническими материалами. В настоящем исследовании помимо популяционной выборки (747 респондентов, среди них 324 мужчины и 423 женщины в возрасте $28,4 \pm 10,4$ лет) приняли участие пациенты психиатрической больницы с депрессивными и тревожными расстройствами (35 респондентов, среди них 20 мужчин и 15 женщин в возрасте $27,46 \pm 7,2$ лет). Все респонденты также заполняли русскоязычную версию Многомерной шкалы перфекционизма П.Хьюитта и Г.Флетта в адаптации И.И. Грачевой. Методом конфирматорного факторного анализа подтверждена трехфакторная структура шкалы, субшкалы которой продемонстрировали схожие с оригинальной шкалой показатели внутренней согласованности, ретестовой надежности и конвергентной валидности. Установлено, что в выборке пациентов психиатрической больницы отмечаются более сильные связи между перфекционизмом и перфекционистской самопрезентацией, нежели в выборке условно здоровых респондентов. В заключении делается вывод о потенциальной эффективности применения адаптированной русскоязычной версии шкалы в исследованиях в области клинической психологии и психиатрии.

Ключевые слова: перфекционизм, перфекционистская самопрезентация, Шкала перфекционистской самопрезентации П. Хьюитта.

Для цитаты:

Золотарева А.А. Перфекционистская самопрезентация и особенности ее диагностики [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 1. С. 104–117. doi: 10.17759/psyclin.2018070108

For citation:

Zolotareva A.A. Perfectionistic self-presentation and its diagnostic features [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 1, pp. 104–117. doi: 10.17759/psycljn.2018070108 (In Russ., abstr. in Engl.)

Теоретическая основа исследования

В конце XX века некоторые психологи высказали идею о том, что экспрессивные аспекты той или иной личностной черты необходимо отличать от ее сущностных аспектов, поскольку не та или иная черта в чистом виде, а, скорее, ее интерперсональные проявления ведут к различным психологическим проблемам и нарушениям [7; 17; 19]. Так, в области исследований перфекционизма появилось понятие перфекционистской самопрезентации, в самом широком смысле определяемое как стремление к демонстрации совершенства в публичных ситуациях и причисляемое к неадаптивным, защитным формам самопрезентации [13]. В настоящее время психология располагает доказательствами того, что перфекционистская самопрезентация тесно связана с образом тела и пищевыми расстройствами [16], навыком решения социальных проблем и депрессивными симптомами [4], ненадежной привязанностью и социальной разобщенностью [9], а также с некоторыми другими социально обусловленными характеристиками. Тем самым диагностика перфекционистской самопрезентации как в исследовательских, так и в практических целях представляет потенциальный интерес для широкого круга специалистов, включая психиатров, психотерапевтов и психологов, поскольку ее проявления вносят вклад в ряд психологических и психических дисфункций.

Для диагностики перфекционистской самопрезентации группой канадских психологов под руководством П. Хьюитта была создана специальная методика, получившая название Шкалы перфекционистской самопрезентации (далее – ШПС; в оригинальном варианте – Perfectionistic Self-Presentation Scale, PSPS) [13]. В ее основу легли описания нарциссического и невротического перфекционизма в концепции Б. Сороцкого (стремление нарциссических перфекционистов к получению восхищения и уважения со стороны других путем демонстрации им своих наиболее сильных достоинств против попытки невротических перфекционистов получить принятие и одобрение других с помощью сокрытия собственных недостатков), а также концепции самопрезентационных тактик Э. Хиггинса, М. Лири и др. [там же]. В частности, авторы последней концепции также говорили о существовании двух принципиально различающихся самопрезентационных тактик: демонстрации желательных качеств с помощью освещения наиболее положительных сторон натуры и дезавуировании нежелательных качеств путем утаивания или искоренения негативных черт. Так, в структуру ШПС вошли три субшкалы, одна из которых («Демонстрация совершенства») была призвана диагностировать позитивную самопрезентационную тактику, а две других («Поведенческое непрявление несовершенства» и «Вербальное непрявление несовершенства») – тактику ухода.

1. Субшкала «Демонстрация совершенства» диагностирует стремление индивида к созданию образа идеального человека, обладающего выдающимися способностями, безупречной репутацией, социальной компетентностью и общественным признанием (10 тестовых пунктов; примеры: «Я всегда пытаюсь представить образ совершенства», «Мне необходимо, чтобы меня воспринимали как человека, который способен все сделать идеально»).

2. Субшкала «Поведенческое не проявление несовершенства» измеряет зависимость индивида от мнения других, сверхчувствительность к критике и стремление избежать ситуаций, в которых его поведение может попасть в центр внимания (10 тестовых пунктов; примеры: «Я переживаю из-за ошибок, совершенных в присутствии других людей», «Плохо, когда другие знают о неудаче»).

3. Субшкала «Вербальное не проявление несовершенства» оценивает склонность индивида к избеганию ситуаций, в которых его недостатки могут стать мишенью для общественного обсуждения (7 тестовых пунктов; примеры: «Мне следует самому решать свои проблемы и не рассказывать о них другим людям», «Я стараюсь не рассказывать о своих недостатках»).

В настоящее время ШПС широко распространена в зарубежных исследованиях, о чем свидетельствует сразу несколько линий ее развития. Во-первых, благодаря разработке юношеской версии шкалы (Perfectionistic Self-Presentation Scale – Junior Form) стали возможными диагностика и психопрофилактика психологических и социальных затруднений, возникающих у подростков с высоким уровнем перфекционистской самопрезентации [12]. Во-вторых, в 2016 году на основе данной шкалы была создана одномерная Шкала перфекционистской самопрезентации скрывающих усилий (Perfectionistic Self-Presentation Hiding Effort Scale, PSPHES), показатели которой признаны уникальным предиктором депрессии и социальной тревожности [11]. В-третьих, в мировой психологической литературе встречаются упоминания о переводе и адаптации Шкалы перфекционистской самопрезентации на итальянский [6], португальский [10], испанский [8], китайский [20] и некоторые другие языки, что в очередной раз говорит о ее психодиагностической востребованности.

Исследование

Русскоязычная адаптация ШПС проводилась с разрешения автора оригинальной версии шкалы П. Хьютта. В соответствии с психометрическими стандартами, предъявляемыми к адаптации психодиагностических шкал [3], перевод тестовых пунктов на русский язык осуществлялся с помощью процедуры обратного перевода при участии двух специалистов, в совершенстве владеющих русским и английским языками. Результаты адаптации ШПС на популяционной выборке, проведенной в 2009–2011 годах, ранее были представлены в других работах [например, 2]. **Целью** настоящего исследования стало дополнение психометрической картины ШПС клиническими материалами, собранными в 2014 году.

Метод

Участники исследования. В адаптации шкалы приняли участие две группы респондентов. Первую группу (популяционная выборка) составили 747 респондентов (среди них 324 мужчины и 423 женщины, средний возраст выборки составил $28,42 \pm 10,44$ лет), набранных по принципу «снежного кома». Из них 100 респондентов (студенты-психологи Омского государственного университета им. Ф.М. Достоевского; среди них 40 мужчин и 60 женщин, средний возраст выборки $20,2 \pm 4,95$ лет) повторно заполнили ШПС спустя месяц после первого тестирования. Во вторую группу (клиническая выборка) вошли 35 респондентов (пациенты с депрессивными и тревожными расстройствами, проходящие стационарное лечение в Омской клинической психиатрической больнице им. Н.Н. Солодникова; среди них 20 мужчин и 15 женщин, средний возраст выборки $27,45 \pm 7,22$ лет).

Методики. Помимо ШПС все участники исследования заполняли Многомерную шкалу перфекционизма П. Хьюитта и Г. Флетта (далее – МШП; в оригинальном варианте – Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale, MPS) в адаптации И.И. Грачевой [1]. Данная шкала содержит 45 пунктов, сгруппированных в три субшкалы: 1) субшкала «Перфекционизм, ориентированный на себя» диагностирует следование крайне высоким личным стандартам; 2) субшкала «Перфекционизм, ориентированный на других» оценивает ожидание совершенства от значимых других; 3) субшкала «Социально предписываемый перфекционизм» измеряет потребность в соответствии чужим стандартам.

Результаты и их обсуждение

Факторная структура. Факторная структура ШПС проверялась с помощью методов эксплораторного (ЭФА) и конфирматорного (КФА) факторного анализа, реализованных в программных пакетах SPSS Statistics 22.0 и EQS 6.2. По данным ЭФА три фактора в сумме объяснили 51,7% дисперсии (при значении критерия Кайзера–Мейера–Олкина равном 0,85). Первый фактор вобрал в себя 11 тестовых пунктов (из них 8 – из субшкалы «Демонстрация совершенства»), во второй фактор вошли 8 тестовых пунктов из субшкалы «Поведенческое не проявление несовершенства», третий фактор содержал 8 тестовых пунктов (из них 6 – из субшкалы «Вербальное не проявление несовершенства»). Корреляции между субшкалами составили значения 0,75, 0,80 и 0,84 (в оригинальной версии шкалы разброс коэффициентов интеркорреляций варьировался в пределах от 0,60 до 0,70).

Факторная структура ШПС, обнаруженная с помощью ЭФА, легла в основу проверки Модели 1, которая подверглась процедуре КФА и показала удовлетворительные показатели соответствия исходным данным ($\chi^2=96,68$, $df=41$, $p<0,001$; $RMSEA=0,05$; $CFI=0,94$; $SRMR=0,05$). Однако наилучшее соответствие показала Модель 2, построенная на основе оригинальной структуры ШПС ($\chi^2 = 55,64$, $df = 32$, $p < 0,001$; $RMSEA = 0,05$; $CFI = 0,96$; $SRMR = 0,06$). Показатели соответствия обеих моделей исходным данным представлены в табл. 1. В соответствии с традиционно принятыми критериями ($RMSEA<0,06$, $CFI>0,95$, $SRMR<0,08$) [15], по

результатам КФА была выбрана структура русскоязычной версии ШПС, полностью соответствующая оригинальной версии шкалы.

Надежность. Для проверки надежности ШПС было проведено два измерения: во-первых, были рассчитаны показатели внутренней согласованности всех субшкал с помощью коэффициента α -Кронбаха, во-вторых, были подсчитаны показатели ретестовой надежности субшкал с помощью коэффициентов корреляции r -Спирмена (данные показатели представлены в табл. 1). При сравнении коэффициентов α -Кронбаха и r -Спирмена для субшкал в оригинальной и русскоязычной версиях ШПС видно, что по показателям ретестовой надежности обе версии шкалы являются равнозначными, в то время как показатели внутренней согласованности субшкал адаптированной версии несколько ниже, чем соответствующие показатели оригинальной версии. Тем не менее для большинства специалистов в области психометрики коэффициенты α -Кронбаха, достигающие отметку 0,70, являются убедительным доказательством внутренней согласованности [5].

Таблица 1

Показатели надежности оригинальной и русскоязычных версий ШПС

Субшкалы	Внутренняя согласованность	Ретестовая надежность
Оригинальная версия шкалы		
Демонстрация совершенства	0,84–0,89	0,83 / 0,81
Поведенческое не проявление несовершенства	0,83–0,91	0,84 / 0,81
Вербальное не проявление несовершенства	0,72–0,88	0,74 / 0,79
Русскоязычная версия шкалы		
Демонстрация совершенства	0,76	0,80
Поведенческое не проявление несовершенства	0,66	0,79
Вербальное не проявление несовершенства	0,66	0,75

Примечание: показатели внутренней согласованности субшкал оригинальной версии шкалы оценивались для 13 различных выборок численностью от 47 до 1041 человек, в таблице представлен вариативный разброс показателей α -Кронбаха. Показатели ретестовой надежности субшкал оригинальной версии шкалы измерялись дважды: спустя три недели ($n=47$), а затем – спустя четыре месяца ($n=104$) после первичного тестирования. Показатели внутренней согласованности и ретестовой надежности русскоязычной версии шкалы оценивались на одной

выборке (n=100), повторно прошедшей тестирование спустя четыре недели после первичного замера.

Конвергентная валидность. Вслед за протоколом оценки конвергентной валидности оригинальной версии ШПС субшкалы адаптированной шкалы проходили проверку валидности с помощью установления их связей с показателями по МШП. Так, было обнаружено, что все субшкалы русскоязычной версии ШПС так же, как и субшкалы оригинальной шкалы, позитивно коррелируют со всеми субшкалами МШП. Кроме того, матрица данных связей идентична как в популяционных, так и в клинических англоязычных и русскоязычных выборках (коэффициенты корреляции представлены в табл. 2).

Таблица 2

**Показатели конвергентной валидности
оригинальной и русскоязычных версий ШПС**

Субшкалы	Перфекционизм, ориентированный на себя	Перфекционизм, ориентированный на других	Социально предписываемый перфекционизм
Оригинальная версия шкалы			
Демонстрация совершенства	0,59*** / 0,66***	0,41*** / 0,46***	0,22* / 0,42***
Поведенческое непроявление несовершенства	0,37*** / 0,39***	0,26*** / 0,25***	0,20* / 0,22***
Вербальное непроявление несовершенства	0,47*** / 0,56***	0,44*** / 0,55***	0,44*** / 0,54***
Русскоязычная версия шкалы			
Демонстрация совершенства	0,60*** / 0,56***	0,44*** / 0,47**	0,43*** / 0,29*
Поведенческое непроявление несовершенства	0,22*** / 0,46**	0,19*** / 0,45**	0,27*** / 0,35*
Вербальное непроявление несовершенства	0,19*** / 0,46**	0,10* / 0,29*	0,28*** / 0,49**

Примечание: * – $p \leq 0,05$, ** – $p \leq 0,01$, *** – $p \leq 0,001$. Показатели конвергентной валидности оригинальной версии шкалы измерялись дважды: на студенческой выборке (n=136) и выборке пациентов психиатрических клиник с аффективными и тревожными расстройствами, а также расстройствами адаптации (n=632). Показатели конвергентной валидности русскоязычной версии шкалы также измерялись дважды: на популяционной выборке (n=747) и на выборке пациентов психиатрической больницы с депрессивными и тревожными расстройствами (n=35).

Таким образом, психометрические свойства русскоязычной версии ШПС в целом соответствуют факторной структуре, а также показателям валидности и надежности оригинальной шкалы и позволяют рассматривать ее как психометрически состоявшийся инструмент для оценки перфекционистской самопрезентации на русскоязычных выборках. Особый интерес вызывает тот факт, что в выборке пациентов психиатрической больницы с депрессивными и тревожными расстройствами, как правило, отмечаются более сильные связи между перфекционизмом и перфекционистской самопрезентацией, нежели в выборке условно здоровых респондентов. Эта закономерность требует дополнительных исследований, поскольку существуют данные о том, что перфекционистская самопрезентация может оказывать большое влияние на терапевтический альянс и успех лечения пациентов психиатрических клиник [14].

Заключение

В последние годы оригинальная версия ШПС, уже свыше десяти лет существующая в арсенале мировой психодиагностики, активно используется в области клинической психологии и психиатрии, а также психологического сопровождения детей, подростков и взрослых в ситуации сильного дистресса и ассоциированных с ним социальных дисфункций [18]. Результаты проведенного исследования, целью которого было дополнение психометрической картины ШПС клиническими материалами, подтвердили психодиагностические возможности адаптированной шкалы в исследованиях на клинических выборках, а также в целом свидетельствуют в пользу потенциальной эффективности шкалы в практике профилактических и психокоррекционных мероприятий, направленных на снижение значимости образа совершенства у лиц с психическими расстройствами.

Литература

1. Грачева И.И. Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта и Г. Флетта // Психологический журнал. 2006. Т. 27. № 6. С. 73–89.
2. Золотарева А.А. Адаптация методики «Шкала перфекционистской самопрезентации» П. Хьюитта // Психологический журнал. 2011. Т. 32. № 6. С. 62–69.
3. Beauford J.E., Nagashima Y., Wu M.-H. Using translated instruments in research // Journal of College Teaching and Learning. 2009. Vol. 6. № 5. P. 77–81.
4. Besser A., Flett G.L., Hewitt P.L. Perfectionistic self-presentation and trait perfectionism in social problem-solving ability and depressive symptoms // Journal of Applied Social Psychology. 2010. Vol. 40. № 8. P. 2123–2156. doi: 10.1111/j.1559-1816.2010.00653.x
5. Bland J.M., Altman D.G. Statistics notes: Cronbach's alpha // British Medical Journal. 1997. Vol. 314. P. 572. doi: 10.1136/bmj.314.7080.572

6. *Borroni S., Bortolla R., Lombardi L.M., Somma A., Maffei C., Fossati A.* The Italian version of Perfectionistic Self-Presentation Scale: Psychometric properties and its associations with pathological narcissism and adult attachment in an adult non clinical sample // *Personality and Mental Health*. 2016. Vol. 10. № 2. P. 130–141. doi: 10.1002/pmh.1328
7. *Buss A.H., Finn S.E.* Classification of personality traits // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987. Vol. 52. № 2. P. 432–444. doi: 10.1037/0022-3514.52.2.432
8. *Castro J., Gila A., Gual P., Lahortiga F., Saura B., Toro J.* Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa // *Journal of Adolescent Health*. 2004. Vol. 35. № 5. P. 392–398. doi: 10.1016/j.jadohealth.2003.11.094
9. *Chen C., Hewitt P.L., Flett G.L., Cassels T.G., Birch S., Blasberg J.S.* Insecure attachment, perfectionistic self-presentation, and social disconnection in adolescents // *Personality and Individual Differences*. 2012. Vol. 52. P. 936–941. doi: 10.1016/j.paid.2012.02.009
10. *Ferreira C., Pinto-Gouveia J., Duarte C.* Self-criticism, perfectionism and eating disorders: The effect of depression and body dissatisfaction // *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2014. Vol. 14. № 3. P. 409–420.
11. *Flett G.L., Nepon T., Hewitt P.L., Zhao W.* Projecting perfection by hiding effort: Supplementing the Perfectionistic Self-Presentation Scale with a brief self-presentation measure // *Self and Identity*. 2016. Vol. 15. № 3. P. 245–261. doi: 10.1080/15298868.2015.1119188
12. *Hewitt P.L., Blasberg J.S., Flett G.L., Besser A., Sherry S.B., Caelian C., Papsdorf M., Cassels T.G., Birch S.* Perfectionistic self-presentation in children and adolescents: Development and validation of the Perfectionistic Self-Presentation Scale – Junior Form // *Psychological Assessment*. 2011. Vol. 23. № 1. P. 125–142. doi:10.1037/a0021147
13. *Hewitt P.L., Flett G.L., Sherry S.B., Habke M., Parkin M., Lam R.W., McMurty B., Ediger E., Fairlie P., Stein M.B.* The interpersonal expression of perfectionism: Perfectionistic self-presentation and psychological distress // *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003. Vol. 84. № 6. P. 1303–1325. doi: 10.1037/0022-3514.84.6.1303
14. *Hewitt P.L., Habke A.M., Lee-Bagglely D.L., Sherry S.B., Flett G.L.* The impact of perfectionistic self-presentation on the cognitive, affective, and physiological experience of a clinical interview // *Psychiatry*. 2008. Vol. 71. № 2. P. 93–122. doi: 10.1521/psyc.2008.71.2.93
15. *Hu L., Bentler P.M.* Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives // *Structural Equation Modeling*. 1999. Vol. 6. P. 1–55. doi: 10.1080/10705519909540118
16. *McGee B.J., Hewitt P.L., Sherry S.B., Parkin M., Flett G.L.* Perfectionistic self-presentation, body image, and eating disorder symptoms // *Body Image*. 2005. Vol. 2. № 1. P. 29–40. doi: 10.1016/j.bodyim.2005.01.002

17. *Paulhus D.L., Martin C.L.* The structure of personality capabilities // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987. Vol. 52. № 2. P. 354–365. doi: 10.1037/0022-3514.52.2.354

18. *Read D.J., Hill A.P., Jowett G.E., Astill S.L.* The relationship between perfectionistic self-presentation and reactions to impairment and disability following spinal cord injury // *Journal of Health Psychology*. 2016. doi: 10.1177/1359105316674268

19. *Wachtel P.L.* Cyclical processes in personality and psychopathology // *Journal of Abnormal Psychology*. 1994. Vol. 103. № 1. P. 51–54. doi: 10.1037//0021-843X.103.1.51

20. *Zhang Y.-W., Gan Y.-Q., Zhan X.-N.* Perfectionistic self-presentation in Chinese college students and its relations with self-esteem // *Chinese Mental Health Journal*. 2007. Vol. 21. P. 94–115.

Приложение

**Бланк русскоязычной версии Шкалы перфекционистской самопрезентации
П. Хьюитта**

Ознакомьтесь с каждым из приведенных ниже утверждений и оцените степень Вашего согласия или несогласия с ним, выделив одну из цифр, указанных справа: 1 означает полное несогласие, 7 – полное согласие, 4 означает, что Ваше отношение нейтрально или Вы затрудняетесь ответить.

1.	Показывать другим, что я несовершенен, вполне приемлемо.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Я сужу о себе по тем ошибкам, которые я совершаю в присутствии других людей.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Я сделаю все возможное, чтобы скрыть ошибку.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Совершать ошибки в присутствии других людей намного хуже, чем когда этого никто не видит.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Я всегда пытаюсь представить образ совершенства.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Я не могу себе позволить выглядеть глупо в присутствии других людей.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Если я буду казаться совершенным, другие будут принимать меня более положительно.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Я переживаю из-за ошибок, совершенных в присутствии других людей.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Я никогда не говорю другим, сколько усилий я потратил на выполнение дел.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Я хотел бы казаться более компетентным, чем я есть на самом деле.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Недостатки в моей внешности не имеют для меня значения.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Я не хочу, чтобы другие люди видели, как я над чем-то работаю, за исключением тех дел, в которых я хорошо разбираюсь.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Я никому не рассказываю о своих проблемах.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Мне следует решать свои проблемы самому и не рассказывать о них другим людям.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Я должен всегда контролировать свои действия.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Рассказывать другим людям о своих ошибках вполне приемлемо.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Я стремлюсь показать себя с лучшей стороны в общении с людьми.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Для меня не имеет значения, выгляжу ли я безупречно.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Рассказать другим о неудаче – это самое худшее.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Я ненавижу совершать ошибки в присутствии других людей.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Я стараюсь не рассказывать о своих недостатках.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Я не переживаю, если совершаю ошибки в присутствии других людей.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Мне необходимо, чтобы меня воспринимали как человека, который способен все сделать идеально.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Плохо, когда другие знают о неудаче.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Для меня очень важно всегда быть «на высоте».	1	2	3	4	5	6	7
26.	Я всегда должен быть совершенным.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Я стремлюсь выглядеть совершенным в глазах других.	1	2	3	4	5	6	7

Ключи и обработка результатов. Для подсчета баллов ответам на прямые пункты теста присваиваются баллы от 1 до 7 (1 – полное несогласие, 7 – полное согласие), ответы на обратные пункты инвертируются (7 – полное несогласие, 1 – полное согласие). Затем баллы суммируются для каждой из субшкал в соответствии со следующей таблицей:

Субшкала	Прямые пункты	Обратные пункты
Демонстрация совершенства	5, 7, 15, 17, 23, 25, 26, 27	11, 18
Поведенческое непрявление несовершенства	2, 3, 4, 6, 8, 10, 12, 20, 24	22
Вербальное непрявление несовершенства	9, 13, 14, 19, 21	1, 16

Perfectionistic Self-presentation and its Diagnostic Features

Zolotareva A.A.,

PhD (Psychology), Associate professor, Chair of social, psychological and legal communications, National Research University Moscow State University of Civil Engineering (NRU MGSU), Moscow, Russia, alena.a.zolotareva@gmail.com

The goal of the study was to supplement the previously described adaptation of the Perfectionistic Self-Presentation Scale by P. Hewitt with clinical materials. In addition to the population sample (747 participants; 324 men and 423 women with a mean age of 28.42 ± 10.44 years), clinical patients with depressive and anxiety disorders (35 participants; 20 men and 15 women with a mean age of 27.45 ± 7.22 years) took part in this study. All participants also completed the Russian-language version of the Multidimensional Perfectionism Scale by P. Hewitt and G. Flett adapted by I.I. Gracheva. The three-factor structure of the scale was confirmed by means of confirmatory factor analysis; its subscales demonstrated means of internal consistency, retest reliability and convergent validity similar to the original scale. It was shown that in a sample of clinical patients there are stronger correlations between perfectionism and perfectionistic self-presentation than in a sample of conditionally healthy participants. In conclusion, it is inferred that the adapted Russian-language version of the scale can be potentially effective in clinical psychology and psychiatry.

Keywords: perfectionism, perfectionistic self-presentation, Perfectionistic Self-Presentation Scale by P. Hewitt.

References

1. Gracheva I.I. Adaptatsiya metodiki «Mnogomernaya shkala perfektsionizma» P. Kh'yuita i G. Fletta [Adaptation of «Multidimensional Perfectionism Scale» technique by P. Hewitt and G. Flett]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 2006, vol. 27, no. 6, pp. 73–89. (in Russ., abstr. in Engl.).
2. Zolotareva A.A. Adaptatsiya metodiki «Sghkala perfektsionistskoi samoprezentatsii» P. Kh'yuita [Adaptation of P. Hewitt's «Perfectionistic Self-Presentation Scale»]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 2011, vol. 32, no. 6, pp. 62–69. (in Russ., abstr. in Engl.).

3. Beauford J.E., Nagashima Y., Wu M.-H. Using translated instruments in research. *Journal of College Teaching and Learning*, 2009. Vol. 6 (5), pp. 77–81.
4. Besser A., Flett G.L., Hewitt P.L. Perfectionistic self-presentation and trait perfectionism in social problem-solving ability and depressive symptoms // *Journal of Applied Social Psychology*, 2010. Vol. 40 (8), pp. 2123–2156. doi: 10.1111/j.1559-1816.2010.00653.x
5. Bland J.M., Altman D.G. Statistics notes: Cronbach's alpha. *British Medical Journal*, 1997. Vol. 314, p. 572. doi: 10.1136/bmj.314.7080.572
6. Borroni S., Bortolla R., Lombardi L.M., Somma A., Maffei C., Fossati A. The Italian version of Perfectionistic Self-Presentation Scale: Psychometric properties and its associations with pathological narcissism and adult attachment in an adult non clinical sample. *Personality and Mental Health*, 2016. Vol. 10 (2), pp. 130–141. doi: 10.1002/pmh.1328
7. Buss A.H., Finn S.E. Classification of personality traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987. Vol. 52 (2), pp. 432–444. doi: 10.1037/0022-3514.52.2.432
8. Castro J., Gila A., Gual P., Lahortiga F., Saura B., Toro J. Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 2004. Vol. 35 (5), pp. 392–398. doi: 10.1016/j.jadohealth.2003.11.094
9. Chen C., Hewitt P.L., Flett G.L., Cassels T.G., Birch S., Blasberg J.S. Insecure attachment, perfectionistic self-presentation, and social disconnection in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 2012. Vol. 52, pp. 936–941. doi: 10.1016/j.paid.2012.02.009
10. Ferreira C., Pinto-Gouveia J., Duarte C. Self-criticism, perfectionism and eating disorders: The effect of depression and body dissatisfaction. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2014. Vol. 14 (3), pp. 409–420.
11. Flett G.L., Nepon T., Hewitt P.L., Zhao W. Projecting perfection by hiding effort: Supplementing the Perfectionistic Self-Presentation Scale with a brief self-presentation measure. *Self and Identity*, 2016. Vol. 15 (3), pp. 245–261. doi: 10.1080/15298868.2015.1119188
12. Hewitt P.L., Blasberg J.S., Flett G.L., Besser A., Sherry S.B., Caelian C., Papsdorf M., Cassels T.G., Birch S. Perfectionistic self-presentation in children and adolescents: Development and validation of the Perfectionistic Self-Presentation Scale – Junior Form. *Psychological Assessment*, 2011. Vol. 23 (1), pp. 125–142. doi:10.1037/a0021147
13. Hewitt P.L., Flett G.L., Sherry S.B., Habke M., Parkin M., Lam R.W., McMurty B., Ediger E., Fairlie P., Stein M.B. The interpersonal expression of perfectionism: Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003. Vol. 84 (6), pp. 1303–1325. doi: 10.1037/0022-3514.84.6.1303

14. Hewitt P.L., Habke A.M., Lee-Baggley D.L., Sherry S.B., Flett G.L. The impact of perfectionistic self-presentation on the cognitive, affective, and physiological experience of a clinical interview. *Psychiatry*, 2008. Vol. 71 (2), pp. 93–122. doi: 10.1521/psyc.2008.71.2.93
15. Hu L., Bentler P.M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 1999. Vol. 6, pp. 1–55. doi: 10.1080/10705519909540118
16. McGee B.J., Hewitt P.L., Sherry S.B., Parkin M., Flett G.L. Perfectionistic self-presentation, body image, and eating disorder symptoms. *Body Image*, 2005. Vol. 2 (1), pp. 29–40. doi: 10.1016/j.bodyim.2005.01.002
17. Paulhus D.L., Martin C.L. The structure of personality capabilities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987. Vol. 52 (2), pp. 354–365. doi: 10.1037/0022-3514.52.2.354
18. Read D.J., Hill A.P., Jowett G.E., Astill S.L. The relationship between perfectionistic self-presentation and reactions to impairment and disability following spinal cord injury. *Journal of Health Psychology*, 2016. doi: 10.1177/1359105316674268
19. Wachtel P.L. Cyclical processes in personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 1994. Vol. 103 (1), pp. 51–54. doi: 10.1037//0021-843X.103.1.51
20. Zhang Y.-W., Gan Y.-Q., Zhan X.-N. Perfectionistic self-presentation in Chinese college students and its relations with self-esteem. *Chinese Mental Health Journal*, 2007. Vol. 21, pp. 94–115.

Апробация невербальной методики для оценки удовлетворенности участками тела (УУТ)

Мешкова Т.А.,

кандидат психологических наук, заведующий кафедрой дифференциальной психологии и психофизиологии, факультет клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, tmesh@mail.ru

Клычкова О.М.,

студент, кафедра специальной психологии и реабилитологии, факультет клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, oksana.m.klychkova@gmail.com

Предлагается новая методика для измерения отношения к отдельным участкам своего тела, применимая для лиц с физическими недостатками внешности. Бланки для тестирования содержат схематические изображения фигуры и лица человека, на которых очерчены участки, в которых необходимо поставить конкретную оценку того, насколько респондент удовлетворен данным участком тела, на основе 5-балльной шкалы. Апробация проведена на подростках 11-18 лет с типичным развитием (103 человека) и с двигательными нарушениями и сохранным интеллектом (31 человек). Получены конкретные и усредненные оценки лица, тела, конечностей. Психометрический анализ показал, что подростки обеих групп в основном оценивают свое тело баллами 4 и 5. В обеих группах имеется около 9% респондентов с низкими оценками (ниже 3,5). Имеются достоверные половые различия в оценках некоторых частей тела. При сравнении групп подростков с типичным развитием и двигательными нарушениями с учетом факторов пола, возраста и наличия нарушений дисперсионный анализ выявляет достоверные эффекты взаимодействия этих факторов. В частности, наиболее низкие оценки характерны для девушек 11-14 лет группы подростков с двигательными нарушениями. Валидность предлагаемой методики подтверждается закономерными корреляциями с другими оценками образа тела, самооценкой и показателями нейротизма. Предложенная методика может быть рекомендована для исследовательских целей при работе с подростками и взрослыми, имеющими физические дефекты внешности.

Ключевые слова: образ тела, двигательные нарушения, подростки, психологическая оценка, апробация методики.

Для цитаты:

Мешкова Т.А., Клычкова О.М. Апробация невербальной методики для оценки удовлетворенности участками тела (УУТ)[Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 1. С. 118–138. doi: 10.17759/psyclin.2018070109

For citation:

Meshkova T.A., Klychkova O.M. Approbation of the non-verbal technique for assessment of the satisfaction with body parts [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2018, vol. 7, no. 1, pp. 118–. doi: 10.17759/psycljn.2018070109 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Формирование образа тела в подростковом возрасте – нестабильный, но значимый для развития личности и качества дальнейшей жизни процесс. Формирование образа тела в школьные годы существенно зависит от того, как внешность подростка оценивают сверстники, учителя, родители, а внешность подростка, в свою очередь, во многом определяет отношение к нему окружающих. Например, заметные физические отклонения нередко становятся причиной отрицательного, предвзятого отношения к подростку [2; 4; 30]. Особая важность физически и эстетически комфортного переживания телесности в этот период позволяет предположить, что подростки с физическими особенностями, например, с двигательными нарушениями, могут оказаться в группе риска возникновения негативного образа тела и как следствие негативного образа «Я» [4].

Интерес к проблеме образа тела в настоящее время приобрел особую остроту. Это связано в основном с широким распространением нарушений пищевого поведения и ожирения. Вместе с тем лишь немногие исследователи (в особенности в отечественной литературе) обращались к проблеме телесности и восприятия своего тела у людей с физическими особенностями [1; 5; 15; 18; 27; 28; 32 и др.].

Также следует отметить, что разнообразный психодиагностический инструментарий, разработанный для оценки отношения к телу, рассчитан в основном на людей без заметных физических нарушений. Для диагностики чаще всего применяются опросники [33] или рисунки тела человека (в том числе компьютерные 3D образы), позволяющие осуществлять выбор реального и идеального образа тела. Как правило, такие рисуночные шкалы направлены на оценку массы и формы тела – от худых образов фигур до выраженного ожирения [цит. по 20; 14; 31]. Неудовлетворенность своим телом отражается в разнице между выбором реальной и идеальной фигуры.

Имеются также опросники более широкого спектра, направленные на оценку Я-концепции с акцентом на образ «Я-физическое» [12; 16]. Лишь немногие методики направлены на возможность дифференцированной оценки удовлетворенности отдельными частями тела: как опросники [19; 22; 25; 29], так и рисуночные варианты (тест САРТ, [34]). В тесте САРТ используется невербальный вариант оценки частей тела с помощью раскрашивания различными цветами реалистичного контура мужской или женской фигуры с помощью пяти цветных карандашей в соответствии с инструкцией, указывающей, каким цветом обозначать части тела, вызывающие различную степень удовлетворения у респондента. Этот вариант методики используется и отечественными психологами на основе материалов, опубликованных В.Г. Сахаровой [3].

Все перечисленные варианты методов оценки отношения к телу не очень пригодны для диагностических целей, когда мы имеем дело с лицами с выраженными физическими недостатками (нарушения опорно-двигательного аппарата, последствия различных травм и оперативного вмешательства и т.п.), поскольку как в опросниках, так и в используемых рисунках подразумевается неискаженное тело (исключение могут составлять лишь крайние степени ожирения в соответствующих рисуночных методиках). Применение таких методик может травмировать респондентов с выраженными физическими недостатками. Тем более желательно применять более щадящие варианты диагностики для детей и подростков.

С учетом этого нами была поставлена задача разработки невербальной рисуночной методики, которая могла бы использоваться для оценки отношения к отдельным частям тела как у детей, так и у взрослых, имеющих физические дефекты внешности. Эта же методика должна быть пригодна для использования и на неклинических популяциях для формирования контрольных выборок.

Разработка методического инструментария

Мы остановили свой выбор на возможности использования схематизированного роботообразного рисунка тела (фронтально и дорсально) и схематичного изображения лица, в котором штриховкой выделены отдельные зоны, требующие оценивания. Вид схематизированного тела, напоминающий пиктограмму, не должен провоцировать сравнение своего тела с изображением реалистичного тела, как в распространенных рисуночных тестах, что позволит избежать эмоционально негативных ассоциаций.

Мы посчитали, что для детей и подростков, так же как и для взрослых респондентов, проще всего будет осуществлять оценивание по традиционной 5-балльной шкале, к которой они привыкли в школе. Инструкции и рисунки располагались на стандартных листах А4. Испытуемые ставили свои оценки прямо на выделенных областях изображений (рис. 1 и 2).

Оцените Вашу удовлетворённость отдельными участками Вашего тела по 5-балльной шкале (где 1 – полностью неудовлетворён, 5 – полностью удовлетворён).

Поставьте балл прямо на выделенной области изображения (лоб, нос, левый глаз, правый глаз, левая щека, правая щека, губы, подбородок, левое ухо, правое ухо, волосы).



Рис. 1. Бланк для оценивания участков лица

Оцените Вашу удовлетворённость отдельными участками Вашего тела по 5-балльной шкале (где 1 – полностью не удовлетворён, 5 – полностью удовлетворён). Поставьте балл прямо на выделенной области изображения (голова, шея, грудь, живот, левое плечо, правое плечо, левое предплечье, правое предплечье, левая кисть руки, правая кисть руки, живот, левое бедро, правое бедро, левое колено, правое колено, левая икра, правая икра, левая стопа, правая стопа, спина, ягодицы).

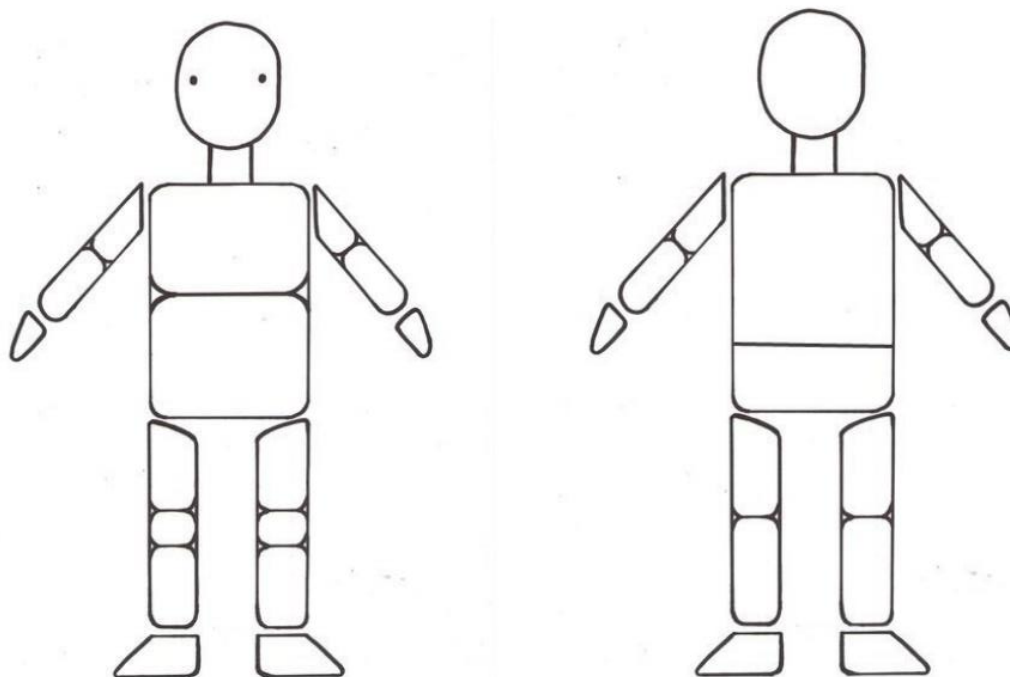


Рис. 2. Бланк для оценивания участков тела

Выборка и организация исследования

В исследовании приняли участие 103 подростка с типичным развитием (группа ПТР) в возрасте от 11 до 18 лет (61 девушка и 42 юноши) и 31 подросток (10 девушек и 21 юноша) с двигательными нарушениями и сохранным интеллектом (группа

ПДН), учащиеся школ г. Москвы. Практически все подростки с двигательными нарушениями имели специфические изменения во внешности, которые касались походки, мимики лица, конечностей. В группу ПДН не включались подростки с тяжелыми нарушениями.

Тестирование проводилось на базе школ в свободное от занятий время. Здоровые подростки заполняли бланки одновременно в группе, подростки с двигательными нарушениями – индивидуально в присутствии исследователя.

Процесс оценки участков своего тела не вызывал затруднения у респондентов и не сопровождался негативными высказываниями ни в одной группе испытуемых. Восемью подросткам из группы ПДН потребовалась помощь при заполнении бланков в связи с физическими проблемами, связанными с нарушениями моторики.

Оценка валидности методики

В качестве инструментария для валидации предлагаемой методики всем респондентам предлагались модифицированный тест самооценки Дембо–Рубинштейн с включением таких параметров, как «внешность», «счастье», «уверенность в себе», «популярность среди сверстников» и «здоровье», а также шкала ранжирования фигур (Stunkard, цит. по [20]). 34 респондента заполняли также опросник удовлетворенности своим телом BAS (Body Appreciation Scale) [7] и шкалу нейротизма личностного опросника EPI (Eysenck Personality Inventory). Мы предполагали, что измеряемые методикой Удовлетворенность участками тела (УУТ) параметры будут иметь положительные корреляции с оценками удовлетворенности телом (BAS), самооценкой внешности и отрицательные корреляции с абсолютными значениями разницы между выбираемым реальным и идеальным образом тела в методике Stunkard Scale. Кроме того, поскольку неудовлетворенность телом сопровождается повышенным беспокойством, тревожностью, невротизацией, мы предполагали, что будут обнаружены отрицательные корреляции с показателем нейротизма. Также оценки тела могут быть положительно связаны с такими показателями самооценки, как здоровье, уверенность в себе, счастье, авторитет среди сверстников. Кроме того, мы ожидали обнаружить определенные закономерные различия между юношами и девушками, а также между подростками с типичным развитием и подростками с двигательными нарушениями.

Обработка и анализ данных

Анализировались как первичные оценки участков тела и лица, так и ряд усредненных показателей: усредненные баллы всех оценок, оценок тела, лица, верхних и нижних конечностей в целом и по отдельным зонам (например, бедра, голени, ступни), показатели асимметрии оценок путем вычитания показателей левой стороны из показателей правой (П-Л), средние оценки симметричных участков лица и тела (уши, щеки, глаза, конечности). Высчитывались также отношения усредненных показателей верхней части туловища (шея, грудь, спина) к такому же показателю для нижней части (живот, ягодицы) и такие же отношения руки/ноги и отношение фронтальных оценок (вид спереди) к дорсальным (вид со спины).

Полученные оценки в дальнейшем подвергались статистической обработке с применением программы Statistica 6 для получения психометрических характеристик в обследованных группах в целом и с учетом пола, возраста и наличия нарушений: сравнивались младшие (11-14 лет) и старшие (15-18 лет) подростки, юноши и девушки, а также группы ПТР и ПДН. Для сравнения последних из группы здоровых подростков была сформирована контрольная группа путем попарного подбора в соответствии с полом и возрастом основной группы. Для межгруппового сравнения использовался дисперсионный анализ (ANOVA). Для оценки валидности применялся корреляционный анализ Ч. Спирмена. Для оценки внутренней согласованности использовался коэффициент α Кронбаха.

Результаты и их обсуждение

Оценки участков тела в группе подростков с типичным развитием (ПТР)

Оценка внутренней согласованности полученных показателей с применением коэффициента α Кронбаха проводилась для всех оценок лица и тела вместе и отдельно для оценок лица, куда включалась также оценка головы спереди, для всех оценок тела, оценок рук и ног, о ц е н о к туловища (с шейей).

В табл. 1 приведены соответствующие коэффициенты.

Таблица 1

Внутренняя согласованность оценок различных участков тела (коэффициенты α Кронбаха) в группе подростков с типичным развитием

Все оценки	Лицо	Тело	Туловище	Руки	Ноги
0,961	0,842	0,965	0,792	0,962	0,975

М о ж н о видеть, что полученные оценки демонстрируют высокую внутреннюю согласованность.

П р и подсчете основных статистических характеристик (среднее, мода, медиана, минимальное и максимальное значения, стандартное отклонение, асимметрия и эксцесс) было обнаружено наличие вариативности оценок от 1 до 5 практически для всех оцениваемых участков за исключением оценок головы сзади и спины, где минимальными значениями были 3 и 2 соответственно.

Также значение 2 было минимальным для позиции «уши». Заметных различий между оценками симметричных участков правой и левой сторон тела и лица в группе ПТР не наблюдалось. Лишь у нескольких подростков имелись единичные асимметричные оценки (3 случая в оценках рук, 4 – в оценках ног и 1 – в оценках лица). Средние значения показателей и стандартные отклонения представлены в табл. 2.

В частотных распределениях практически всех показателей наблюдалась отрицательная асимметрия (не более 2,6 по абсолютной величине) и эксцесс, не превышающий значения 8,0 (в основном преобладают значения от 0,1 до 4,5). Мода и медиана были сдвинуты в сторону значений 4 и 5. Таким образом, большинство подростков оценивают участки своего тела в основном баллами 4 и 5.

Вместе с тем в группе ПТР имеются респонденты, для которых характерны значительно более низкие оценки. На рис. 3 приведено частотное распределение усредненного показателя всех полученных оценок лица и тела.

9 респондентов (8,7%), имеющих усредненную оценку ниже 3,5 баллов, могут быть отнесены к группе риска. Среди них 8 девушек и только 1 юноша. 6 человек (все они девушки) принадлежат к старшей возрастной группе (16–18 лет). Таким образом, принадлежность к женскому полу может считаться явным признаком фактора риска недовольства своим телом, что согласуется с многочисленными исследованиями [6; 9; 13; 17; 21; 23; 26 и др.].

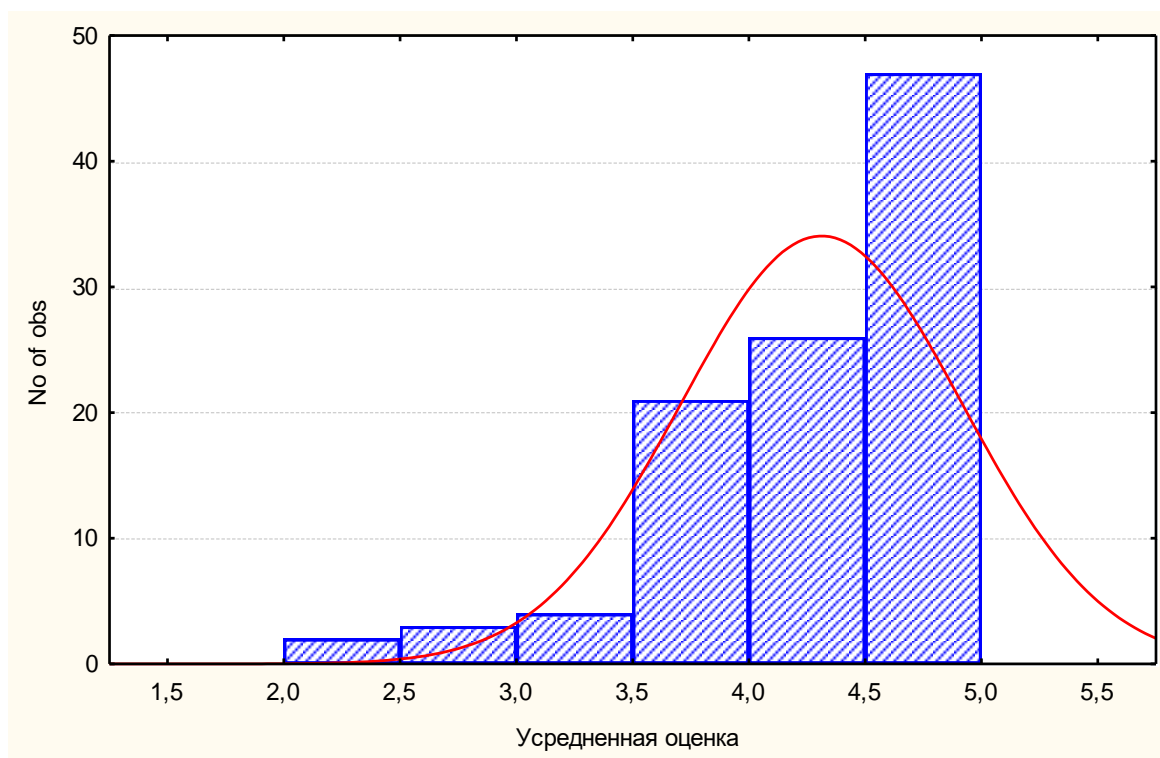


Рис 3. Частотное распределение значений усредненного показателя оценок лица и тела в группе подростков с типичным развитием (N=103)

Мы провели также сравнение оценок участков тела юношами и девушками. В табл. 2 приведены средние значения и стандартные отклонения оценок лица и тела с усреднением для оценок симметричных частей тела и позиций спереди-сзади. Жирным начертанием выделены статистически значимые различия между девушками и юношами по результатам дисперсионного анализа.

Таблица 2

Средние оценки различных частей тела и стандартные отклонения в группах юношей и девушек с типичным развитием

Оцениваемые параметры	Девушки n=61		Юноши n=42	
	Среднее	SD	Среднее	SD
Общая усредненная оценка	4,27	0,65	4,33	0,54
Лицо	4,37	0,58	4,41	0,49
Волосы	4,49	0,79	4,43	0,77
Лоб	4,34	1,06	4,48	0,86
Нос	3,75	1,18	4,17	0,93
Губы	4,49	0,98	4,38	0,96
Подбородок	4,28	1,13	4,43	0,89
Грудь	4,16	1,11	4,17	0,85
Живот	3,57	1,32	3,95	1,27
Спина	4,39	0,86	4,31	0,98
Ягодицы	3,66	1,46	4,12	1,02
Глаза	4,61	0,84	4,71	0,55
Уши	4,74***	0,48	4,35***	0,78
Щеки	4,00	1,06	4,26	1,06
Фронтальная позиция	4,21	0,77	4,32	0,60
Дорсальная позиция	4,28	0,76	4,29	0,61
Голова	4,68	0,53	4,58	0,53
Шея	4,57	0,77	4,43	0,69
Плечи	4,42**	0,80	3,88**	1,11
Предплечья	4,61*	0,72	4,13*	1,23
Кисти	4,57	0,83	4,44	0,88
Руки в целом	4,54*	0,67	4,15*	0,94
Бедра	3,55***	1,28	4,38***	0,80
Колени	4,15	1,17	4,50	0,71
Голени	4,01	1,31	4,37	0,83
Ступни	4,23	1,09	4,54	0,55
Ноги в целом	3,96**	1,10	4,44**	0,64
Отношение «Руки/ноги»	1,28**	0,67	0,94**	0,20

Оцениваемые параметры	Девушки n=61		Юноши n=42	
	Среднее	SD	Среднее	SD
Нижняя часть туловища	3,61	1,28	4,04	1,08
Отношение «Верх/Низ» для туловища	1,49	0,81	1,21	0,50
Отношение «Фронтально/Дорсально»	0,98*	0,06	1,01*	0,03

Примечание: жирным начертанием выделены значимые различия между группами по результатам дисперсионного анализа; * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$.

Можно видеть, что основная масса оценок выше 4 баллов, однако некоторые части тела оцениваются более низко (в среднем ниже 4 баллов), как в обеих группах, так и в каждой группе в отдельности. К таким показателям можно отнести «уши» в группе юношей (различия достоверны: $F=11,74$, $p=0,001$), «нос» в группе девушек, «живот» и «ягодицы» в обеих группах, причем оценки ниже у девушек, хотя различия между полами не достигают уровня значимости. Также девушки ниже оценивают нижнюю часть туловища (живот и ягодицы), но различия не достоверны. Бедро достоверно ниже ($F=14,24$, $p=0,000$) оцениваются девушками, причем среди всех частей тела для бедер характерны наиболее низкие оценки. У юношей ниже всего оцениваются плечи (область бицепсов). Различия между группами достоверны ($F=7,59$, $p=0,007$). В среднем юноши выше оценивают ноги, а девушки – руки. Различия достоверны. Соответственно, и показатели отношения оценок рук к оценкам ног у юношей и девушек значимо отличаются (0,94 у юношей и 1,28 у девушек; $F=9,64$, $p=0,002$).

Упомянутые гендерные различия вполне могут быть связаны с различными представлениями юношей и девушек об идеальном теле. Если для девушек идеалом является стройная фигура, то для юношей идеал – мускулистое мезоморфное телосложение, образом которого являются хорошо развитые бицепсы. Поэтому для девушек особенно проблемными зонами являются бедра и ягодицы, а для юношей – плечи и предплечья, что отражено в их оценках. Подобные объяснения для гендерных различий в оценках тела можно встретить и в других работах [6; 8; 13; 17; 23 и др.]. Можно также отметить, что в литературе имеются указания на наличие отличающихся факторов риска для недовольства своим телом для мальчиков/юношей и девочек/девушек [24].

При сравнении младшей (11-14 лет) и старшей (15-18 лет) возрастных групп не было выявлено никаких статистически значимых различий как в целом по группе, так и внутри групп юношей и девушек, за исключением того, что у юношей старшего возраста несколько выше самооценка внешности. Отсутствие возрастных различий расходится с большинством имеющихся в литературе данных, которые указывают на нарастание недовольности телом при переходе от младшего подросткового возраста к старшему [10; 11; 26].

Для оценки валидности предлагаемой методики УУТ мы применили метод ранговой корреляции Ч. Спирмена: подсчитывались корреляции частных и обобщенных усредненных оценок с показателями других шкал, полученных в ходе

оценки образа тела, а также с показателями самооценки и нейротизма. В табл. 3 приведены корреляции только основных усредненных показателей для всей выборки и отдельно для юношей и девушек.

Как и ожидалось, получены положительные корреляции с показателями удовлетворенности телом (BAS) по группе в целом с тенденцией к более низким корреляциям в группе юношей, однако следует упомянуть, что опросник BAS предъявлялся не всем испытуемым, поэтому корреляции могут не достигать уровня значимости из-за малого размера выборки (10 девушек и 21 юноша). Также положительные корреляции получены с самооценкой внешности и уверенности в себе во всех группах и выборочно – с самооценкой популярности, счастья и здоровья. Отрицательные корреляции характерны для значений абсолютных различий между выбираемыми образами реального и идеального тела и для показателей нейротизма. Все это может свидетельствовать о валидности предлагаемой методики. Обнаруженные половые различия также могут косвенно свидетельствовать о ее валидности, поскольку вполне очевидно, что в отношении к отдельным частям тела у девушек и юношей должны наблюдаться различия, что мы и зафиксировали, например, в различных оценках области бедер и плечевой части рук.

Таблица 3

Корреляции оценок тела в методике УУТ с другими параметрами оценки образа тела и с показателями самооценки и нейротизма в группе подростков с типичным развитием

Методика УУТ		Образ тела		Самооценка					Нейротизм
		Re-Id	BAS	Внешность	Уверенность	Популярность	Здоровье	Счастье	
Усредненная оценка	все	-0,532	0,534	0,535	0,396	0,302	0,209	0,279	-0,677
	ю	-0,602	0,244	0,492	0,437	0,413	0,232	0,194	-0,743
	д	-0,487	0,721	0,565	0,384	0,208	0,182	0,306	-0,612
Тело	все	-0,551	0,490	0,488	0,377	0,261	0,192	0,254	-0,612
	ю	-0,595	0,290	0,426	0,409	0,374	0,207	0,143	-0,779
	д	-0,511	0,660	0,532	0,407	0,187	0,197	0,320	-0,443
Лицо	все	-0,336	0,350	0,475	0,355	0,320	0,263	0,233	-0,486
	ю	-0,536	0,285	0,545	0,481	0,453	0,336	0,328	-0,530
	д	-0,218	0,363	0,434	0,302	0,205	0,194	0,136	-0,443

Примечание: Жирным начертанием выделены статистически значимые связи;
2) Re-Id – абсолютная разница выборов реальной и идеальной фигуры по шкале ранжирования фигур;
BAS – шкала удовлетворенности телом; ю – юноши, д – девушки.

Таким образом, предлагаемая нами методика дифференцированной оценки отдельных участков тела (УУТ) может использоваться в исследовательских целях. Что касается диагностических критериев для выявления группы риска крайне негативного отношения к телу среди подростков с типичным развитием, то здесь мы можем лишь констатировать, что около 9% обследованной выборки демонстрируют заметное отклонение от центральной тенденции. Возможно, эти подростки образуют такую группу риска. Для дальнейшей разработки критериальных значений необходимо увеличение выборки и дополнительные исследования.

Сравнение оценок участков тела в группах подростков с типичным развитием (ПТР) и с двигательными нарушениями (ПДН)

В группе ПДН (31 подросток) также была проведена оценка внутренней согласованности полученных показателей по коэффициенту α Кронбаха. Соответствующие коэффициенты приведены в табл. 4.

Таблица 4

Внутренняя согласованность оценок различных участков тела (коэффициенты α Кронбаха) в группе подростков с двигательными нарушениями

Все оценки	Лицо	Тело	Туловище	Руки	Ноги
0,963	0,799	0,961	0,781	0,928	0,948

Можно видеть, что полученные оценки демонстрируют примерно такую же внутреннюю согласованность, как и в группе ПТР.

Анализ основных статистических характеристик показал, что в среднем в группе ПДН гораздо реже, чем в группе ПТР, встречаются совсем низкие оценки, равные единице. Вместе с тем вариативность в конкретных оценках также заметна. В отличие от группы ПТР у подростков с двигательными нарушениями наблюдается гораздо больше асимметричных оценок правой и левой сторон лица и конечностей (у 30-40% выборки).

В частотных распределениях, так же как и в группе ПТР, мода и медиана смещены в сторону значений 4 и 5. Практически для всех показателей, как и в группе ПТР, наблюдаются отрицательная асимметрия (не более 2,6 по абсолютной величине) и эксцесс, не превышающий значения 7,0. Таким образом, большинство подростков с двигательными нарушениями также оценивают участки своего тела в основном баллами 4 и 5, как и подростки с типичным развитием.

На рис. 4 приведены частотные распределения усредненного показателя всех полученных оценок лица и тела у подростков с двигательными нарушениями (группа ПДН) по сравнению с контрольной группой, подобранной попарно в соответствии с полом и возрастом (группа ПТР).

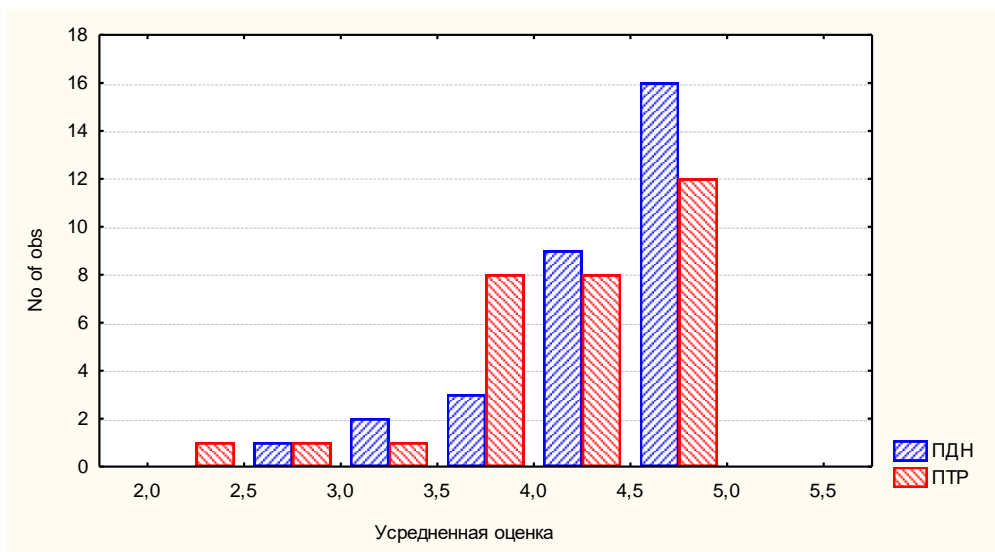


Рис. 4. Частотное распределение значений усредненных оценок лица и тела в группах подростков с двигательными нарушениями (ПДН, n=31) и типичным развитием (ПТР, n=31)

Можно видеть, что распределения сильно не отличаются. В обеих группах по 3 подростка (9,7%) имели средние оценки ниже 3,5, а большинство подростков – среднюю оценку выше 4,5. Таким образом, нельзя сказать, что среди подростков с двигательными нарушениями преобладают те, которые оценивают свое тело ниже в сравнении с группой подростков с типичным развитием.

Сравнение конкретных оценок в группах ПДН и ПТР с помощью однофакторного дисперсионного анализа обнаруживает очень небольшое количество показателей, для которых характерны достоверные различия между этими группами, кроме заметного и достоверно более высокого преобладания асимметрии в оценках лица и конечностей в группе ПДН.

Достоверные различия между юношами и девушками в группе ПДН также обнаруживаются лишь по некоторым показателям: для девушек характерны более низкие оценки головы в целом, шеи, верхней части туловища, ступней, а также некоторых частей лица (нос, губы, подбородок).

Однако применение многофакторного дисперсионного анализа, в котором учитывались еще такие факторы, как пол и возраст, позволило выявить большое количество показателей, для которых обнаруживаются эффекты взаимодействия всех трех факторов: пола, возраста и наличия или отсутствия двигательных нарушений. Подробный анализ полученных результатов может быть предметом отдельного обсуждения в самостоятельной публикации. Здесь же мы ограничимся лишь двумя иллюстрациями (рис. 5а и 5б), которые позволяют заключить, что предлагаемая методика тестирования дифференцированного отношения к участкам тела может быть полезной при изучении образа тела у людей, имеющих физические особенности внешности.

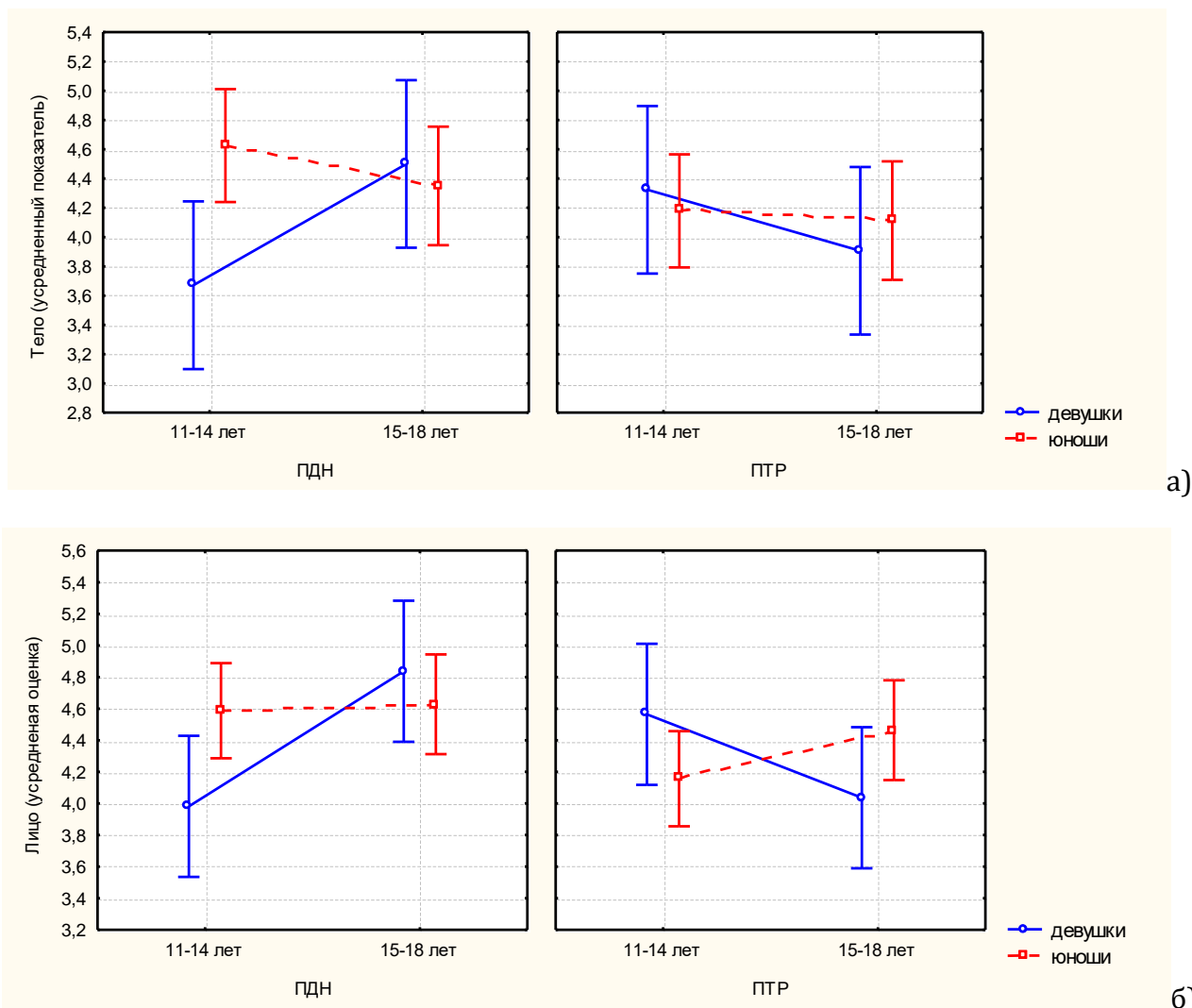


Рис. 5. Усредненные оценки тела (а) и лица (б) в зависимости от пола, возраста и наличия/отсутствия двигательных нарушений

На приведенных рисунках хорошо заметны значительные различия в усредненных оценках лица и тела в зависимости от пола, возраста и наличия нарушений. Эффекты взаимодействия всех трех факторов достоверны (для оценок тела $F=4,39$, $p=0,04$; для оценок лица $F=9,27$, $p=0,004$). Можно видеть, что наиболее низкие оценки тела характерны для девушек младшего возраста из группы ПДН. Возможно, именно группа девушек младшего возраста является основной группой риска формирования негативного образа тела для подростков с двигательными нарушениями. В целом для группы девушек характерны более заметные возрастные различия, в отличие от юношей.

Для группы ПДН мы также провели оценку валидности используемой методики с помощью корреляционного анализа. В табл. 5 приведены корреляции только для основных усредненных показателей для всей выборки и отдельно для юношей и девушек.

Таблица 5

Корреляции оценок тела в методике УУТ с другими параметрами оценки образа тела и с показателями самооценки и нейротизма в группе подростков с двигательными нарушениями

Методика УУТ		Образ тела		Самооценка					Нейротизм
		Re-Id	BAS	Внешность	Уверенность	Популярность	Здоровье	Счастье	
Усредненная оценка	все	-0,425	0,704	0,433	0,466	0,339	0,579	0,430	-0,696
	ю	-0,294	0,648	0,065	0,306	0,076	0,511	0,308	-0,484
	д	-0,612	0,790	0,709	0,656	0,719	0,652	0,656	-0,850
Тело	все	-0,402	0,660	0,432	0,473	0,353	0,572	0,425	-0,670
	ю	-0,275	0,541	0,081	0,330	0,105	0,480	0,318	-0,453
	д	-0,547	0,790	0,685	0,620	0,675	0,652	0,583	-0,850
Лицо	все	-0,432	0,744	0,367	0,330	0,207	0,470	0,460	-0,612
	ю	-0,311	0,698	-0,103	-0,011	-0,143	0,396	0,298	-0,444
	д	-0,621	0,785	0,640	0,710	0,772	0,548	0,692	-0,663

Примечание: Жирным начертанием выделены статистически значимые коэффициенты; Re-Id – абсолютная разница выборов реальной и идеальной фигуры по шкале ранжирования фигур, BAS – шкала удовлетворенности телом; ю – юноши, д – девушки.

Поскольку группа ПДН была гораздо меньше группы ПТР, полученные корреляции могут не достигать уровня значимости даже при достаточно высоких значениях. Сразу бросается в глаза, что многие корреляции в группе девушек гораздо выше, чем в группе юношей, хотя выборка девушек меньше. В целом отмечаются высокие положительные корреляции с опросником удовлетворенности телом (BAS), а также с самооценкой здоровья (в отличие от группы ПТР), а также отрицательные корреляции с показателями нейротизма, как в группе юношей, так и в группе девушек. Получены также ожидаемые отрицательные корреляции с показателем разности выборов реального и идеального тела. Следует также отметить, что в группе юношей наблюдаются очень низкие и даже отрицательные корреляции УУТ с такими показателями самооценки как внешность, популярность, уверенность в себе и счастье, хотя у девушек эти корреляции высокие и положительные. Однако наличие половых различий само по себе может свидетельствовать в пользу валидности методики.

Что касается заметных межгендерных различий в корреляциях показателей УУТ с показателями самооценки и нейротизма в группе подростков с двигательными нарушениями, можно предположить, что девушки более болезненно относятся к своему физическому недостатку, чем юноши, что сильнее влияет на самооценку и выражается в усилении тревожности и невротизации личности. Все же на данном этапе нельзя считать этот результат окончательным, поскольку выборка ПДН относительно невелика (41 человек), а число обследованных девушек – 10 человек.

Таким образом, предлагаемая нами методика диагностики отношения к отдельным участкам тела (Удовлетворенность Участками Тела – УУТ), может использоваться в целях изучения образа тела как у типично развивающихся подростков, так и подростков, имеющих внешне заметные двигательные нарушения. Возможно, методика может применяться и на детях более младшего школьного возраста, а также на взрослых испытуемых, однако это требует дополнительных исследований. Первые результаты апробации методики УУТ на подростках с нормальным и нарушенным развитием свидетельствуют о чувствительности данного инструмента к индивидуальным различиям.

Литература

1. *Поставнева И.В.* Феноменология образа тела детей с физическими дефектами // Психология телесности: теоретические и практические исследования. Сборник статей II международной научно-практической конференции / отв. ред. Буренкова Е.В. Пенза: ГПУ им. В.Г. Белинского, 2009. 320 с.
2. *Рамси Н.* Психология внешности / под ред. Н. Рамси, Д. Харкорт. Питер, 2009. 256 с.
3. *Сахарова В.Г.* Психология тела. Диагностика отношения к телу. СПб.: Речь, 2011. 112 с.
4. *Соколова Е.Т.* Самосознание и самооценка при аномалиях личности: Учебное пособие. Москва: МГУ, 1989. 210 с.
5. *Тимофеева И.В.* Образ тела как компонент "Я-концепции" личности детей с детским церебральным параличом [Электронный ресурс] // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2011. № 4. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/obraz-tela-kak-komponent-ya-kontseptsii-lichnosti-detey-s-detskim-tserebralnym-paralichom> (дата обращения: 30.10.2017)
6. *Agam R., Tamir S., Golan M.* Gender differences in respect to self-esteem and body image as well as response to adolescents' school-based prevention programs // Journal of Psychology and Clinical Psychiatry. 2015. Vol. 2. № 5. Pp. 1–7. doi: 10.15406/jpcpsy.2015.02.00092
7. *Avalos L. et al.* The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation // Body Image. 2005. Vol. 2. №3. Pp. 285–297. DOI:10.1016/j.bodyim.2005.06.002
8. *Bearman S.K. et al.* The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys // Journal of Youth and Adolescence. 2006. Vol. 35. № 2. Pp. 217–229. DOI: 10.1007/s10964-005-9010-9
9. *Brennan M.A., Lalonde C.E., Bain J.L.* Body image perceptions: Do gender differences exist? // Psi Chi Journal of Undergraduate Research. 2010. Vol. 15. № 3. Pp. 130–138. DOI: 10.24839/1089-4136.JN15.3.130

10. *Bucchianeri M. et al.* Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study // *Body Image*. 2013. Vol. 10. №1. Pp. 1–7. DOI: 10.1016/j.bodyim.2012.09.001
11. *Calzo J.P. et al.* The development of associations among BMI, body dissatisfaction, and weight and shape concern in adolescent boys and girls // *Journal of Adolescent Health*. 2012. Vol. 51. № 5. Pp. 517–523. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2012.02.021
12. *Fox K.R., Corbin C.B.* The physical self-perception profile: development and preliminary validation // *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 1989. Vol. 11. Pp. 408–430. DOI: 10.1123/jsep.11.4.408
13. *Furnham A., Badmin N., Sneade I.* Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise // *The Journal of Psychology*. 2002. Vol. 136. №6. Pp. 581–596. DOI: 10.1080/00223980209604820
14. *Gardner R.M. Brown D.L.* Body image assessment: A review of figural drawing scales // *Personality and Individual Differences*. 2010. Vol. 48. Pp. 107–111. DOI: 10.1016/j.paid.2009.08.017
15. *Hammar G.R. et al.* Body image in adolescents with cerebral palsy. // *Journal of Child Health Care*. 2009. Vol. 13. № 1. Pp. 19–29. DOI: 10.1177/1367493508098378.
16. *Hart E.A., Leary M.R., Rejeski W.J.* The measurement of social physique anxiety // *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 1989. Vol. 11. Pp. 94–104. DOI: 10.1123/jsep.11.1.94
17. *Laus M.F., Costa T.M.B., Almeida S.S.* Body image dissatisfaction and its relationship with physical activity and body mass index in Brazilian adolescents // *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2011. Vol. 60. № 4. Pp. 315–320. DOI: 10.1590/S0047-20852011000400013
18. *Lawlor M.C., Elliot M.L.* Physical disability and body image in children / In T. Cash (Ed.) *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. Elsevier Press. 2012. Vol. 2. Pp. 650–656. DOI: 10.1016/B978-0-12-384925-0.00102-4
19. *Lerner R. et al.* Relations among physical attractiveness, body attitudes, and self-concept in male and female college students // *Journal of Psychology*. 1973. Vol. 85, Pp. 119–129. DOI: 10.1080/00223980.1973.9923870
20. *Lynch E. et al.* The relation between body size perception and change in body mass index over 13 years: The coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study // *American Journal of Epidemiology*. 2009. Vol. 169. № 7. Pp. 857–866. DOI: org/10.1093/aje/kwn412
21. *Markey C.H., Gillen M.M.* Body Image. / In R.J. Levesque (Ed.) *Encyclopedia of Adolescence*. Springer International Publishing AG, 2016. Pp. 1–14. DOI: 10.1007/978-3-319-32132-5_25-2
22. *Petrie T.A., Tripp M.M., Harvey P.* Factorial and construct validity of the body parts satisfaction scale-revised: An examination of minority and nonminority women //

Psychology of Women Quarterly. 2002. Vol.26. Pp. 213–221. DOI: 10.1111/1471-6402.00060

23. *Pingitore R, Spring B, Garfield D.* Gender differences in body satisfaction // *Obesity Research.* 1997. Vol. 5. № 5. Pp. 402–409. DOI: 10.1002/j.1550-8528.1997.tb00662.x

24. *Presnell K, Bearman S.K., Stice E.* Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study // *International Journal of Eating Disorders.* 2004. Vol. 36. Pp. 389–401. DOI: 10.1002/eat.20045

25. *Rauste-von Wright M.* Body image satisfaction in adolescent girls and boys: A longitudinal study // *Journal of Youth and Adolescence.* 1989. Vol. 18. Pp. 71–83. DOI: 10.1007/BF02139247

26. Ricciardelli L.A., Yager Z. *Adolescence and Body Image. From Development to Preventing Dissatisfaction.* London and New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2016. 225 p.

27. *Rumsey N, Harcourt D.* Body image and disfigurement: issues and interventions // *Body Image.* 2004. Vol. 1 № 1. Pp. 83–97. DOI: 10.1016/S1740-1445(03)00005-6

28. *Sandström K.* The lived body – experiences from adults with cerebral palsy. // *Clinical Rehabilitation.* 2007. Vol. 21. № 5. Pp. 432–441. DOI: 10.1177/0269215507073489

29. *Slade P.D. et al.* Development and preliminary validation of the body satisfaction scale (BSS) // *Psychology and Health.* 1990. Vol. 4. Pp. 213–220. DOI: 10.1080/08870449008400391

30. *Smolak L.* Body image in children and adolescents: where do we go from here? // *Body Image.* 2004. Vol. 1. № 1. Pp. 15–28. DOI: 10.1016/S1740-1445(03)00008-1

31. *Swami V. et al.* Initial examination of the validity and reliability of the female photographic figure rating scale for body image assessment // *Personality and Individual Differences.* 2008. Vol. 44. Pp. 1752–1761. DOI: 10.1016/j.paid.2008.02.002

32. *Taleporos G, McCabe M.P.* Body image and physical disability – personal perspectives // *Social Science and Medicine.* 2002. Vol. 54. Pp. 971–980. DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00069-7

33. *Webb B. et al.* Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions // *Body Image.* 2015. Vol. 14. Pp. 130–145. DOI: 10.1016/j.bodyim.2015.03.010

34. *Wooley O.W., Roll S.* The Color-A-Person Body Dissatisfaction Test: stability, internal consistency, validity, and factor structure. // *Journal of Personal Assessment.* 1991. Vol. 56. № 3. Pp. 395–413. DOI: 10.1207/s15327752jpa5603_3

Approbation of the Non-Verbal Technique for Assessment of the Satisfaction with Body Parts

Meshkova T.A.,

PhD (Psychology), Head of the Department of differential psychology and psychophysiology, Faculty of clinical psychology and special education, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, tmesh@mail.ru

Klychkova O.M.

Student, Department of special psychology and rehabilitation, Faculty of clinical psychology and special education, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, oksana.m.klychkova@gmail.com

A new assessment tool is proposed for measuring the attitude to individual parts of one's body, applicable to persons with physical disabilities. The forms for testing contain schematic images of the man figure and person's face, on which the sections are marked out. It is necessary to put a specific rating on a 5-point scale in the each segment of body and face. Approbation was carried out in adolescents 11-18 years old with typical development (ATD, 103 people) and with motor disabilities and IQ within normal range (AMD, 31 people). Specific and averaged assessments of the face, body, limbs, etc. were obtained. Psychometric analysis showed that the adolescents of both groups basically assess their body with points 4 and 5. In both groups, there are about 9% of respondents with low ratings (below 3.5). There are significant sex differences in the estimates of certain parts of the body. The ANOVA reveals reliable effects of interaction of the factors of sex, age and the presence of disorders in comparison of the ATD and AMD groups. In particular, the lowest scores are typical for girls 11-14 years of the AMD group. The validity of the proposed technique is indicated by regular correlations with other body image estimates, self-esteem and neuroticism. The proposed diagnostic tool can be recommended for research purposes in work with adolescents and adults with physical appearance defects.

Keywords: body image, musculoskeletal disorder, adolescents, psychological assessment, approbation of technique.

References

1. Postavneva I.V. Fenomenologiya obraza tela detei s fizicheskimi defektami [Phenomenology of the body image of children with physical defects]. In E.V. Burenkova (Ed.) *Psikhologiya telesnosti: teoreticheskie i prakticheskie issledovaniya. Sbornik statei II mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii* [Psychology of corporeality: theoretical and practical research. Collection of articles of the II International Scientific and Practical Conference]. Penza: publ. of PGPU im. V.G. Belinskogo, 2009, 320 p.
2. Ramsi N., Harcourt D. Psikhologiya vneshnosti [The psychology of appearance]. Saint-Petersburg. Piter, 2009, 256 p.
3. Sakharova V.G. Psikhologiya tela. Diagnostika otnosheniya k telu [Psychology of the body. Diagnostics of attitude to the body]. Saint-Petersburg: Rech', 2011, 112 p.
4. Sokolova E.T. Samosoznanie i samootsenka pri anomalnykh lichnosti: Uchebnoe posobie. [Self-awareness and self-esteem in case of personality anomalies: Textbook]. Moscow: publ. of MSU, 1989, 210 p.
5. Timofeeva I.V. Obraz tela kak komponent "Ya-kontseptsii" lichnosti detei s detskim tserebral'nym paralichom [The body image as a component of the "Self-concept" of the personality of children with infantile cerebral palsy] [Electronic resource]. *Vestnik Adygeiskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 3: Pedagogika i psikhologiya. [Bulletin of Adyghe State University. Ser. 3: Pedagogy and Psychology]*, 2011, no. 4. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/obraz-tela-kak-komponent-ya-kontseptsii-lichnosti-detey-s-detskim-tserebralnym-paralichom> (Accessed: 30.10.2017).
6. Agam R., Tamir S. Golan M. Gender differences in respect to self-esteem and body image as well as response to adolescents' school-based prevention programs. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 2015, vol. 2, no. 5, pp. 1–7. DOI: 10.15406/jpcpy.2015.02.00092
7. Avalos L. et al. The Body Appreciation Scale: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 2005, vol. 2, no. 3, pp. 285–297. DOI:10.1016/j.bodyim.2005.06.002
8. Bearman S.K. et al. The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 2006, vol. 35, no. 2, pp. 217–229. DOI: 10.1007/s10964-005-9010-9
9. Brennan M.A., Lalonde C.E., Bain J.L. Body image perceptions: Do gender differences exist? *Psi Chi Journal of Undergraduate Research*, 2010, vol. 15, no. 3, pp. 130–138. DOI: 10.24839/1089-4136.JN15.3.130
10. Bucchianeri M. et al. Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image*, 2013, vol. 10, no. 1, pp. 1–7. DOI: 10.1016/j.bodyim.2012.09.001
11. Calzo J.P. et al. The development of associations among BMI, body dissatisfaction, and weight and shape concern in adolescent boys and girls. *Journal of Adolescent Health*, 2012, vol. 51, no. 5, pp. 517–523. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2012.02.021

12. Fox K.R., Corbin C.B. The physical self-perception profile: development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 1989, vol. 11, pp. 408–430. DOI: 10.1123/jsep.11.4.408
13. Furnham A., Badmin N., Sneade I. Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *The Journal of Psychology*, 2002, vol. 136, no. 6, pp. 581–596. DOI: 10.1080/00223980209604820
14. Gardner R.M. Brown D.L. Body image assessment: A review of figural drawing scales. *Personality and Individual Differences*, 2010, vol. 48, pp. 107–111. DOI: 10.1016/j.paid.2009.08.017
15. Hammar G.R. et al. Body image in adolescents with cerebral palsy. *Journal of Child Health Care*, 2009, vol. 13, no. 1, pp. 19–29. DOI: 10.1177/1367493508098378
16. Hart E.A., Leary M.R., Rejeski W.J. The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 1989, vol. 11, pp. 94–104. DOI: 10.1123/jsep.11.1.94
17. Laus M.F, Costa T.M.B., Almeida S.S. Body image dissatisfaction and its relationship with physical activity and body mass index in Brazilian adolescents. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, 2011, vol. 60, no. 4, pp. 315–320. DOI: 10.1590/S0047-20852011000400013
18. Lawlor M.C., Elliot M.L. Physical disability and body image in children. In T. Cash (Ed.) *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. Elsevier Press, 2012, vol. 2, pp. 650–656. DOI: 10.1016/B978-0-12-384925-0.00102-4
19. Lerner R. et al. Relations among physical attractiveness, body attitudes, and self-concept in male and female college students. *Journal of Psychology*, 1973, vol. 85, pp. 119–129. DOI: 10.1080/00223980.1973.9923870
20. Lynch E. et al. The relation between body size perception and change in body mass index over 13 years: The coronary artery risk development in young adults (CARDIA) study. *American Journal of Epidemiology*, 2009, vol. 169, no. 7, pp. 857–866. DOI: org/10.1093/aje/kwn412
21. Markey C.H., Gillen M.M. Body Image. In R.J.R. Levesque (Ed.) *Encyclopedia of Adolescence*. Springer International Publishing AG, 2016. Pp. 1–14. DOI: 10.1007/978-3-319-32132-5_25-2
22. Petrie T.A., Tripp M.M., Harvey P. Factorial and construct validity of the body parts satisfaction scale-revised: An examination of minority and nonminority women. *Psychology of Women Quarterly*, 2002, vol. 26, pp. 213–221. DOI: 10.1111/1471-6402.00060
23. Pingitore R, Spring B., Garfield D. Gender differences in body satisfaction. *Obesity Research*, 1997, vol. 5, no. 5, pp. 402–409. DOI: 10.1002/j.1550-8528.1997.tb00662.x
24. Presnell K., Bearman S.K., Stice E. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 2004, vol. 36, pp. 389–401. DOI: 10.1002/eat.20045

25. Rauste-von Wright M. Body image satisfaction in adolescent girls and boys: A longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*, 1989, vol.18, pp. 71–83. DOI: 10.1007/BF02139247
26. Ricciardelli L.A., Yager Z. *Adolescence and Body Image. From Development to Preventing Dissatisfaction*. NY: Routledge, Taylor & Francis Group, 2016, 225 p.
27. Rumsey N., Harcourt D. Body image and disfigurement: issues and interventions. *Body Image*, 2004, vol. 1, no. 1, pp. 83–97. DOI: 10.1016/S1740-1445(03)00005-6
28. Sandström K. The lived body – experiences from adults with cerebral palsy. *Clinical Rehabilitation*, 2007, vol. 21, no. 5, pp. 432–441. DOI: 10.1177/0269215507073489.
29. Slade P.D. et al. Development and preliminary validation of the body satisfaction scale (BSS). *Psychology and Health*, 1990, vol. 4, pp. 213–220. DOI: 10.1080/08870449008400391
30. Smolak L. Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body Image*, 2004, vol. 1, no. 1, pp. 15–28. DOI: 10.1016/S1740-1445(03)00008-1
31. Swami V. et al. Initial examination of the validity and reliability of the female photographic figure rating scale for body image assessment. *Personality and Individual Differences*, 2008, vol. 44, pp. 1752–1761. DOI: 10.1016/j.paid.2008.02.002
32. Taleporos G., McCabe M.P. Body image and physical disability – personal perspectives. *Social Science and Medicine*, 2002, vol. 54, pp. 971–980. DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00069-7
33. Webb B. et al. Assessing positive body image: Contemporary approaches and future directions. *Body Image*, 2015, vol. 14, pp. 130–145. DOI: 10.1016/j.bodyim.2015.03.010
34. Wooley O.W., Roll S. The Color-A-Person Body Dissatisfaction Test: stability, internal consistency, validity, and factor structure. *Journal of Personal Assessment*, 1991, vol. 56, no. 3, pp. 395–413. DOI: 10.1207/s15327752jpa5603_3.

Интервью с родителями детей с диагностированным дефицитом парциальных функций

Валента М.,

доктор педагогических наук, профессор, Университет Палацкого, Оломоуц, Чешская республика, valentam22@seznam.cz

Основу нашего мультидисциплинарного проекта «Факторы влияния на динамику обучаемости детей, нуждающихся в специальном сопровождении обучения» составляют качественно разработанные дополнительные исследования, касающиеся динамики обучаемости у детей и учеников с потребностями в специальном образовании. Задачами исследования были изучение отношения родителей к диагнозу их детей и анализ проблем семей с детьми, имеющими дефицит парциальных функций. В статье рассматриваются особенности сотрудничества родителей данной категории детей со специалистами и школьными педагогами, а также способы преодоления трудностей образования этих детей. Метод, выбранный для сбора данных – собеседование. Для выделения семантических единиц был выбран стенографический анализ, который позволил кластеризовать их в следующие категории: проявленные симптомы, диагноз, потребность в терпении, подход к ребенку/коррекционные методы, консультативного сопровождение, отношение школы/учителей к ребенку, взаимодействие со сверстниками, отношение и перспективы семьи/сестрингов.

Keywords: дети, дефицит парциальных функций, специальное образование, динамика образования, родители, интервью.

Для цитаты:

Валента М. Интервью с родителями детей с диагностированным дефицитом парциальных функций [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 1. С. 139–146. doi: 10.17759/psyclin.2018070110 (In Engl.)

For citation:

Valenta M. Interviews with parents of children with diagnosed deficits of partial functions – clusters [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 1, pp. 139–146. doi: 10.17759/psycljn.2018070110

Interviews with Parents of Children with Diagnosed Deficits of Partial Functions – Clusters

Valenta M.,

*Doctor of Education, Professor, Palacky University Olomouc, Olomouc, Czech Republic,
valentam22@seznam.cz*

The basis of our multidisciplinary project “Impact factors in the dynamics of educability of children in need of special education support measures” is the qualitative designed complementary research concerning the educability dynamics at children and pupils in need of special education. The aim of the investigation was to determine the attitude of parents towards the diagnosis of their children and to focus on the problems of families with children suffering from a deficit of partial functions, as well as on the cooperation with specialists and the school and the ways of tackling the education difficulties of these children. The method chosen for data collection was a participative interview. Verbatim analysis was used to isolate semantic units that could be clustered into following categories: demonstrated symptoms, diagnosis, the need of patience, approach to the child/interventions, evaluation of the counselling assistance, evaluation of the approach of the school/teachers, interaction with schoolmates, siblings/family, perspectives.

Keywords: children, deficit of partial functions, *special education*, educability dynamics, parents, participative interview.

Introduction

The basis of the multidisciplinary project is the research (basic; in the second phase also applied) concerning the educability dynamics at children and pupils in need of special education support measures and the factors that contribute to the matter significantly and thus influence the success/failure of the children and (especially) pupils of the target group in the school environment.

The nature of the basic research of a factual issue will be extended by the methodological issue, i.e., the verification of tools that may be used to measure educability dynamics and their determinants. The primary objective of the project is the identification, as well as the qualitative and quantitative description of the factors that fundamentally

affect educability dynamics in the context of the deficiency of primary (partial) functions in the child population of pre-school and younger school age (the first two grades of primary school attendance). The methodology will triangulate a longitudinal qualitative approach with a quantitative approach (mixed design). Such a multidisciplinary research has not yet been implemented in the Czech Republic; the current research data is insufficient and outdated for the modern Czech population representing the educational environment.

The project aims to identify, describe and compare the determinant of educability and its dynamics at children and pupils in need of special education support measures, as well as to determine the frequency, distribution and structure of deficits of partial functions in the selected population.

The main (nominal) part of the project is dedicated to the collection and analysis of the quantitative strategy data; the qualitative design constituting the merit of the submitted research report is of complementary nature.

Methodology

The objectives of the qualitative investigation: The aim of the investigation was to determine the attitude of parents towards the diagnosis of their children and to focus on the problems of families with children suffering from a deficit of partial functions, as well as on the cooperation with specialists and the school and the ways of tackling the education difficulties of these children. The method chosen for data collection was a participative interview. This led to the emergence of new topics, as mentioned in the research report, that were originally not in the focus of researchers.

The method of data collection: participative interview with focuses as research questions (a dictaphone record and a verbatim transcription without extralinguistic features):

- The diagnosis of my child;
- Problems and their development over time;
- Cooperation with the school and specialists;
- Tackling the problems (facilitators and barriers).

The sample group consisted of five anonymous mothers or children – pupils of the first and second grade in a mainstream school – with diagnosed deficits of partial functions registered at DYS-centrum Praha in the years 2016 and 2017 (their code: A-B-C-D-E). The administration work – PhD. students of the author of the research report, prof. Milan Valenta.

The method of data processing – clustering to the first level of coding in terms of the grounded theory of Corbin-Strauss, as a justified method (open coding of the grounded theory).

Results

The first stage and second stage analyses of the verbatim transcription helped isolate semantic units that have subsequently been clustered into nine categories:

- I. Demonstrated symptoms (unbalanced and slower development of the child, extra sensitive child, problems with reading, writing and counting, etc.).
- II. Diagnosis (when and by whom has the diagnosis been given, reactions to the diagnosis, etc.).
- III. The need of patience.
- IV. Approach to the child/interventions (structuring and dosing curricula, reeducation and stimulation, implementation of games, homework, extra time, etc.)
- V. Evaluation of the counselling assistance.
- VI. Evaluation of the approach of the school/teachers.
- VII. Interaction with schoolmates.
- VIII. Siblings/family.
- IX. Perspectives.

The list of semantic units in the specified categories - clusters (samples) is presented below.

I. Demonstrated symptoms

A. So, it seemed to me already at the beginning of the first grade that she's sort of, a bit <...> even slower in something, she was doing better in one thing and worse in another. I was about to take a hint about it, because she was born prematurely <...> but that it can show at school, during learning, you see? <...> she's simply slower in some stuff.

B. He (son) had his school attendance postponed because he had articulation issues... he is extremely lively... he is great at chess but doesn't like studying. Still, he does very good at school <...> at enrolment they told us to postpone his attendance for another year because he had articulation issues <...> because she tolerates his slowness (in school work).

C. He has trouble concentrating, after 10 minutes he already doesn't perceive who says what, he's already in his kind of world, he simply switches off and doesn't perceive...

D. At the enrolment he couldn't count to five, couldn't colour...

E. He's so unfocused that he couldn't integrate at all. He isn't able to write under stress.

II. Diagnosis

A. My daughter has been diagnosed with dysortographia... I got it, because when we used to go for development examinations to a neurologist, she made us aware that difficulties could come at school <...> the teacher didn't notice anything; not at all in the first grade; only in the second grade did she come up with the fact that my daughter is slower, so we agreed that I'll take her to be diagnosed in the third grade <...> when they diagnosed her, I didn't take it as something unusual...

C. We didn't care much about it (the diagnosis). Well... we didn't experience any intense emotions...

D. I didn't take it tragically; I merely hoped that he would manage at school.

III. The Need of patience

A. Me and my husband saw at home that we need to be much more patient with her... I must be very patient. I'd advise the other parents to be extra patient...

D. It's about patience to a large extent. You can do away with many things only with the patient approach.

E. I'm not patient; we simply take turns in some way...

IV. The approach to the child/interventions

A. When she writes a dictation, for instance, it mustn't be long, we try to shorten everything. We mustn't swamp her with it... Well, she doesn't have big difficulties; it's rather that it takes her long. She's able to catch up with everything, but I need to work with her.

B. ...the postponement helped my son a lot... the older son has dysgraphia, but after he started with Comenia script, it worked out. ...of course we have some extra homework.

C. Some work has to be done every day, continuously, that's important...

D. I must work with him a lot at home; relax his wrist, do the drawing; if you practise thoroughly, the results will come; I saw that the work is not useless.

My son can perceive for 10 minutes only; he can't stay focused on some topic for the whole lesson; teachers should shorten the matter for him into those 10 minutes, follow with a different activity and then get back to the topic again. If the teacher notices that the pupils are uneasy, she does some physical exercise with them, they sing a song; this works quite well.

If you work hard, you can make it.

E. We agreed that he won't be classified, but he'll get a verbal evaluation in some subjects.

He should have had the postponement or go to some preparatory class, but the awareness is low; we didn't know what to do.

V. Evaluation of the counselling assistance

A. I've already been there (DYS-centrum) with her and she was excited, that was good. She wanted to go there again. They had a really good approach there, because she was happy and she asked when we would go again...

Before they examine the child and make the report for the school, you need patience... and it's true that, as a parent, I'm getting it (the examination report) in my hand quite late.

B. Even the name of the counselling centre – psychological, it's a bit stressful.

D. I thought it would be paper work (in the counselling centre), but it was about lying and standing... a kind of linking the hemispheres; global, with movement; I was pleasantly surprised by that.

E. We begged the counselling centre if they would diagnose him, but at first they claimed that the school is exaggerating; that they send there every other child, and then they found out that he really has some problems.

VI. Evaluation of the approach of the school/teachers

A. They did it in a little different way at school (ad the recommendation of the counselling centre – one extra lesson); they said they wouldn't get money on that; they put it instead of Art, that extra lesson, but Art is particularly good for her... but she's been to that lesson twice already and she told me it was good there.

I told the teacher and she merely shrugged it off... she (the teacher) said she hadn't noticed (the problems), so I got to searching for a solution myself. Because, you know, sometimes...eee... I have this personal experience, the teacher of my older son, well, she decided, when he was in eighth grade, that he had a learning disability... well, I was truly shocked. I mean... he didn't have any and so I brought these results from the counselling centre and she still didn't believe me, was convinced that he had some deficit. What I'm trying to say here is that her stance is irrelevant...

B. When the teacher was told about it (the diagnosis), she started to work with it; I don't mean any extra lessons, but she works with him during the whole second grade. Even before he got to the counselling centre, she had given him some extra lessons; she taught him some syllables and stuff. She had worked with him even before he went through the centre. Well you know, his second grade teacher has this speech disorder so, You know, she teaches at elementary and doesn't know to articulate properly, you tell me if this is all right, I don't think so.

As we have this very skilled teacher who realised very fast what was going on, she doesn't give him worse grades because she is aware of his condition. Given that, I don't

mind grades as such. She tolerates his slowness and respects his specific needs and none of that has been reflected in his reports.

C. I miss that personal approach of the teacher; I don't feel that the teachers care about the children... even though I tried to talk to the teacher, I don't feel that she'd pay attention to it. I'd like to explain to her how he (my son) feels, but there's no time for that and the teachers don't want it anyway.

She'd need an individual approach towards my son so that she'd get to know him...

E. In the kindergarten they told me that I observe him too much, but after a month the teacher called me that she has trouble with him.

He was assigned a teacher assistant who was meant to work with him but that made it even worse because then he got used to ignoring the teacher. He knew the assistant would explain everything to him individually. Also, the teacher was sort of in a clash with the assistant.

The school wanted him to do the first grade again but that would be an immense failure for him, given that this is not an issue related to intellectual capacity...

The teacher told us he would not get grades then but the way she said it, you know, like all the children will get their reports except for our kid. That was hell, for us and I bet for him too. In the end he got his report except for it only had verbal evaluation which was a good solution. Still we decided to change for a different school.

VII. Interaction with schoolmates

A. I think that somehow the children don't perceive such things at each other.

...I didn't notice that she'd come that someone makes fun of her that she's slower or stuff, not at all. We didn't notice that ... But so far it hasn't happened that she'd come from school and cry that someone makes fun of her.

B. There aren't any barriers among the classmates... he's popular in the class; he's one year older (postponement for one year), so he helps the teacher and he's regarded as an exemplary pupil...

C. With his personality, my son's able to communicate everything with the classmates; it isn't necessary that the teacher explains anything to them... especially in the school club.

D. When my son has no activity, he runs around the classroom, or when he feels some emotion, he lives it through with his whole body; the teachers have to explain to the classmates that it's normal, that there's nothing wrong about it...

E. Adults should explain to the children that they shouldn't make fun of him because he can't read yet; that he has some handicap.

VIII. Siblings/family

A. Well we had to keep explaining this to our son (brother)... We made him aware that she was slower in some stuff and that he, as a senior brother, should take care of her. We simply had to explain that she was slow... Say she's counting on her fingers and he keeps scolding her for being too slow so we had to intervene and explain that she can't do faster. Our comments and explanations were vital, I don't think we would do without it.

B. ...that parents are afraid to accept the truth about their child <...> whatever deficit or disability it is, it has no impact on their relation (between siblings). Both live chess, they tend to spend a lot of time together... Parents find it hard to come to terms with the disability. They keep hours and hours over textbooks, forcing their child to study and make the disability go away.

C. ... it was a change for us, but nothing essential; we just had to organise our time.

D. ...I had the support around and in my family; my partner does some of my duties...

IX. Perspectives

C. I don't see any future trouble, he (my son) is quite smart... he's good at numbers, at Math; he's going to be a technical type...

D. ... he's quite a skilful boy and I think he won't have any trouble in the future.

E. He's terribly unfocused; he has to learn to work with it himself, but they say that maybe in his teens... so we'll see... we don't know how he'll be able to make the entrance examination for the high school.

Summary and conclusion

The investigation aimed at identifying parents' attitudes towards the diagnosis of children, focusing on the problems of families with children with partial function deficits. Because the chosen method of data collection was an interview, more topics in the research report, which originally did not contain the focal point of interest of the researchers, emerged in the data collection process.

Verbatim analysis was used to isolate semantic units that could be clustered into following categories: demonstrated symptoms, diagnosis, the need of patience, approach to the child/interventions, evaluation of the counselling assistance, evaluation of the approach of the school/teachers, interaction with schoolmates, siblings/family, perspectives.

Специфика полового самосознания у лиц с расстройствами половой идентичности при расстройствах личности и транссексуализме

Дворянчиков Н.В.,

кандидат психологических наук, декан факультета юридической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, dvorian@gmail.com

Макавьева В.Н.,

студентка, кафедра клинической и судебной психологии, факультет юридической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, vmakaveva@mail.ru

Новикова З.Д.,

клинический психолог, Московский городской психондoкринoлогический центр (МГПЦ), Москва, Россия, zinasun@gmail.com

Основная направленность представленного в статье исследования касается проблемы дифференциальной диагностики расстройств половой идентичности при транссексуализме и при расстройствах личности, охватывая таким образом две наиболее распространенные группы лиц с расстройствами половой идентичности, обращающихся в медицинские учреждения. В статье приведены данные сравнительного исследования двух групп испытуемых с расстройствами полового самосознания – лиц с расстройствами личности и лиц с транссексуализмом. Анализируется эмпирический материал и гипотеза о наличии дисбаланса выраженности гендерных качеств у лиц с расстройствами половой идентичности. Описана специфика интериоризации маскулиных и фемининных черт на логическом и эмоциональном уровнях у мужчин и женщин с расстройствами половой идентичности при транссексуализме и при расстройствах личности. Полученные результаты проанализированы с помощью статистически достоверных методов. Также анализируются их связи с гендерной идентичностью. Анализ проведен качественными методами с последующей интерпретацией полученных результатов в контексте адаптационных механизмов. Приводится сопоставление данных, полученных в результате исследования этих двух групп испытуемых, с нормативными выборками. В статье представлен анализ адаптационного потенциала у лиц с расстройствами половой идентичности при транссексуализме

и расстройствах личности и его возможное использование при решении дифференциально-диагностических задач. Представлены социально-правовые аспекты расстройств половой идентичности при транссексуализме.

Ключевые слова: транссексуализм, расстройства половой идентичности, расстройства личности, гендерная идентичность.

Для цитаты:

Дворянчиков Н.В., Макавьева В.Н., Новикова З.Д. Специфика полового самосознания у лиц с расстройствами половой идентичности при расстройствах личности и транссексуализме [Электронный ресурс]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia], 2018, vol. 7, no. 1, pp. 147–162. doi: 10.17759/psycljn.2018070111

For citation:

Dvoryanchikov N.V., Makavieva V.N., Novikova Z.D. Specificity of sexual self-awareness in subjects with sexual identity disorder with personality disorders and transsexualism [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia], 2018, vol. 7, no. 1, pp. 147–162. doi: 10.17759/psycljn.2018070111 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Проблема транссексуализма лежит в междисциплинарном пространстве. В настоящий момент в литературе распространен термин «расстройства половой идентичности» (РПИ), который включает в себя нарушения гендерной идентичности или полового самосознания. Употребляя данный термин в нашей работе, мы подразумеваем под ним нарушение становления идентичности, ее особенности, включающее в себя нарушение социальной и личностной адаптации в связи с искаженным восприятием себя как представителя того или иного пола или противоречием между самовосприятием и биологическим полом.

В настоящее время термин «транссексуализм» обозначает состояние рассогласования между биологическим полом и гендерной идентичностью индивида. Транссексуализм – это стойкое осознание своей принадлежности к противоположному полу, несмотря на соответствующее генетическому полу формирование гонад, уrogenитального тракта и вторичных половых признаков [1].

Транссексуализм официально включен в МКБ-10, где данному диагнозу присвоен шифр F.64.0. [5] Отмечается прямая причинно-следственная связь болезни с душевными страданиями пациентов, которые оказываются ограниченными в выполнении социальных функций вследствие болезни, что приводит в конечном итоге к высокому суицидальному риску [4].

Транссексуализм как частный вариант расстройств половой идентичности относится к одной из наиболее проблемных областей психиатрии и сексологии, поскольку и специалисты, и пациенты сталкиваются с проблемой отсутствия единых стандартов оказания организационно-правовой помощи больным. Процедура прохождения пациентами психолого-сексолого-психиатрической экспертизы пока не прописана, и лица с транссексуализмом сталкиваются со значительными сложностями, отстаивая свои законные права. При этом проблема установленного порядка диагностики, лечения и реабилитации лиц с транссексуализмом вызывает затруднения и у врачей. Но главной трудностью оказывается проблема дифференциальной диагностики лиц с РПИ. Таким образом, задача исследователей гендерной идентичности состоит в том числе в подробном описании специфики полоролевого самосознания и его особенностей при транссексуализме, расстройствах личности, заболеваниях шизофренического спектра и у лиц с органическим поражением головного мозга, которые обращаются с желанием коррекции пола. Проблема транссексуальности не может быть рассмотрена отдельно от социального или медицинского контекста. Лица с транссексуализмом, обращаясь с запросом на коррекцию пола, прежде всего хотят привести свою жизнь к определенному соответствию психического, социального и биологического. Поэтому способность адаптироваться также является важным критерием оценки. Предоставление лицам с транссексуализмом возможности первоначально сменить социальный пол (то есть паспортный) оградит участников данного процесса от неизбежных ошибок.

Целью данной работы было выявление специфики полового самосознания у лиц с РПИ при расстройствах личности и транссексуализме.

Задачей исследования было определение уровня интериоризации маскулинного и фемининного типов полового самосознания на логическом и эмоциональном уровнях в группах мужчин и женщин с транссексуализмом и с расстройствами личности при РПИ. А также выявление адаптивного и дезадаптивного потенциалов среди данных групп испытуемых.

Приведенные ниже результаты исследования позволяют в большей степени дифференцировать особенности полового самосознания и использовать их для экспертной оценки.

Эмпирическая база

Данное исследование проводилось на базе Московского городского психоэндокринологического центра. Группа испытуемых состояла из лиц с РПИ, обратившихся в учреждение с целью коррекции пола. Нами были выбраны две наиболее массивные группы испытуемых – лица с расстройствами личности, имеющие РПИ, и лица с транссексуализмом. Всего в исследовании приняли участие 116 человек. Из них в две экспериментальные выборки вошли 58 женщин-транссексуалов и 11 мужчин-транссексуалов (F64.0). В две контрольные выборки

вошли лица с расстройствами личности при РПИ (F60): из них 27 женщин и 20 мужчин, возраст испытуемых от 18 до 27 лет. Данные категории являются наиболее сложными с точки зрения дифференциальной диагностики.

В исследовании мы использовали следующие психодиагностические методики.

1. Методика «МиФ» («Маскулинность и фемининность») представляет собой модифицированный тест BSRI (Bem Sex-Role Inventory), основанный на теории андрогинии С. Бем (Bem, 1974). Модификация, разработанная Т.Л. Бессоновой, позволяет выявить степень маскулинности, фемининности, андрогинности или недифференцированности половых идентичности и предпочтений и полоролевых предпочтений, стереотипов, поведения, таким образом позволяя анализировать систему полового самосознания в целом [2]

2. Методика ЦТО (Цветовой тест отношений) основана на базе цветоассоциативного эксперимента, разработанного А.М. Эткингом (1987), и позволяет выявить половую идентификацию испытуемого на эмоциональном уровне. С помощью этой методики возможно выявление особенностей половозрастной идентификации, интериоризации полоролевых стереотипов, смыслового аспекта сферы психосексуальных ориентаций, специфики эмоционального восприятия объекта сексуального предпочтения [2]. В качестве основного стимульного материала представлен стандартный набор цветowych карточек Люшера и 70 стимульных прилагательных. В обработке результатов наибольший интерес представляет собой интерпретация понятий, связанных общими для них ассоциативными связями.

Статистическая обработка полученных данных выполнялась в программах Excel и SPSS Statistics.

Результаты исследования в группе мужчин с расстройствами личности с РПИ

Среди испытуемых мужчин с расстройствами личности с РПИ обращает на себя внимание процент лиц с расстройствами личности истерического типа – 43 %. По данным современных источников, при распространенности расстройств личности в популяции на уровне 2-3% наблюдается преобладание истерического расстройства личности среди женщин вдвое по сравнению с мужчинами [1].

Среди испытуемых женщин с расстройствами личности с РПИ процент шизоидного расстройства личности достигает 44%. По данным современной литературы, распространенность шизоидных расстройств личности в популяции составляет около 7,5%, при этом имеются данные о преобладании такого типа расстройств среди мужчин в два раза по сравнению с женщинами. Эти результаты могут означать, что специфика расстройств личности, а возможно, и других психических расстройств имеет непосредственную связь с особенностями полового самосознания.

Анализируя результаты, полученные по группе женщин с транссексуализмом, можно увидеть картину полового самосознания маскулинного типа. Все основные характеристики имеют ярко выраженное преобладание маскулинных полоролевых черт испытуемых; представления о стереотипных гендерных ролях не искажены (рис. 1). Образ женщины характеризуется значительным преобладанием фемининных черт над маскулинными, что может отражать тенденцию к «поляризации» образов женщины и мужчины, обусловленную желанием отдалить неприятный образ, противоречащий внутреннему самосознанию.

В сравнении с нормой [2] в группе женщин-транссексуалов можно видеть, что выраженность маскулинных и фемининных черт образов «Я-реальное», «Мужчина», «Женщина» соответствует графику средних значений нормативной мужской выборки. При этом отмечается тенденция к значительно более выраженной феминизации образа женщины и маскулинизации образа «Я-реальное» и образа мужчины.

Согласно проведенному статистическому анализу (t-критерий Стьюдента), подтверждается максимальное преобладание маскулинных качеств образа «Я-реальное» в группе женщин с транссексуализмом ($p \leq 0,001$).

Полученные результаты отражают высокую степень интериоризации маскулинной гендерной роли на логическом уровне.

По результатам корреляционного анализ Пирсона обнаружена положительная корреляция ($r=0,557$ при $p \leq 0,01$) между понятиями «Я-реальное» фемининного типа и «Мужчина должен быть» фемининного типа.

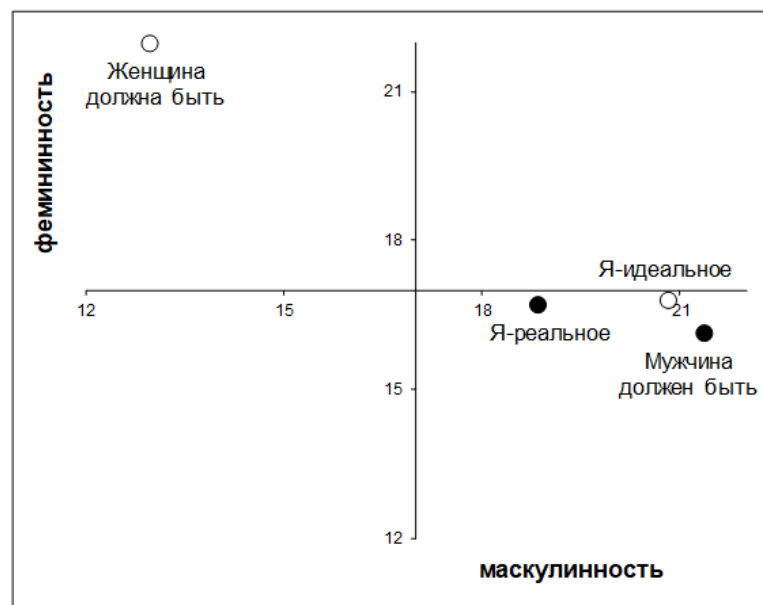


Рис. 1. График по средним значениям группы женщин-транссексуалов (n=58)

Данную корреляционную связь можно интерпретировать как особенность восприятия женщинами с транссексуализмом своих фемининных качеств. Фемининные качества в характере согласуются с их представлением о наличии идентичных фемининных качеств в стереотипном образе мужчины, что соответствует восприятию женщин-транссексуалов себя как носителей маскулинной гендерной роли.

Отрицательная корреляционная связь между параметрами «Я-идеальное» маскулинного типа и «Я-идеальное» фемининного типа ($r=-0,549$ при $p\leq 0,01$) показывает, что при высоких показателях маскулинности образа «Я-реальное» следует ожидать низкие показатели фемининности образа «Я-идеальное». Полученная корреляционная взаимосвязь согласуется с предположением о тенденции к «поляризации» образов мужчины и женщины.

По данным ЦТО 57% испытуемых оценивают «Я-реальное» позитивно, при этом негативная оценка наблюдается у 7% испытуемых. 43% испытуемых оценивают образ мужчины позитивно, при этом 17% испытуемых оценивают образ мужчины негативно. В целом в группе женщин с транссексуализмом преобладает позитивное восприятие «образа Я» и образа мужчины.

По данным анализа таблиц сопряженности (хи-квадрат Пирсона) обнаруживается связь между параметром «Я-реальное» позитивное и «Мужчина» позитивное на уровне значимости $p\leq 0,05$. То есть испытуемые, оценивающие позитивно себя на эмоциональном уровне, склонны также позитивно оценивать образ мужчины.

По результатам корреляционного анализа Кендалла была выявлена прямая положительная корреляционная связь ($r=0,576$ при $p\leq 0,01$) между параметрами «Связь Я-реальное – мужчина» и «Связь Я-идеальное – мужчина». Можно допустить, что данные результаты свидетельствуют о стабильности эмоциональной интериоризации мужской гендерной роли, так как параметр «Я-идеальное» подразумевает будущее, которое соотносится с настоящим восприятием. Выявлена корреляция ($r=0,596$ при $p\leq 0,01$) между параметрами «Я-реальное» (негативная оценка) и «Мужчина» (негативная оценка). Такая негативная оценка себя на эмоциональном уровне, вероятно, подразумевает негативную оценку образа мужчины, что показывает глубокую взаимосвязь образов на эмоциональном уровне вне зависимости от валентности оценки.

Результаты исследования в группе мужчин с транссексуализмом

По данным исследования, у мужчин-транссексуалов на логическом уровне преобладает фемининный тип полоролевой идентичности (рис. 2).

Стереотипные представления об образе женщины характеризуются преобладанием фемининных полоролевых черт и сопоставимы с представлениями о себе идеальном. Образ мужчины, несмотря на наличие андрогинности, характеризуется преобладанием маскулинных полоролевых черт.

Высокая степень андрогинности образа «Я-идеальное» свидетельствует о существующем адаптивном потенциале мужчин с транссексуализмом.

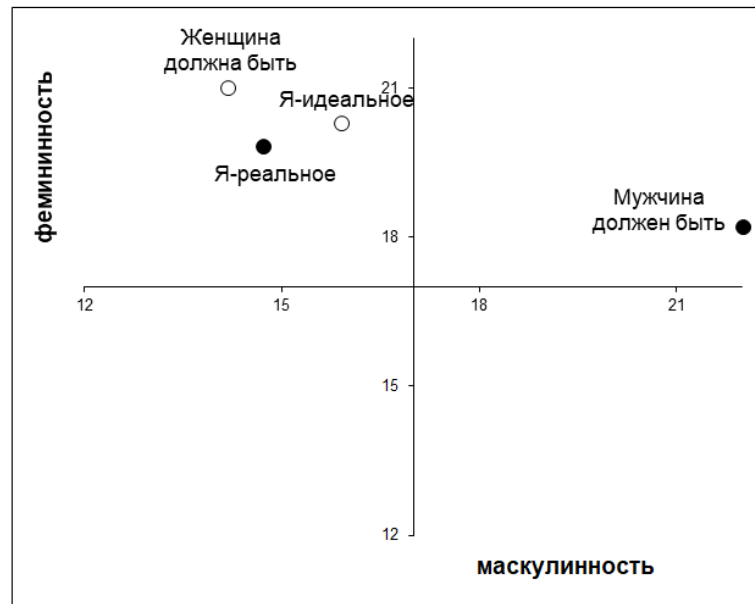


Рис. 2. График средних значений выборки мужчин-транссексуалов (n=11)

В сравнении с нормой наблюдается соответствие данных, полученных в результате исследования испытуемых мужчин-транссексуалов, данным женской нормативной выборки. При этом можно наблюдать более выраженную феминизацию образа женщины, что отражает тенденцию к «поляризации» образов мужчины и женщины. Наблюдаемые результаты схожи с полученными результатами по выборке женщин с транссексуализмом, в связи с чем можно предположить, что вид «биполярного» структурирования является характерным для группы лиц с транссексуализмом как мужского, так и женского типов и отражает глубокий внутриличностный конфликт, который проявляется в виде стойкого неприятия собственного анатомического пола и требует поиска различных путей для адаптации.

По результатам сравнения данных, полученных при помощи t-критерия Стьюдента, обнаруживаются фемининная выраженность параметра «Я-реальное» в группе мужчин-транссексуалов, что согласуется с полученными ранее результатами, отраженными на графике средних значений по «МиФ» (рис. 2).

По данным корреляционного анализа Пирсона, выявлена отрицательная корреляция ($r=-0,645$ при $p\leq 0,05$) между образами «Я-реальное» фемининного типа и «Я-идеальное» маскулинного типа. Маскулинные качества в характере мужчин-транссексуалов противоречат их восприятию себя как носителей женской гендерной роли, в связи с чем при высоких показателях фемининности в «Я-реальном» следует ожидать низкие показатели маскулинности в «Я-идеальном». Положительная корреляция ($r=0,770$ при $p\leq 0,01$) наблюдается

между образом «Я-реальное» фемининного типа и «Я-идеальное» фемининного типа, что, вероятно, указывает на стабильное логическое соотнесение себя с образом женщины как в настоящем, так и в будущем.

Положительная корреляция ($r=0,852$ при $p\leq 0,01$) между образами «Я-реальное» маскулинного типа и образом «Женщина должна быть» маскулинного типа предположительно свидетельствует о согласованности представлений мужчин-транссексуалов о себе как о носителе маскулинных черт, идентичных маскулинным чертам в образе женщины.

По данным исследования группы испытуемых мужчин с транссексуализмом при помощи методики ЦТО, выявлено, что у 73% испытуемых наблюдается позитивная оценка «Я-реального», при этом 82% испытуемых оценивают образ женщины позитивно. Эти результаты можно интерпретировать как свидетельство наличия адаптивного потенциала в группе мужчин с диагнозом транссексуализм.

По данным анализа таблиц сопряженности (хи-квадрат Пирсона) обнаруживается связь между позитивным образом «Я-реальное» и образом женщины на уровне $p=0,026$. Следовательно, вероятно ожидать позитивную оценку образа «Я-реальное» при наличии связи между «Я-реальное» и образом женщины у мужчин-транссексуалов.

Проведенный корреляционный анализ Кендалла выявил положительную корреляцию ($r=0,671$ при $p\leq 0,05$) между параметрами «Я-реальное» позитивное и «Связь Я-реальное – женщина», что свидетельствует о высокой степени интериоризации женской гендерной роли на эмоциональном уровне.

Присутствует общая для групп испытуемых мужчин и женщин тенденция значительно разграничивать образы мужчины и женщины на логическом уровне, что может отражать актуальную для лиц с транссексуализмом задачу этапа становления полового самосознания, направленную на самоопределение гендерной роли, а также отражающая стойкое неприятие собственного биологического пола.

Результаты исследования в группе женщин с расстройствами личности с РПИ

В группе женщин с расстройствами личности с РПИ преобладает маскулинный тип полоролевой идентичности (рис. 3).

Образ мужчины при этом характеризуется преобладанием маскулинных черт над фемининными и соответствует полоролевым предпочтениям. В образе женщины наблюдается значительное преобладание фемининных черт над маскулинными.

В сравнении с нормой выявлено соответствие графику средних значений нормативной мужской выборки. Отмечается тенденция к максимальной выраженности фемининных черт образа женщины и маскулинных черт образа

«Я-реальное» и образа мужчины, что, по-видимому, может отражать дезадаптивный потенциал в сфере полового самосознания.



Рис. 3. График средних значений по выборке женщин с расстройствами личности (n=27)

В результате проведенного сравнения выраженности маскулинности и феминности образа «Я-реальное» (t-критерий Стьюдента) выявлены значимые различия на уровне $p \leq 0,001$. Высокая степень маскулинности образа «Я-реальное» указывает на наличие высокой степени присвоения маскулинной гендерной роли на логическом уровне.

В результате корреляционного анализа Пирсона выявлена прямая положительная корреляция ($r=0,582$ при $p \leq 0,01$) между образом «Я-реальное» маскулинного типа и образом «Я-идеальное» маскулинного типа. Корреляция между образом «Я-реальное» фемининного типа и «Я-идеальное» фемининного типа составляет $0,707$ при $p \leq 0,01$). Корреляция между образом «Я-реальное» фемининного типа и образом «Мужчина должен быть» фемининного типа составляет $0,836$ при $p \leq 0,01$. Фемининные качества в характере женщин с расстройствами личности согласуются с их представлением о наличии идентичных фемининных качеств в образе мужчин, что соответствует восприятию женщин с расстройствами личности с РПИ себя как носителей мужской гендерной роли. Корреляция между образом «Я-идеальное» маскулинного типа и «Мужчина должен быть» маскулинного типа умеренная: $r=0,519$ при $p \leq 0,01$.

Исходя из полученных ранее результатов, был сделан вывод, что у женщин с расстройствами личности с РПИ на логическом уровне преобладает маскулинный тип полоролевой идентичности.

По данным ЦТО в группе с женщин с расстройствами личности при РПИ 59% испытуемых оценивают «Я-реальное» позитивно и лишь 11% оценивают «Я-реальное» негативно, при этом позитивно оценивают образ мужчины 33% испытуемых, а негативно – 22%. 45% испытуемых оценивают образ мужчины амбивалентно или нейтрально. Можно предположить, что в группе женщин с расстройствами личности с РПИ наблюдается недостаточная степень интериоризации мужской гендерной роли на эмоциональном уровне.

По результатам анализа таблиц сопряженности (хи-квадрат Пирсона), имеются различия в частотном распределении позитивного образа мужчины, образа «Я-реальное» и образа мужчины на уровне $p < 0,05$, а также в распределении между «Я-реальное» позитивное и «Мужчина» позитивное на уровне значимости $p < 0,05$.

По результатам проведенного корреляционного анализа Кендалла обнаруживается отрицательная корреляционная связь ($r = -0,512$ при $p \leq 0,01$) между параметрами «Мужчина» негативное и «Связь Я-идеальное – мужчина», то есть в группе женщин с расстройствами личности с РПИ наблюдается тенденция соотносить себя с мужской гендерной ролью, но не оценивать образ мужчины негативно.

В результате проведенной работы было выявлено, что в группе женщин с расстройствами личности преобладает маскулинный тип гендерной идентичности на логическом уровне и наблюдается тенденция к «поляризации» образов мужчины и женщины, схожая с выборкой лиц с транссексуализмом, что отражает наличие расстройства гендерной идентичности. При значительном преобладании позитивной оценки образа «Я-реальное» 45% испытуемых оценивают образ мужчины амбивалентно или нейтрально, что говорит о недостаточной степени интериоризации маскулинной гендерной роли на эмоциональном уровне. Основным отличием от выборки лиц с транссексуализмом в данном случае следует считать наличие выраженной дезадаптации.

Описание результатов исследования в группе мужчин с расстройствами личности с РПИ

В группе мужчин с расстройствами личности с РПИ преобладает фемининный тип полоролевой идентичности (рис. 4).

Однако отмечается тенденция к недостаточной дифференциации образов мужчины и женщины. Образ женщины характеризуется наличием андрогинных характеристик при преобладании фемининных качеств над маскулинными и соответствует полоролевым предпочтениям мужчин испытуемых из данной группы. В мужском образе, несмотря на наличие андрогинных характеристик, наблюдается преобладание маскулинных черт над фемининными.

Исходя из этого можно говорить о более сбалансированном андрогинном типе полоролевой идентичности у мужчин с расстройствами личности с РПИ, что подтверждает наличие высокого адаптивного потенциала этой группы испытуемых.



Рис. 4. График средних значений по выборке мужчин с расстройствами личности (n=19)

При сравнении с нормативными группами распределение в большей степени соответствует женской нормативной выборке. При этом можно наблюдать отсутствие выраженности фемининных качеств образа «Я-реальное», что говорит о недостаточном уровне дифференциации «Я» относительно мужского или женского образа. Следовательно, отмечается недостаточный уровень интериоризации фемининной гендерной роли на логическом уровне.

Результаты анализа при помощи t-критерия Стьюдента для связанных выборок показали значимые различия ($p < 0,05$). Таким образом, «Я-реальное» имеет фемининную выраженность в группе мужчин с расстройствами личности.

С помощью корреляционного анализа Пирсона была обнаружена положительная корреляция между образом «Я-реальное» маскулинного типа и «Я-идеальное» маскулинного типа на уровне ($r = 0,535$ при $p \leq 0,05$). Таким образом, проявляется отражение стабильного андрогинного типа гендерной идентичности у мужчин с расстройствами личности с РПИ на фоне более выраженных фемининных качеств образа «Я-реальное».

Обнаружена положительная корреляция ($r = 0,594$ при $p \leq 0,01$) между образом «Я-реальное» маскулинного типа и «Женщина должна быть» маскулинного типа на уровне, а также положительная корреляция ($r = 0,595$ при $p \leq 0,01$) между образом «Я-идеальное» маскулинного типа и «Женщина должна быть» маскулинного типа. Положительная корреляция между образами «Мужчина должен быть» маскулинного типа и «Женщина должна быть» фемининного типа составила $0,567$ при $p \leq 0,05$. Образ мужчины и женщины в выборке мужчин с расстройствами личности

недостаточно дифференцированы между собой, чем и обусловлена данная корреляционная взаимосвязь. Вероятно, что мужчины с расстройствами личности при РПИ склонны соотносить себя не только с женщинами, но и с мужчинами показывая преобладание андрогинного типа идентичности в данной выборке.

Выявлено преобладание андрогинного типа идентичности в группе мужчин с расстройствами личности с РПИ на фоне тенденции к недостаточной дифференциации образов мужчины и женщины, что говорит о недостаточной степени интериоризации фемининной гендерной роли на логическом уровне.

По данным ЦТО 60% испытуемых оценивают «Я-реальное» позитивно, тогда как негативная оценка «Я-реального» встречается лишь у 10% испытуемых. При этом 40% испытуемых оценивают образ женщины позитивно, а 20% – негативно. Полученные результаты схожи по распределению с выборкой женщин с расстройствами личности. При этом 40% испытуемых оценивают образ женщины амбивалентно или нейтрально. В группе мужчин с расстройствами личности отмечается недостаточный уровень интериоризации фемининной гендерной роли как на логическом, так и на эмоциональном уровнях.

Также был проведен частотный анализ (хи-квадрат Пирсона), в результате которого обнаружены различия распределений переменных «Я-реальное» позитивное и «Женщина» позитивное на уровне значимости $p < 0,05$.

В результате корреляционного анализа Кендалла получена положительная корреляционная взаимосвязь ($r = 0,612$ при $p \leq 0,01$) между образом «Женщина» (негативным) и «Связь Я-идеальное – мужчина». Мужчины с расстройством личности при РПИ, которые соотносят себя с маскулинной гендерной ролью, склонны негативно оценивать образ женщины. Имеется отрицательная корреляционная связь ($r = -0,612$ при $p \leq 0,01$) между параметрами «Женщина» негативное и «Связь Я-идеальное – женщина». Мужчины, которые соотносят себя с фемининной гендерной ролью, не склонны негативно оценивать образ женщины. Положительная взаимосвязь ($r = 0,667$ при $p \leq 0,01$) между «Женщина» позитивное и «Я-реальное» позитивное указывает на то, что мужчины, позитивно оценивающие Я-образ, склонны также позитивно оценивать образ женщины.

Обнаружена положительная корреляция ($r = 0,667$ при $p \leq 0,01$) между «Я-реальное» негативное и «Женщина» негативное: мужчины с расстройством личности с РПИ, которые негативно оценивают «Я-реальное», склонны также негативно оценивать образ женщины. Наконец положительная связь ($r = 0,707$ при $p \leq 0,01$) между переменными «Женщина» позитивное и «Мужчина» негативное говорит о том, что мужчины с расстройством личности, оценивающие образ женщины позитивно, склонны негативно оценивать образ мужчины.

Полученные результаты отражают нарушение полоролевой идентичности у мужчин с расстройствами личности при РПИ. Так, несмотря на преобладание фемининной гендерной роли и позитивной оценки образа «Я-реальное» среди

мужчин с расстройствами личности, обращает на себя внимание склонность негативно оценивать образ мужчины при позитивной оценке образа женщины.

У мужчин с расстройствами личности преобладает андрогинный тип гендерной идентичности, несмотря на более выраженные фемининные качества. Данный тип гендерной идентичности является более сбалансированным и адаптивным в сравнении с выборкой лиц с транссексуализмом. На эмоциональном уровне, при преобладании фемининности образа «Я-реальное» проявляется склонность негативно оценивать образ мужчины и позитивно оценивать образ женщины, что может быть источником внутриличностного конфликта и одним из факторов личностной дезадаптации.

У мужчин с расстройством личности с РПИ отмечается недостаточный уровень интериоризации фемининной гендерной роли как на логическом, так и на эмоциональном уровнях.

Выводы

Основными результатами исследования следует считать полученные данные о наличии в группе мужчин и женщин с транссексуализмом тенденции к разграничению образов мужчины и женщины в виде чрезмерной феминизации образа женщины и маскулинизации образа мужчины, что может отражать актуальную для транссексуалов задачу этапа полового самосознания, направленную на самоопределение гендерной роли, а также является отражением стойкого неприятия собственного биологического пола.

В группе женщин-транссексуалов наблюдается преобладание маскулинного типа идентичности как на логическом, так и на эмоциональном уровнях. В группе мужчин-транссексуалов наблюдается преобладание фемининного типа идентичности на обоих уровнях. При этом на эмоциональном уровне значительно преобладает позитивная оценка образа женщины и тенденция к андрогинизации образа «Я-идеальное» на логическом уровне, что говорит о потенциально высоких адаптивных возможностях.

В группе женщин с расстройствами личности с РПИ наблюдается высокий уровень интериоризации маскулинной гендерной роли на логическом уровне, однако недостаточный – на эмоциональном. Основным отличием выборки женщин с расстройствами личности с РПИ от выборки лиц с транссексуализмом в данном случае следует считать наличие выраженной дезадаптации. В группе мужчин с расстройствами личности с РПИ преобладает андрогинный тип гендерной идентичности при значительно выраженных фемининных качествах. Данный тип гендерной идентичности является более сбалансированным и адаптивным.

Из полученных результатов также можно сделать вывод о существующих различиях в специфике расстройств половой идентичности в зависимости от гендерной принадлежности и наличия адаптивного или дезадаптивного

Дворянчиков Н.В., Макавьева В.Н., Новикова З.Д.
Специфика полового самосознания у лиц с
расстройствами половой идентичности при
расстройствах личности и транссексуализме
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 1. С. 147–162.

Dvoryanchikov N.V., Makavieva V.N., Novikova Z.D.
Specificity of sexual self-awareness in subjects with
sexual identity disorder with personality disorders
and transsexualism
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 1, pp. 147–162.

потенциала, как у лиц с транссексуализмом, так и у лиц с расстройствами полового самосознания при расстройствах личности.

Литература

1. Бухановский А.О. Андреев А.С. Структурно-динамическая иерархия пола человека. Р. н/Д.: Феникс, 1993. 152 с.
2. Дворянчиков Н.В. Носов С.С. Саламова Д.К. Половое самосознание и методы его диагностики: учебное пособие. М.: Наука, 2011. 216 с.
3. Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В. Концепции и перспективы исследования пола в клинической психологии [Электронный ресурс] // Психологический журнал. 2001. №3. С. 100–115. URL: <http://www.psychlib.ru/inc/absid.php?absid=56071> (дата обращения: 11.10.2017).
4. Имелинский К. Сексология и сексопатология. М.: Медицина, 1986. 424 с.
5. Международная классификация болезней 10 пересмотра. Клинические описания и диагностические указания [Электронный ресурс]: международная классификация болезней 10-го пересмотра. 2016. URL: <http://mkb-10.com/> (дата обращения: 08.10.2017).
6. Матевосян С.Н. Введенский Г.Е. Половая дисфория: клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола. М.: Медицинское информационное агентство, 2012. 400 с.
7. Ткаченко А.А. Введенский Г.Е. Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. М.: Медицина, 2001. 560 с.
8. Шишкина Ю.С. Медико-правовые проблемы смены пола. Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева. 2010. № 73. С. 66–70.
9. Benjamin H. The Transsexual Phenomenon. NY: Julian Press, 1966. 296 p.
10. Weitzman L. Sex role socialization: A focus on women. Palo Alto: May-Field, 1979. 105 p.

Specificity of Sexual Self-Awareness in Subjects with Sexual Identity Disorder with Personality Disorders and Transsexualism

Dvoryanchikov N.V.,

PhD. in Psychology, Associate professor, dean, Department of legal psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, dvorian@gmail.com

Makavieva V.N.,

student, chair of clinical and forensic psychology, Department of legal psychology, Moscow State University of Psychologica and Education, Moscow, Russia, vmakaveva@mail.ru

Novikova Z.D.,

clinical psychologist, Moscow City Psychoendocrinological Center (MGPC), Moscow, Russia, zinasun@gmail.com

The main focus of the research presented in the article is the problem of differential diagnosis of sexual identity disorder in transsexualism and in personality disorders. Thus, study covers two of the most widely spread groups of subjects with sexual identity disorders referring to medical institutions. The article cites the data of the comparative research of two groups of subjects with sexual identity disorder: subjects with personality disorder and subjects with transsexualism. The empirical material and the hypothesis of the presence of imbalance in the expression of gender qualities in subjects with sexual identity disorder is analyzed. The internalization of the masculine and feminine traits on the logical and emotional levels of both – men and women with transsexualism, and also of men and women with personality disorder is described. The results are analyzed with the help of the reliable statistical methods. Connections with gender identity are also analyzed. The analysis is performed with qualitative methods with further interpretation of the results which were achieved in the context of adaptation mechanisms. The data received as a result of the study of these two groups is compared with the normal control's data. Besides the article supplies the analysis of the presence of the adaptation potential in the subjects with sexual identity disorder in cases of transsexualism and personality disorder and its possible use in differential diagnostics. Some social and legal aspects of sexual identity disorder in transsexualism are also dealt with.

Keywords: transsexualism, disorders of gender identity, personality disorders, gender identity.

References

1. Buhanovskij A.O. Andreev A.S. Strukturno-dinamicheskaja ierarhija pola cheloveka [Structurally-dynamic hierarchy of a person's gender]. Rostov-na-Donu : Feniks, 1993. 152 p.
2. Dvorjanchikov N.V. Nosov S.S. Salamova D.K. Polovoe samosoznanie i metody ego diagnostiki: uchebnoe posobie [Sexual self-awareness and diagnostics methods: a manual]. Moscow: Nauka, 2011. 216 p.
3. Enikolopov S.N., Dvorjanchikov N.V. Konceptii i perspektivy issledovaniya pola v klinicheskoy psihologii [Concepts and perspectives of gender research in clinical psychology] [Web source]. *Psihologicheskij zhurnal [Psychological Journal]*, 2001, no. 3, pp. 100–115. URL: <http://www.psychlib.ru/inc/absid.php?absid=56071> (Accessed: 11.10.2017).
4. Imelinskij K. Seksologija i seksopatologija [Sexology and sexopathology]. Moscow: Medicina, 1986. 424 p.
5. Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej 10 peresmotr. Klinicheskie opisaniya i diagnosticheskie ukazaniya [International Classification of Diseases 10 revision. Clinical descriptions and diagnostic instructions] [Web source]. 2016. URL: <http://mkb-10.com/> (Accessed: 08.10.2017).
6. Matevosjan S.N. Vvedenskij G.E. Polovaja disforija: kliniko-fenomenologicheskie osobennosti i lechebno-reabilitacionnye aspekty sindroma "otverganija" pola [Sexual dysphoria: clinical and phenomenological features and treatment and rehabilitation aspects of the gender rejection syndrome]. Moscow: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2012. 400 p.
7. Tkachenko A.A. Vvedenskij G.E. Dvorjanchikov N.V. Sudebnaja seksologija [Forensic Sexology]. Moscow: Medicina, 2001. 560 p.
8. Shishkina Ju.S. Mediko-pravovye problemy smeny pola [Medico-legal problems of sex change]. *Vestnik Volzhskogo universiteta im. V.N. Tatishheva [Bulletin of Volzhsky University named after V.N. Tatishcheva]*, 2010, no. 73, pp. 66–70.
9. Benjamin H. The Transsexual Phenomenon. NY: Julian Press, 1966. 296 p.
10. Weitzman L. Sex role socialization: A focus on women. Palo Alto: May-Field, 1979. 105 p.