

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ
ЭЛЕКТРОННЫЙ
ЖУРНАЛ**

2019. Том 8, № 1

2019. Vol. 8, no 1

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Кузьмина Т.И., Чижова А.О.** Многообразие подходов к исследованию и коррекции нарушений поведения у детей и подростков (на примере синдрома дефицита внимания с гиперактивностью) 1–18

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Авакян Т.В., Воликова С.В., Сорокова М.Г.** Влияние социальной ситуации развития на социальное познание у детей-сирот 19–32

- Болдырева Т.А.** Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе 33–57

- Бочавер К.А., Данилов А.Б., Нартова-Бочавер С.К., Квитчастый А.В., Гаврилова О.Я., Зязина Н.А.** Перспективы салютогенного подхода к профилактике синдрома выгорания у российских врачей 58–77

- Быховец Ю.В., Падун М.А.** Личностная тревожность и регуляция эмоций в контексте изучения посттравматического стресса 78–89

- Горьковская И.А., Микляева А.В.** Жизнестойкость и копинг-стратегии подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата 90–102

- Иосифян М.А., Арина Г.А., Николаева В.В.** Ценности и страхи: связь между ценностными предпочтениями и страхом перед нарушениями здоровья 103–117

- Липски М., Кантор Ж.** О зонах роста и сильных сторонах детей с особыми образовательными потребностями в процессе музыкальной импровизации 118–136

- Ситкина Е.В., Исаева Е.Р., Тачалов В.В., Искренко К.К., Трегубенко И.А.** Особенности формирования комплаентного поведения у пациентов стоматологической клиники 137–161

ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Алехин А.Н., Грекова А.А.** Особенности формирования мышления в условиях цифровой среды 162–176

- Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А.** О коррекции психического состояния немедикаментозным способом при рассеянном склерозе 177–188

- Шнейдер Л.Б., Сургучева Н.В.** Эго-восприятие и танатос-центрация как источники суицида в подростковом возрасте 189–214

МЕТОДЫ И МЕТОДИКИ

- Бердичевский А.А., Падун М.А., Гагарина М.А.** Апробация модифицированной версии методики «Шкала созависимости Спенн-Фишер» 215–234

CONTENT

THEORETICAL RESEARCH

- Kuzmina T.I., Chizhova A.O.** Analytical Review of Approaches in the Study and Correction of Behavioral Disorders in Children and Adolescents (Evidence from Attention Deficit and Hyperactivity Disorder) 1–18

EMPIRICAL RESEARCH

- Avakyan T.V., Volikova S.V., Sorokova M.G.** The Influence of the Social Situation of Development on the Social Cognition in the Children-Orphans 19–32
- Boldyreva T.A.** The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School 33–57
- Bochaver K.A., Danilov A.B., Nartova-Bochaver S.K., Kvitchasty A.V., Gavrilova O.Y., Zyazina N.A.** Future of Salutogenic Approach to Prevention of Burnout Syndrome in Russian Physicians 58–77
- Bykhovets J.V., Padun M.A.** Personal Anxiety and Emotion Regulation in the Context of Study of Post-Traumatic Stress 78–89
- Gorkovaya I.A., Miklyaeva A.V.** Hardiness and Coping-Strategies of Adolescents with Motor Impairments 90–102
- Iosifyan M.A., Arina G.A., Nikolaeva V.V.** Values and Fears: Value Priorities and Fear of Health Impairments 103–117
- Lipský M., Kantor J.** Identification of Challenges and Strengths of Children with Special Educational Needs in Their Musical Improvisations 118–136
- Sitkina E.V., Isaeva E.R., Tachalov V.V., Iskrenko K.K., Tregubenko I.A.** Features of Formation of Compliance Behavior in Patients of Dental Clinic 137–161

APPLIED RESEARCH

- Alekhin A.N., Grekova A.A.** Peculiarities of Thinking Formation in the Digital Environment 162–176
- Reznikova T.N., Seliverstova N.A.** On the Correction of a Mental State in the Non-Drug Way at Multiple Sclerosis 177–188
- Shneyder L.B., Surgucheva N.V.** Ego-Perception and Thanatos-Centrations as Sources of Suicide in Adolescence

METHODS AND TECHNIQUES

- Berdichevsky A.A., Padun M.A., Gagarina M.A.** Testing a Modified Version of the Spenn–Fisher Codependency Scale 189–214

Многообразии подходов к исследованию и коррекции нарушений поведения у детей и подростков (на примере синдрома дефицита внимания с гиперактивностью)

Кузьмина Т.И.,

кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной психологии и реабилитологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, ta-1@list.ru

Чижова А.О.,

аспирант кафедры специальной психологии и реабилитологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, nnastik@yandex.ru

В статье выделены наиболее популярные подходы к пониманию и объяснению феномена СДВГ, обозначенные в зарубежных и отечественных исследованиях в области нарушения поведения детей и подростков. Авторами выделены четыре базовых подхода к диагностике и коррекции СДВГ: биомедицинский, социопсихологический, воспитательный и комплексный медико-психологический. Обозначены взгляды на этиопатогенетические механизмы возникновения нарушений поведения и их коррекцию.

Ключевые слова: нарушения поведения, дефицит внимания, коррекционная психология, психологическая коррекция.

Для цитаты:

Кузьмина Т.И., Чижова А.О. Многообразие подходов к исследованию и коррекции нарушений поведения у детей и подростков (на примере синдрома дефицита внимания с гиперактивностью) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 1–18. doi: 10.17759/psyclin.2019080101

For citation:

Kuzmina T.I., Chizhova A.O. Analytical Review of Approaches in the Study and Correction of Behavioral Disorders in Children and Adolescents (Evidence from Attention Deficit and Hyperactivity Disorder) [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 1, pp. 1–18. doi: 10.17759/psyclin.2019080101 (In Russ., abstr. in Engl.)

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является достаточно распространенным нарушением в детской популяции. По данным Н.Н. Заваденко в России таких детей 4–18%, в США – 4–20%, Великобритании – 1–3%, Италии – 3–10%, в Китае – 1–13%, а в Австралии – 7–10% [5]. Американская психиатрическая ассоциация (The American Psychiatric Association) в пятом издании диагностического и статистического пособия по психическим расстройствам (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5), опубликовано 05.05.13), представила статистику, показывающую, что 5% детей по всему миру имеют диагноз СДВГ. В Америке процент заболеваемости выше, чем в других странах, и он продолжает расти [25].

Фиксация феноменологических проявлений СДВГ у детей и подростков медицинскими специалистами из разных стран отражена в классификациях, согласно которым СДВГ является вполне определенным синдромом с четко обозначенными проявлениями, структурированными в несколько категорий данного расстройства. Диагностирование СДВГ предполагает сочетание и проявление трех основных признаков – гиперактивности, невнимательности и импульсивности. Гиперактивность связана с неосознанными активизмами поведения, не зависящими от ситуационных задач и от необходимости вести себя определенным образом; невнимательность связана с трудностями сосредоточения на объекте или процессе деятельности. Импульсивность подразумевает наличие у ребенка дезадаптивного поведения, необдуманность и преждевременность поступков, неоправданную рискованность поведения, сопровождающуюся нежелательными последствиями [27]. У детей синдром дефицита внимания с гиперактивностью в 25–50% случаев коморбиден антисоциальным расстройствам поведения (conduct disorder) [38].

Особенно часто СДВГ обращает на себя внимание родителей и педагогов, когда возраст ребенка достигает 6-7 лет. Именно в этот период у ребенка должна активно формироваться произвольность поведения и деятельности, что в дальнейшем обеспечивает базис школьной успеваемости и благополучной социальной интеграции. СДВГ у мальчиков диагностируется чаще, чем у девочек (за счет выраженности поведенческих проявлений).

Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM-4-TR) определяло СДВГ как первичное расстройство и разграничивало следующие его формы: сочетанная (комбинированная) форма – имеются все три группы симптомов (гиперактивность, импульсивность, нарушение внимания) (50–75% детей); СДВГ с преимущественными нарушениями внимания (20–30% детей); СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности (около 15% детей). Диагностическое и статистическое пособие по психическим расстройствам (DSM-5), широко используемое в США с 2013 года, определяет СДВГ как расстройство развития нервной системы.

Согласно International Classification of Diseases (ICD-10) (русский вариант: Международная классификация болезней X пересмотра (МКБ-10), используемой,

в том числе, и отечественными медиками для постановки диагноза, СДВГ находится в разделе эмоциональных расстройств и расстройств поведения психиатрического регистра, не относится к неврологическим заболеваниям, определяется как «гиперкинетическое расстройство», ему присвоены коды F90 (синдром дефицита внимания с гиперактивностью) и F91 (нарушения поведения).

International Classification of Diseases (ICD-11, МКБ-11), которая была опубликована в июне 2018 года, представлена на утверждение Всемирной ассамблеи здравоохранения в январе 2019 года, на сегодняшний день активно обсуждается специалистами по всему миру и должна предположительно вступить в силу с 1 января 2022 года. В этой классификации предлагается определять СДВГ как психическое и поведенческое расстройство/нарушение психического развития [10].

И если взгляды специалистов из разных стран в медицинской предметной области на критериальные параметры определения внешних проявлений СДВГ и установления диагноза так или иначе находятся в общем парадигмально-исследовательском поле, то мнения представителей разных предметных областей науки (медицина, психология, психофизиология, психогенетика, педагогика и т.д.) об этиопатогенетических механизмах и направлениях коррекции этого нарушения существенно разнятся. Можно выделить как минимум два направления описания механизмов формирования гиперактивности и нарушения внимания у ребенка.

1. Генетическая теория предполагает, что возникновение СДВГ детерминируется мутациями трех генов, регулирующих дофаминовый обмен, – гена D4 рецепторов, гена D2 рецепторов и гена, ответственного за транспорт дофамина. Носителями мутантного гена являются дети с наиболее выраженной гиперактивностью. Главную роль в формировании нейронных связей в процессе обучения играет дофаминергическая иннервация, которая при СДВГ является аномальной, и этот фактор оказывает влияние на развитие функциональных мозговых характеристик [7]. Также речь может идти и о наследовании предрасположенности к возникновению СДВГ по отцовской линии [27].

2. Перинатальная теория возлагает ответственность за возникновение СДВГ на раннее повреждение центральной нервной системы в период беременности и родов (около 84% диагностированных случаев). Кроме того, СДВГ может возникнуть у ребенка вследствие родовых травм, иммунологической несовместимости с матерью или приема матерью токсических веществ и курения во время беременности [4; 5].

По мнению зарубежных исследователей, изучение СДВГ имеет и медицинскую, и социально-психологическую, и воспитательно-педагогическую проблематику. Целесообразно обозначить как минимум три зарубежных подхода в коррекции СДВГ: социально-психологический [20; 34], биомедицинский [31] и воспитательный [34; 37; 41].

Рассмотрим социально-психологический подход на примере французских концепций СДВГ, согласно которым эта проблема является, прежде всего,

социальной, а методы коррекции – психологическими и психотерапевтическими, включающими в себя психоанализ, когнитивную психотерапию, а также групповые тренинги и разнообразные виды семейной терапии.

В 2012 году А. Францес (A. Frances), один из авторов критериев DSM-4, в своей статье рассмотрел природу возникновения СДВГ как эвристическую [28]. В соответствии с этой системой взглядов разрабатывалась стратегия коррекции нежелательного поведения детей, которая отмечала семейную психотерапию как наиболее эффективное направление помощи, так как именно «плохие» отношения родителей с детьми выступали в качестве фактора, провоцирующего нарастание симптоматики СДВГ [19].

По мнению ряда французских авторов, поведение, свойственное гиперактивным детям с дефицитом внимания, является для них неким средством самовыражения. Такое поведение указывает на глубину страдания и формулирует бессознательный призыв о помощи, направленный вовне. В данном случае психоаналитические гипотезы определяют СДВГ как нарциссический невроз, перетекающий в более взрослом возрасте без должной психотерапевтической помощи в нарциссическое расстройство личности, или так называемые "border-line" расстройства; как результат действия механизмов психологической защиты при соприкосновении ребенка с психотравмирующими ситуациями и проблемами детско-родительских отношений, формирующими вытесненные травматические переживания; как расстройство, возникающее в следствие субдепрессивного состояния с его псевдокомпенсацией (в виде эмоциональных всплесков, бессодержательных активизмов в деятельности, агрессии к окружающему миру и игнорирования и/или неприятия социальных норм и правил) и недостаточности витальной силы, а также неспособности переживать жизнь как что-то хорошее [21].

В терапевтических наблюдениях отмечается ослабление привязанности между родителем и ребенком при обнаружении у последнего СДВГ. На основании социально-психологической концепции психотерапевтическое воздействие производится с обязательным присутствием на сеансах терапии детей совместно с родителями. Необходимым звеном помощи в коррекции СДВГ является проработка внутрисемейных отношений, конфликтов, моделей поведения и семейных сценариев. Медикаментозное лечение детям назначается только в крайних случаях, когда психотерапия является нерезультативной [29].

В русле биомедицинской концепции СДВГ рассматривается как результат нарушения работы префронтальной коры головного мозга (срединной, заднебоковой и орбитофронтальной зон) и является результатом резидуально-органического поражения центральной нервной системы в перинатальный период. Это находит свое отражение в специфических нейрофизиологических и нейропсихологических коррелятах синдрома гиперактивности. Например, Ф. Даффи (F. Duffy) с соавторами отмечает семь когерентных факторов-отличий в анализе электрической активности мозга, которые представляют СДВ-специфичный паттерн для отграничения детей с СДВГ от нормотипичных детей. Значительное количество

МРТ-исследований головного мозга пациентов с СДВГ выявили снижение объема белого вещества в правой лобной доле, снижение размеров хвостатого ядра, скорлупы, мозжечка и мозолистого тела по сравнению с показателями здоровых детей [25]. По мнению сторонников биомедицинского направления, для коррекции СДВГ требуется медикаментозная поддержка с помощью психостимуляторов, схожих по своей структуре с амфетаминами (данные химические соединения запрещены к использованию на территории Российской Федерации) [31]. По сведениям Национального института здравоохранения и клинического совершенствования США, психостимуляторы используются для улучшения поведения гиперактивных детей на протяжении 70 лет (с 1937 года), после первых опытов, проведенных психиатром Ч. Брэдли (C. Bradley) [40] в Великобритании. Во Франции препараты получили широкое распространение с 1998 года после того, как прошли клинические испытания. По мнению специалистов, прием психостимуляторов улучшает поведение ребенка в классе, ведет к повышению его успеваемости [18], а также пролонгированный курс приема способствует лучшей интеграции ребенка в школьную жизнь [36].

Исследования, результаты которых были представлены в широко известном журнале *The Lancet Psychiatry* [23], наиболее популярной помощью детям с СДВГ в США называют именно медикаментозную терапию. Исследователи рассматривали эффективность различных препаратов и указывали, что ранее для лечения СДВГ в клинической практике использовались антидепрессанты и антипсихотики (нейролептики), однако они показали низкую эффективность по сравнению с психостимуляторами.

Психотерапевтическое воздействие применяется в США в качестве дополнения к медикаментозной терапии СДВГ. Используются различные виды терапии и психокоррекции. Особое внимание уделено бихевиорально-ориентированным и когнитивно-поведенческим направлениям помощи, с лежащим в их основе концептом возникновения нарушений поведения через выработку и закрепление «случайных» условных рефлексов и реакций на события окружающей действительности, для устранения которых требуется выработка «контррефлексов» под руководством терапевта. В основе выработки «контррефлексов» лежат метод положительных и отрицательных подкреплений и необходимость научиться переработке информации в соответствующем реальности ключе. Всему этому ребенок и подросток могут научиться не только в процессе тренировки социально желательных видов поведения, но и через развитие способности сознательного контроля поведения, основанного на получении новых знаний о себе как субъекте, способном целенаправленно, планировать и придерживаться сознательно заданного направления в поведении.

Исследования южнокорейских ученых показали, что в этой стране дети с СДВГ демонстрируют схожие паттерны поведения с детьми из других стран. Также отмечен рост количества детей с данным синдромом при анализе эпидемиологии (с 5,9% до 8,5%) [34]. В Корее для достоверной постановки диагноза используется специально разработанная шкала выявления СДВГ – K-ARS.

Южнокорейский подход к коррекции СДВГ коренным образом отличается от европейского, американского и отечественного. Он основан на строгом воспитании и передаче традиций. И основным фактором коррекции нарушения поведения рассматривает именно воспитание ребенка с учетом жестких рамок, требований и норм. Немалую роль в формировании воспитательного подхода играет этнокультуральный фактор и традиции страны. По мнению У.Х. Батчелдера (W.H. Batchelder) [39], социокультурные факторы являются ключевыми для понимания тенденций диагностики и лечения СДВГ в Корее. С точки зрения Дж. Норвиллитис (J. Norvillitis) [37], люди в западных странах ценят автономность и независимость, в то время как для людей из Восточной Азии приоритетом являются моральные обязательства, связанные с обучением и передачей традиций. Интересно отметить, что в Корее, в отличие от западных стран, сформировано негативное отношение к медикаментозному вмешательству для коррекции поведения, так как есть мнение, что лекарства не помогают улучшить школьные достижения детей [32].

Традиционная культура конфуцианства оказывает существенное влияние на организацию взаимодействия в контексте детско-родительских отношений и семейного воспитания в Южной Корее, где подчинение старшим и смирение перед авторитетом являются безусловными ценностями, традиционно сохраняемыми и передаваемыми из поколения в поколение. Для осуществления образовательного и воспитательного процесса от ребенка требуется послушание, самоконтроль и волевое поведение [41]. Родители имеют абсолютную власть над детьми и учат их социально одобряемым и социально желательным формам поведения. Данные Корейской Академии детской и взрослой психиатрии, опубликованные в журнале *Korea Biomedical Review*, указывают, что родители более чем половины детей и подростков с проявлениями СДВГ не обращаются за квалифицированной медицинской и психологической помощью. Это связано с социальной неприемлемостью такого расстройства. У родителей также возникает чувство вины и стыда в связи поведенческими проявлениями ребенка с СДВГ, что еще больше блокирует их интенцию к социальной интеграции такого ребенка, общественному взаимодействию и обращению за помощью к специалистам. Гиперактивность ребенка в понимании родителей не является медицинской или психологической проблемой, а обусловлена «трудновоспитуемостью» и является исключительно проблемой ребенка, не затрагивающей родителей и семейную систему в целом. Ребенок является неким слабым, несовершеннолетним и проблемным звеном семейной системы. Такая установка в свою очередь рождает иллюзию относительно родительской способности самостоятельно, без квалифицированной помощи со стороны справиться с существующей проблемой с помощью традиционных воспитательных методов [35].

В отечественной науке феномен СДВГ освещен с разных исследовательских позиций, что делает понимание этой проблемы в большей степени комплексным, чем в других странах, но не метапредметным, целостным и мультидисциплинарным. Одни исследователи отмечают высокий уровень неопределенности в решениях задач, связанных с верификацией данного расстройства в отсутствие единой

критериально-диагностической основы по оценке проявлений СДВГ [3]. Другие говорят о том, что в настоящее время не сформирован «золотой стандарт» диагностики СДВГ и отсутствуют лабораторные (инструментальные) тесты, позволяющие диагностировать данное расстройство [7]. В то же время современные исследования говорят о том, что своевременное выявление СДВГ у дошкольников позволяет значительно снизить вероятность возникновения трудностей обучения и воспитания в школьном возрасте [11].

Затруднена дифференциальная диагностика СДВГ от сходных состояний и расстройств, в симптомокомплексы которых входят неусидчивость, импульсивность, гиперактивность, в связи с тем, что отсутствуют четкие медико-психолого-педагогические критерии постановки данного диагноза. Это провоцирует популяризацию диагноза «СДВГ», что зачастую приводит к гипердиагностике этой проблемы со стороны разных специалистов в области медицины, психологии, педагогики. В настоящее время СДВГ становится неким «ярлыком» для многих детей с когнитивными и психическими нарушениями и детей, имеющих определенные особенности характера и условия воспитания [11]. Это затрудняет своевременную и адекватную диагностику и коррекцию синдрома.

В медицинском плане СДВГ описывается с психоневрологических позиций [4; 5; 15]. В данном подходе СДВГ представляет собой расстройство со сложной этиологией и патогенезом, сопровождающееся структурными, метаболическими, нейрохимическими, нейрофизиологическими изменениями в ЦНС, а также нейропсихологическими нарушениями со стороны процессов обработки информации и управляющих функций [5].

Существенное значение в исследованиях этиологии и патогенеза данного заболевания приобретают результаты современных методов нейровизуализации и методов регистрации активности мозга, которые позволяют выявить анатомические особенности данной патологии и раскрыть связи подкорковых структур и коры головного мозга. Многочисленные исследования, проведенные в течение последних двух десятилетий, подтверждают нейробиологическую природу СДВГ. При проведении нейровизуализационных исследований отмечается, что объем практически всех отделов коры головного мозга, а также общий объем мозга у детей с СДВГ не достигает показателей здоровых сверстников. Выявляется снижение размеров префронтальных областей мозга, обширное уменьшение размеров коры головного мозга, наиболее выраженное в префронтальных и предцентральных отделах головного мозга, дефицит серого вещества, снижение объема белого вещества (особенно в правой лобной доле), снижение размеров хвостатого ядра, скорлупы, мозжечка и мозолистого тела [7]. При исследовании мозгового кровотока у детей с СДВГ выявляется значительное нарушение венозного оттока головного мозга, в первую очередь в вертебро-базилярном бассейне. Результаты нейрофизиологических исследований показывают, что общая картина ЭЭГ детей с СДВГ соответствует нормативным показателям ЭЭГ здоровых детей более младшего возраста, при этом отмечается недостаточный уровень сформированности взаимосвязей коры и глубинных структур мозга, снижение

количества межструктурных мозговых связей, незрелость фронто-таламических структур и дефицит неспецифической активации [6; 7]. Для медикаментозной коррекции нарушения внимания и гиперактивности в России не применяются психостимуляторы ввиду их принадлежности к наркотическим веществам и наличия высокого потенциала злоупотребления. Лекарственная терапия СДВГ применяется в особо сложных случаях по назначению врача. Традиционно используются препараты, не являющиеся наркотическими средствами и обладающие низким потенциалом злоупотребления.

Основной вектор помощи ребенку с СДВГ направлен на комбинирование психолого-поведенческих, психофизиологических и нейропсихологических мер коррекции. Такие авторы как Б.А. Архипов, Ж.М. Глозман, А.В. Семенович, А.Л. Сиротюк, Ю.С. Шевченко рассматривают проблематику СДВГ с точки зрения нейропсихологического подхода.

Нейропсихологическую специфику формирования нарушений при СДВГ метафорически можно представить в контексте сравнения истории развития мозга в индивидуальном созревании ребенка со строящимся зданием. Причем каждый раз новый построенный этаж выполняет функции всего мозга [16]. Для детей с СДВГ характерен дефицит неспецифической активации, обеспечиваемый стволовыми структурами мозга и ретикулярной формацией, плюс незрелость фронто-таламической регуляторной системы, в которой лобные доли, получив активационные влияния от ствола, регулируют уровень активации всего мозга в целом. Также отмечается снижение уровня межполушарных связей между лобными и височными, теменными долями [14].

Практическая нейропсихологическая коррекция учитывает основополагающие принципы, изложенные в работах ведущих нейропсихологов (А.Р. Лурии, А.В. Семенович, Л.С. Сиротюк и др.), о закономерностях развития и иерархического строения мозговой организации высших психических функций в онтогенезе, о возможности нейропсихологической реабилитации и формирующего обучения, о возможностях «замещающего онтогенеза» [8; 12].

Нейропсихологический подход предлагает ряд упражнений и техник, направленных на формирование базовых предпосылок к овладению навыками саморегуляции, планированием деятельности, целеполаганием, а также направленных на активацию внимания как процесса, обеспечивающего успешность и simultанность функционирования психических функций и не имеющего собственного продукта. В контексте нейропсихокоррекции для детей с СДВГ необходимы телесно-ориентированные практики. Например, растяжки и дыхательные упражнения, массаж и самомассаж, глазодвигательные упражнения, техники мышечной релаксации, упражнения на выработку позы сосредоточения, упражнения на реципрокную координацию движений, организующие процессы межполушарного взаимодействия, работа с общей, мелкой, артикуляционной моторикой. Кроме того, необходимы когнитивные упражнения, направленные на концентрацию, переключение, распределение внимания, на свободное

ориентирование в пространстве (внешней среде, в пространстве собственного тела, в пространстве тетради), на совершенствование процессов памяти, развитие эмоционально-волевой сферы, актуализацию и/или сглаживание темпоральных характеристик ребенка [13].

В психофизиологическом сопровождении детей с СДВГ широко используется метод биологической обратной связи (БОС) и транскраниальной микрополяризации (ТКМП). БОС позволяет активировать и направлять внимание с помощью специально организованных наборов стимулов, желательная реакция на которые со стороны ребенка фиксируется с помощью инструментальных методов и специального программного обеспечения, затем положительно подкрепляется, формируя определенные нейронные связи и пути прохождения импульсов, поступающих как в кору головного мозга, так и из коры на периферию. Метод показан детям с 8-9 лет (лучше всего он помогает при СДВГ с преобладанием невнимательности). Метод ТКМП, разработанный в НИИ экспериментальной медицины РАМН, основан на воздействии постоянного гальванического электротока небольшой силы на ткани головного мозга [15].

Психолого-педагогический подход является логическим продолжением нейропсихологического, однако основной фокус внимания специалистов концентрируется на специально организованных формах, принципах и психологических условиях обучения, подходящих для детей с СДВГ. Этот подход находит отражение и в методических рекомендациях для педагогов и воспитателей по работе с детьми с СДВГ, и в популяризации знаний об этом синдроме в книгах для родителей, и в разнообразных авторских программах психологической помощи и педагогической коррекции (Ю.Е. Гусева, Е.К. Лютова, Г.Н. Моница, Е.В. Мурашова, Л.А. Ясюкова).

Не вызывает сомнений важность интеграции детей с СДВГ в коллектив сверстников, их адекватной социализации, развития способности к конструктивному взаимодействию, общению и совместному творчеству. В этом хорошо помогают различные виды немедицинской психотерапии: разнообразные направления арт-терапии (сказкотерапия, музыкотерапия, библиотерапия, танцевально-двигательная терапия), песочная терапия, телесно-ориентированная терапия, поведенческая терапия. Отдельного внимания заслуживает использование педагогических, психокоррекционных и логопедических приемов и методов, позволяющих выявлять у детей с СДВГ сопутствующие этому нарушению частные феноменологические признаки: дискалькулию, дисграфию, иные логопедические и коммуникативные проблемы.

Таким образом, вышеизложенное позволяет сделать ряд теоретических обобщений.

1. Несмотря на широкое изучение феномена СДВГ специалистами разных областей и отраслей науки, не существует единого взгляда на этиопатогенетические механизмы возникновения этого нарушения, эпидемиологию, терапию, допустимые

и эффективные способы коррекции. Последние данные инструментальных медицинских и психофизиологических исследований в большей степени подтверждают тезис о функционально-органической природе СДВГ и необходимости медикаментозного лечения детей, не опровергая при этом эффективность психологических и педагогических воздействий, когда снижение гиперактивности и повышение концентрации внимания у детей достигается без медицинского вмешательства.

2. Перед исследователями встает вопрос: имеем ли мы дело с несколькими формами СДВГ различного генеза (при внешне идентичных феноменологических проявлениях) или имеет место недостаточная разработанность критериев дифференциальной диагностики на медицинском, психологическом, педагогическом уровнях и отсутствие «золотого стандарта» СДВГ? Ответом на данный вопрос может служить организация междисциплинарных комплексных исследований, в которых многокомпонентность нарушений при СДВГ будет освещена с разных исследовательских позиций на материале идентичных выборок

3. Информирование населения о комплексной проблематике поведенческих расстройств (в частности, СДВГ) должно фокусировать внимание взрослых на поведенческих трудностях ребенка не как на результате неверного воспитания, а как на расстройстве, включающем в себя медицинский, социопсихологический, нейропсихологический, педагогический, психотерапевтический аспекты и требующем обращения за профессиональной помощью, основанной на содружественной работе специалистов медицинского, психологического и педагогического направлений.

Литература

1. Азбукин Д.И. Общественно-педагогическая деятельность В.П. Кащенко // Ученые записки МГПИ имени В.И. Ленина. 1947. Т. 49. Вып. 3. С. 101–109 Глозман Ж.М. Нейропсихология детского возраста. М.: Академия, 2009. 272 с.

2. Глозман Ж.М., Шевченко И.А. Проблема синдрома дефицита внимания с гиперактивностью и подходы к его коррекции // Вестник КемГУ. 2013. Т. 55. № 1(3) С. 129–137. doi: org/10.21603/2078-8975-2013-3-129-137.

3. Грибанов А.В., Панков М.Н. Уровень постоянных потенциалов головного мозга у детей при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью // Физиология человека. 2009. Т. 35. № 6. С. 690–695.

4. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: диагностика, патогенез, принципы лечения // Вопросы практической педиатрии. РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва. [Электронный ресурс] URL: <http://www.phdynasty.ru/katalog/zhurnaly/voprosy-prakticheskoy-pediatrici/2012/tom-7-nomer-1/9194> (дата обращения: 01.12.18).

Кузьмина Т.И., Чижова А.О. Многообразие подходов к исследованию и коррекции нарушений поведения у детей и подростков (на примере синдрома дефицита внимания с гиперактивностью) Клиническая и специальная психология 2019. Том 8. № 1. С. 1–18.

Kuzmina T.I., Chizhova A.O. Analytical Review of Approaches in the Study and Correction of Behavioral Disorders in Children and Adolescents (Evidence from Attention Deficit and Hyperactivity Disorder) Clinical Psychology and Special Education 2019, vol. 8, no. 1, pp. 1–18.

5. Заваденко Н.Н., Немкова С.А. Нарушения развития и когнитивные дисфункции у детей с заболеваниями нервной системы. Научно-практическое руководство. М.: Специальное издательство медицинских книг, 2016. 360 с.

6. Зыков В.П., Заваденко Н.Н. Достижения в детской неврологии за последние 20 лет [Электронный ресурс] // Доктор.Ру. Неврология Психиатрия. URL: <https://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1075876&selid=18236177> (дата обращения: 1.09.18).

7. Куликова Т.Г., Баулина М.Е. Нейрофизиологические и нейроанатомические корреляты синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей [Электронный ресурс] // Психология, социология и педагогика. URL: <http://psychology.snauka.ru/2017/04/8078> (дата обращения: 08.02.2019).

8. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учебное пособие для студ. высш. учеб. Заведений. М.: Академия, 2003. 384 с.

9. Лютова Е.К., Монина Г.Б. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. СПб.: Речь, 2000. 136 с.

10. МКБ-11 (Международная классификация болезней 11 пересмотра) [Электронный ресурс]. URL: <http://icd11.ru/syndrom-deficyt-vnymaniya> (дата обращения: 13.11.18).

11. Морозова Е.А. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: причины и последствия // Практическая медицина. 2011. Т. 49. № 1. С. 125–127.

12. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Академия, 2002. 232 с.

13. Сиротюк А.Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения. М.: Сфера, 2003. 288 с.

14. Цветков А.В. Гиперактивный ребенок: нейропедагогика саморегуляции. М.: Спорт и Культура. 2017. 128 с.

15. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю. Современные подходы к лечению и реабилитации детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью // Детская и подростковая реабилитация. 2014. Т. 22. № 1. С. 35–41.

16. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. Практическое руководство для врачей, психологов и педагогов. М.: Вита-Пресс, 1997. 52 с.

17. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций. Методическое руководство. СПб.: Иматон, 1997. 80 с.

18. *Bange F, Mouren M. C.* Le point de vue du prescripteur // *Le carnet psy.* 2003. Vol. 78. № 3. P. 17–19. doi: 10.3917/lcp.078.0017.
19. *Biederman J, Faraone S.* The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on employment and household income [Электронный ресурс] // *MedGenMed.* URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1781280/> (дата обращения: 07.08.18).
20. *Bourdaa M.* Does television reflect the evolution of scientific knowledge? The case of attention deficit hyperactivity disorder coverage on French TV // *Public Understanding of Science.* 2015. Vol. 24. № 2. P. 200–209. doi: 10.1177/0963662513484842
21. *Chagnon J.Y.* L'agression sexuelle à l'adolescence: un destin potentiel de l'hyperactivité // *Perspectives Psy.* 2010. Vol. 49. № 4. P. 303–309. doi: 10.1051/ppsy/2010494303.
22. *Condroy R.* Language comprehension in schizophrenia: Trait or state indicator? // *Biological psychiatry.* 1995. Vol. 38. № 5. P. 287–296. doi:10.1016/0006-3223(95)00378-T.
23. *Cortese S, Adamo N.* Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. // *The Lancet psychiatry.* 2018. Vol. 5. P. 727–738. doi:10.1016/S2215-0366(18)30269-4.
24. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association [Электронный ресурс]. URL: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>. (дата обращения: 12.10.18).
25. *Duffy F., Shankardass A.* A unique pattern of cortical connectivity characterizes patients with attention deficit disorders: a large electroencephalographic coherence study [Электронный ресурс] // *BMC Medicine.* URL: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0805-9> (дата обращения: 14.04.2017).
26. *Evenden J.* Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings // *Journal of Psychopharmacology.* 1999. Vol. 13. № 2. P. 180–192. doi:10.1177/026988119901300211.
27. *Faraone S.V.* Neurobiology of attention deficit disorder // *Biological psychiatry.* 1998. Vol. 44. № 10. P. 951–958. doi: 10.1016/S0006-3223(98)00240-6.
28. *Frances A.J., Widiger T.* Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future // *Annual review of clinical psychology,* 2012. Vol. 8. P. 109–130. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102.
29. *Golse B., Zigante F.* L'enfant, les psychotropes et la psychanalyse // *Revue française de psychanalyse.* 2002. Vol. 6. № 2. P. 433–446. doi:10.3917/rfp.662.0433.
30. *Gonon F, Bézard E.* Misrepresentation of neuroscience data might give rise to misleading conclusions in the media: The case of attention deficit hyperactivity disorder // *Plos One.* 2011. Vol. 6. № 1. doi:10.1371/journal.pone.0014618.

31. *Gonon F., Kongsman J.P.* Why most biomedical findings echoed by newspapers turn out to be false: The case of attention deficit hyperactivity disorder // Plos One. 2012. Vol. 7. № 9. doi: 10.1371/journal.pone.0044275.
32. *Kendall J.I.* Service needs of families with children with ADHD // Journal of family nursing. 2005. Vol. 11. № 3. P. 264 –288. doi: 10.1177/1074840705278629.
33. *Kewley G.D.* Personal paper: Attention deficit hyperactivity disorder is underdiagnosed and undertreated in Britain // BMJ (Clinical research) 1998. Vol. 316. № 7144. P.1594–1596.
34. *Kim M.* Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidity among Korean children in a community population // Journal of Korean Medical Science. 2017. Vol. 32. № 3. P. 401–406. doi: 10.3346/jkms.2017.32.3.401.
35. Korean parents tend to leave children with ADHD untreated // Korea Biomedical Review. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.koreabiomed.com/news/articleView.html?idxno=2970>. (дата обращения: 06.05.2018).
36. *Lauth B.* Les médicaments stimulants et leurs alternatives dans le traitement psychopharmacologique du syndrome de l'hyperactivité infantile // Perspectives psy. 2003. Vol. 43. № 1. P. 46–57. doi: 10.1051/ppsy/2004431046.
37. *Norvillitis J.* Perceptions of ADHD in China and the United States: A Preliminary Study // Journal of attention disorders. 2005. Vol. 9. № 2. P. 413–424, doi: 10.1177/1087054705281123.
38. *Osterlaan J., Logan G.D., Sergeant J.A.* Response inhibition in ADHD, CD, comorbid ADHD+CD, anxious, and control children: a metaanalysis of studies with the Stop Task // Child Psychology and Psychiatry. 1998. Vol. 39. № 3. P. 411–425.
39. *Oravecz. Z.* Hierarchical bayesian modeling for test theory without an answer key, // PSYCHOMETRIKA. 2015. Vol. 80. № 2. P. 341–364. doi: 10.1007/S11336-013-9379-4.
40. *Strohl M.P.* Bradley's Bensedrine Studies on Children with Behavioral Disorders //The Yale journal of biology and medicine. 2011. Vol. 84. № 1. P. 27–33.
41. *Yang B.* A meta-analysis of association studies between the 10-repeat allele of a VNTR polymorphism in the 3'-UTR of dopamine transporter gene and attention deficit hyperactivity disorder // American journal of medical genetics. 2007. Vol. 144B. № 4. doi: 10.1002/ajmg.b.30453.

Analytical Review of Approaches in the Study and Correction of Behavioral Disorders in Children and Adolescents (Evidence from Attention Deficit and Hyperactivity Disorder)

Kuzmina T.I.,

PhD. (Psychology), associate professor, chair of Special Psychology and Rehabilitation, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ta-1@list.ru

Chizhova A.O.

post-graduate student of the chair of special psychology and rehabilitation, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, nnastik@yandex.ru

The article presents the overview of foreign and Russian behavioral disorder studies (e.g. ADHD) in children and teens. Four approaches to the diagnosis and correction of ADHD in children and adolescents are identified: Anglo-Saxon (biomedical), French (socio-psychological), Russian (medical-psychological and neuropsychological), Asian (educational). Prospects on the etiopathogenetic mechanisms of the occurrence of behavioral disorders and their correction (medication, neuropsychological, psychotherapeutic, etc.) indicated.

Keywords: behavioral disorder, ADHD, correctional psychology, neuropsychological correction.

References

1. Glozman Zh.M. Nejropsikhologiya detskogo vozrasta [Neuropsychology of childhood]. Moscow: Akademiya Publ., 2009. 272 p. (In Russ.).
2. Glozman Zh.M, Shevchenko I. A. Problema sindroma defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu i podkhody k ego korrektsii [The problem of ADHD and approaches to its correction]. *Vestnik KemGU*, 2013, Vol. 55, no. 3 (1), pp. 129– 37. (In Russ.; abstr. in Engl.). doi: org/10.21603/2078-8975-2013-3-129-137. (In Russ.; abstr. in Engl.).
3. Griбанov A.V, Pankov M.N. Uroven postoyannyh potencialov golovnogo mozga y detei pri sindrome defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu [The level of constant potentials of the brain in children with ADHD]. *Physiologiya cheloveka [Human Psychology]*, 2009, no. 6, pp. 43–48 (In Russ.; abstr. in Engl.).

4. Zavadenko N.N. Syndrom deficit vnymania s gyperaktivnostiyu: diagnostica, patogenez, pryntsiipi lecheniya. [Elektronnyi resurs] [ADHD; diagnostics, pathogenesis and treatment]. *Voprosy Practicheskoi pediatrii* [Practical Pediatric Issues], URL: <http://www.phdynasty.ru/katalog/zhurnaly/voprosy-prakticheskoy-pediatrii/2012/tom-7-nomer-1/9194> (Accessed: 01.12.18). (In Russ.).
5. Zavadenko N.N, Nemkova S.A. Narusheniya razvitiya i kognitivnye disfunktsii u detej s zabolevaniyami nervnoj sistemy [Developmental disorders and cognitive dysfunction in children with diseases of the nervous system]. Moscow: Spetsial'noe izdatel'stvo meditsinskikh knig, 2016. 360 p. (In Russ.).
6. Zykov V.P, Zavadenko N.N. Dostigeniya v detskoj nevrologii za poslednye 20 let [Elektronnyi resurs] [Achievements in children neurology for 20 years]. *Doctor.Ru. Nevrologia. Psihiatria*, [Neurology and Psychiatry doctor.ru]. URL: <https://elibrary.ru/contents.asp?issueid=1075876&selid=18236177> (Accessed: 01.09.2018). (In Russ.).
7. Kulikova T.G, Baulina M. E. Neyrophysiologicheskyye i neyroanatomicheskyye korrelyaty sindroma deficit vnimanya s giperaktivnost'yu. [Elektronnyi resurs] [Neurophysiological and neuroanatomical correlations in children with ADHD]. *Psichologiya, sociologiya i pedagogika* [Psychology, Sociology and Pedagogics], 2017, vol. 4. URL: <http://psychology.snauka.ru/2017/04/8078> (Accessed: 08.02.2019). (In Russ.).
8. Luriya A.R. Osnovy nejropsikhologii [Neuropsychological basics] Uchebnoe posobie dlya stud. vyssh. ucheb. Zavedenij. Moscow: Akademiya, 2003. 384 p. (In Russ.).
9. Liutova E.K, Monina G.B. Schpargalka dlya vzroslykh: Psyhokorektsionnaya rabota s gyperaktivnymi, agressivnymi, trevozhnymi i autichnymi detiyami [Note for adults: Psychocorrectional work with hyperactive, aggressive, disconcerting and autistic children]. Saint-Petersburg: Rech, 2003. 136 p. (In Russ.).
10. МКБ – 11 (Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznej 11 peresmotra) [Elektronnyj resurs] [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems]. URL: <http://icd11.ru/syndrom-deficyt-vnymaniya>. (Accessed: 02.02.2019). (In Russ.).
11. Morozova E.A. Sindrom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu: prichiny I posledstviya [ADHD: causes and consequences]. *Practicheskaya medicina* [Practical Medicine], 2011, vol. 49, no. 1, pp. 125–127. (In Russ.; abstr. in Engl.).
12. Semenovich A.V. Nejropsikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v detskom vozraste [Neuropsychological diagnosis and correction in childhood]. Moscow: Akademiya Publ., 2002. 232 p. (In Russ.).
13. Syrotuk A.L. Neiropsihologicheskoe i psyhophiziologicheskoe soprovozhdenye obucheniya. [Neuropsychological and psychophysiological educational support]. Moscow: Sphera, 2003. 288 p. (In Russ.).
14. Tsvetkov A.V. Gyperaktivnyi rebenok: neiropedagogika samoregulyatsyi. [Hyperactiv child: neuropedagogics of self-regulation], Moscow: Sport i cultura, 2017. 128 p. (In Russ.).

15. Chutko L.S, Surushkina S.Y. Sovremennye podkhody k lecheniyu i reabilitatsii detej s sindromom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu [Modern approaches to the treatment and rehabilitation of children with attention deficit hyperactivity disorder]. *Detskaya i podrostkovaya reabilitatsiya, [Nursery and adolescent rehabilitation]*, 2014, vol. 22, no. 1, pp. 35–41. (In Russ.; abstr. in Engl.).
16. Shevchenko Y.S. Korrektsiya povedeniya detej s giperaktivnost'yu i psixopatopodobnym sindromom. Prakticheskoe rukovodstvo dlya vrachej, psixologov i pedagogov [Correction of the behavior of children with hyperactivity and psychopathic syndrome. Practical guide for doctors, psychologists and teachers]. Moscow: Vita-Press, 1997. 52 p. (In Russ.).
17. Yasukova L.A. Optimizatsiya obucheniya i razvitiya detei s MMD. Diagnostika i kompensatsiya minimalnyh mozgovyh disfunktsiy [Optimization of education and development of children with MBD. Diagnostics and compensation of minimal brain disfunctions]. Saint-Petersburg: Imaton, 1997. 80 p. (In Russ.).
18. Bange F, Mouren M. C. Le point de vue du prescripteur. *Le Carnet psy*, 2003, vol. 78, no. 1, pp. 17–19. doi: 10.3917/lcp.078.0017.
19. Biederman J., Faraone S. The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on employment and household income. [Electronic resource], *MedGenMed*, no. 12. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1781280/> (Accessed: 07.08.18).
20. Bourdaa M. Does television reflect the evolution of scientific knowledge? The case of attention deficit hyperactivity disorder coverage on French TV. *Public Understanding of Science*, 2015, vol. 24, no. 2, pp. 200–209. doi: 10.1177/0963662513484842.
21. Chagnon J.Y. L'agression sexuelle à l'adolescence: un destin potentiel de l'hyperactivité. *Perspectives Psy*, 2010, vol. 49, no. 4, pp. 303–305. doi: 10.1051/ppsy/2010494303.
22. Condray R., et al. Language comprehension in schizophrenia: Trait or state indicator? *Biological Psychiatry*, 1995, vol. 38, no. 5, pp. 287–296. doi:10.1016/0006-3223(95)00378-T.
23. Cortese S, Adamo N. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 2018, vol. 5, pp. 727–738, doi:10.1016/S2215-0366(18)30269-4.
24. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013 [Electronic resource] URL: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>. (Accessed: 02.02.2019).
25. Duffy F, Shankardass A. A unique pattern of cortical connectivity characterizes patients with attention deficit disorders: a large electroencephalographic coherence study.

Кузьмина Т.И., Чижова А.О. Многообразие подходов к исследованию и коррекции нарушений поведения у детей и подростков (на примере синдрома дефицита внимания с гиперактивностью). *Клиническая и специальная психология* 2019. Том 8. № 1. С. 1–18.

Kuzmina T.I., Chizhova A.O. Analytical Review of Approaches in the Study and Correction of Behavioral Disorders in Children and Adolescents (Evidence from Attention Deficit and Hyperactivity Disorder). *Clinical Psychology and Special Education* 2019, vol. 8, no. 1, pp. 1–18.

BMC Medicine, 2017 [Electronic resource] URL: <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0805-9> (Accessed: 14.10.2017).

26. Evenden J. Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings. *Journal of Psychopharmacology*, 1999, vol. 13, no. 2, pp. 180–192. doi:10.1177/026988119901300211.

27. Faraone S.V. Neurobiology of attention deficit disorder. *Biological Psychiatry*, 1998, vol. 44, no. 10, pp. 951–958. doi: [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(98\)00240-6](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00240-6).

28. Frances A.J., Widiger T. Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2012, vol. 8, pp. 109–130. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102.

29. Golse B, Zigante F. L'enfant, les psychotropes et la psychanalyse. *Revue Française de Psychanalyse*, 2002, vol. 66, no 2, pp. 433–446. doi:10.3917/rfp.662.0433.

30. Gonon F, Bézard E. Misrepresentation of neuroscience data might give rise to misleading conclusions in the media: The case of attention deficit hyperactivity disorder. *Plos One*, 2011, vol. 6, no 1. doi:10.1371/journal.pone.0014168.

31. Gonon F, Konsman J. P. Why most biomedical findings echoed by newspapers turn out to be false: The case of attention deficit hyperactivity disorder. *Plos One*, 2012, vol. 9, no. 7. doi: 10.1371/journal.pone.0044275.

32. Kendall J. Service needs of families with children with ADHD. *Journal of Family Nursing*, 2005, vol. 11, no. 3, pp. 264–288. doi: 10.1177/1074840705278629.

33. Kewley G.D. Personal paper: Attention deficit hyperactivity disorder is underdiagnosed and undertreated in Britain. *BMJ (Clinical research)*, vol. 316. no. 7144, pp. 1594–1596.

34. Kim M. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder and its comorbidity among Korean children in a community population. *Journal of Korean Medical Science*, 2017, vol. 32, no. 3, pp. 401–406. doi: 10.3346/jkms.2017.32.3.401.

35. Korean parents tend to leave children with ADHD untreated. *Korea Biomedical Review*, [Electronic resource] URL: <http://www.koreabiomed.com/news/articleView.html?idxno=2970>. (Accessed: 06.05.2018).

36. Lauth B. Les médicaments stimulants et leurs alternatives dans le traitement psychopharmacologique du syndrome de l'hyperactivité infantile. *Perspectives psy*, 2003, vol. 43, no. 1, pp. 46–57. doi: 10.1051/ppspsy/2004431046.

37. Norvillitis J. Perceptions of ADHD in China and the United States: A Preliminary Study. *Journal of Attention Disorders*, 2005, vol. 9, no 2, pp. 413–424, doi: 10.1177/1087054705281123.

38. Osterlaan J., Logan G.D., Sergeant J.A. Response inhibition in ADHD, CD, comorbid ADHD+CD, anxious, and control children: a metaanalysis of studies with the Stop Task. *Child Psychology and Psychiatry*, 1998, vol. 39, no. 3, pp. 411–425.

Кузьмина Т.И., Чижова А.О. Многообразие подходов к исследованию и коррекции нарушений поведения у детей и подростков (на примере синдрома дефицита внимания с гиперактивностью). *Клиническая и специальная психология* 2019. Том 8. № 1. С. 1–18.

Kuzmina T.I., Chizhova A.O. Analytical Review of Approaches in the Study and Correction of Behavioral Disorders in Children and Adolescents (Evidence from Attention Deficit and Hyperactivity Disorder). *Clinical Psychology and Special Education* 2019, vol. 8, no. 1, pp. 1–18.

39. Oravecz. Z. Hierarchical bayesian modeling for test theory without an answer key, *PSYCHOMETRIKA*, 2015, vol. 80, no. 2, pp. 341–364. doi: 10.1007/S11336-013-9379-4.

40. Strohl M.P. Bradley's Bensedrine Studies on Children with Behavioral Disorders. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 2011, vol. 84, no. 1, pp. 27–33.

41. Yang B. A meta-analysis of association studies between the 10-repeat allele of a VNTR polymorphism in the 3'-UTR of dopamine transporter gene and attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Medical Genetics*, 2007, vol. 144B, no. 4. doi: 10.1002/ajmg.b.30453.

Влияние социальной ситуации развития на социальное познание у детей-сирот

Авакян Т.В.,

аспирант кафедры клинической психологии и психотерапии, факультет консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ; педагог-психолог ГБУ ЦССБ «Наш дом», Москва, Россия, tamaraavakyan16@gmail.com

Воликова С.В.,

кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник, лаборатория клинической психологии и психотерапии, Московский НИИ психиатрии – филиал НМИЦ ПН им. В.П. Сербского; доцент кафедры клинической психологии и психотерапии, факультет консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, psyllab2006@yandex.ru

Сорокова М.Г.,

доктор педагогических наук, кандидат физико-математических наук, профессор кафедры прикладной математики, факультет информационных технологий, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, sorokovamg@mgppu.ru

Исследовалось влияние специфической социальной ситуации развития на операциональный и мотивационный компоненты социального познания у подростково-сирот. Теоретическим основанием исследования стали положения Л.С. Выготского о социальной ситуации развития, теории привязанности Дж. Боулби, многофакторной модели социального познания А.Б. Холмогоровой, О.В. Рычковой. Было обследовано 68 подростково-сирот в возрасте от 10 до 17 лет, проживающих в детском доме. Показано, что подростки-сироты с ненадежным типом привязанности испытывают больше трудностей в понимании собственных чувств вне зависимости от срока проживания в учреждении. У подростково-сирот, проживающих в учреждении больше 5 лет, выше уровень социальной тревожности и дистресса.

Ключевые слова: сироты, социальная ситуация развития, социальное познание, привязанность.

Для цитаты:

Авакян Т.В., Воликова С.В., Сорокова М.Г. Влияние социальной ситуации развития на социальное познание у детей-сирот [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 19–32. doi: 10.17759/psyclin.2019080102

For citation:

Avakyan T.V., Volikova S.V., Sorokova M.G. The Influence of the Social Situation of Development on the Social Cognition in the Children-Orphans [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 1, pp. 19–32. doi: 10.17759/psycljn.2019080102 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Проблема социального сиротства в России актуальна, несмотря на официальные данные о снижении общего количества детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Для понимания изменений, происходящих с ребенком на каждом возрастном этапе, в отечественной психологии традиционно используется понятие социальной ситуации развития, которое ввел Л.С. Выготский [3]. Усвоение культурного опыта происходит в результате взаимодействия ребенка с его социальным окружением и окружающей действительностью. Социальная ситуация развития характеризует специфику этого взаимодействия на каждом этапе онтогенеза. Одним из важных факторов, влияющих на развитие детей-сирот, является проживание и воспитание вне семьи. Несмотря на реорганизацию системы детских домов после принятия постановления № 481 Правительства РФ [7], проживание детей-сирот хотя и претерпевает определенные изменения, тем не менее остается специфичным и коренным образом отличающимся от проживания в семье. В исследованиях можно встретить понятие «особой социальной ситуации развития», складывающейся у детей и подростков специфических групп. Как отмечают А.М. Прихожан и Н.Н. Толстых, у ребенка из детского дома «формируются специфические черты характера, поведения, личности, про которые часто нельзя сказать, хуже они или лучше, чем у обычного ребенка, – они просто другие» [8, с. 8]. Одним из ключевых терминов, отражающих специфику этой особой социальной ситуации, является понятие привязанности, введенное Дж. Боулби [2].

Важным фактором развития привязанности у ребенка-сироты является возраст, в котором он пережил разлуку. Дж. Боулби указывал, что сензитивный период развития привязанности приходится на возраст до трех лет, однако наибольшее значение имеет характер взаимодействия младенца и матери в первый год жизни [2]. В метаанализе Ф. Лионетти (F. Lionetti) с соавторами пришли к выводу, что помещение ребенка в детский дом в возрасте до одного года способствует формированию либо дезорганизованного типа привязанности, либо специфических паттернов поведения, по которым тип привязанности невозможно классифицировать [16]. В исследовании М.А. Чупровой было обнаружено, что дети

без опыта жизни в семье не формируют настоящей привязанности и демонстрируют наибольшее количество нарушений в эмоциональном развитии [11].

Результаты исследований позволяют предполагать, что отсутствие в раннем опыте эмоциональных и безопасных отношений со взрослым, опыт жестокого обращения, проживание в учреждении и вторичная травматизация специфически отражаются на формировании социального познания [17; 19]. Социальное познание – это способность человека понимать, что думает и чувствует другой, понимать намерения, эмоции окружающих. Эта способность является основой для взаимодействия с другими людьми.

Показано, что дети-сироты испытывают больше трудностей в распознавании эмоций [5; 17]. Плохое понимание себя и других людей затрудняет регулирование межличностных и социальных отношений, порождает чувство беспомощности, социальную тревогу [14; 18]. Межличностные отношения, различные социальные ситуации начинают восприниматься как источник постоянного стресса. Способность к социальному познанию развивается в позднем детстве и подростковом возрасте [12]. В связи с этим изучение социального познания у детей, находящихся в условиях депривации, вызывает особый интерес.

Дизайн исследования

Данное исследование основано на многофакторной модели социального познания А.Б. Холмогоровой и О.В. Рычковой [9]. Оно посвящено изучению операционального (способность к пониманию собственных чувств) и мотивационного (социальная тревога) аспектов социального познания. При этом важной демографической характеристикой подростков-сирот, отражающей специфику социальной ситуации развития, является срок проживания в учреждении. Была сформулирована следующая **гипотеза исследования**: специфическая социальная ситуация развития ребенка-сироты влияет на развитие социального познания.

Различные аспекты социального познания подростков оценивались с помощью **методического комплекса**, включавшего:

1) Торонтскую шкалу алекситимии (Toronto Alexithimia Scale; TAS-20-R) (G. Taylor, M. Bagby, G. Parker, 2003; адаптация Е.Г. Старостиной, Г.Д. Тейлор, Л.К. Квилти и др., 2010).

2) Шкалу социального избегания и дистресса (Social avoidance and distress scale; SADS) (D. Watson, R. Friend, 1969; адаптация В.В. Красновой, А.Б. Холмогоровой, 2011; валидизация на российской подростковой выборке Е.Н. Клименкова, А.Б. Холмогорова, 2016).

3) Тест привязанности (Hazan-Shaver forced-choice attachment paragraphs) (С. Hazan, P.R. Shaver, 1987; адаптация А.Б. Холмогоровой, 2011).

Выборка состояла из 68 подростков-сирот в возрасте от 10 до 17 лет, проживающих в детском доме, 42 мальчика и 26 девочек. Из них 92,65% (63 человека) воспитанников – социальные сироты, имеющие опыт проживания в семье, а 7,35% (5 человек) – сироты, оставленные в родильном доме и не имеющие подобного опыта. Подробное описание выборки представлено в таблице 1.

Таблица 1

Описание выборки

Срок проживания в учреждении	Тип привязанности			
	Надежная		Ненадежная	
	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
Менее 5 лет в учреждении	13	6	5	4
Всего	20		9	
Более 5 лет в учреждении	10	9	14	7
Всего	19		21	

Подростки-сироты, принявшие участие в исследовании, интеллектуально сохранены, обучаются в школах и колледжах г. Москвы по общеобразовательной программе. Все подростки имели разрешение законного представителя на работу с психологом. Исследование проводилось очно, индивидуально. Описательная статистика общей выборки по исследуемым компонентам социального познания представлена в табл. 2. Заметим, что по организационным причинам не все испытуемые заполнили весь пакет методик.

Таблица 2

Описательная статистика общей выборки по компонентам социального познания

Компоненты социального познания	Среднее	Станд. откл.	Размах	Медиана	Объем выборки
Трудности осознания чувств (шкала TAS-20-R)	13,46	4,84	25,00	13,00	47
Общий показатель по шкале SADS	9,55	5,17	26,00	10,00	65
Социальный дистресс (шкала SADS)	4,80	3,15	14,00	5,00	65

Тест привязанности является номинальной шкалой с двумя категориями. В нашей выборке сирот (N=68) было 39 подростков (57,35%) с надежным типом привязанности и 29 подростков (42,65%) – с ненадежным.

Результаты исследования

1. Влияние особенностей социальной ситуации развития подростков-сирот на операциональный компонент социального познания

Методом двухфакторного дисперсионного анализа (2-way ANOVA). нами проверялось, как тип привязанности – надежная или ненадежная – и срок проживания в учреждении – до 5-ти лет и больше 5-ти лет – влияют на способность к пониманию собственных чувств

Заметим, что при применении методов одно- или двухфакторного анализа используются 2 равноправные терминологии [10]. По одной из них, речь идет об оценке влияния фактора (или факторов) на отклик, по другой – об оценке различий между соответствующими генеральными совокупностями. При этом в обоих случаях каузальность не подразумевается, а только оценка различий, поэтому для доказательства причинности в контексте психологического исследования одного только выявления достоверного влияния фактора(ов) на отклик недостаточно.

Нужно дополнительно найти аргументы из области психологии, чтобы обосновать, почему фактор(ы) – это причина, а отклик – следствие, что и сделано в данной статье. Однако формулировка результата в терминах влияния фактора на отклик в любом случае корректна и является общепотребительной. Нами приведена только часть результатов, в которых были получены значимые различия.

Нормальность распределений генеральных совокупностей ячеек дисперсионного комплекса не проверялась, так как по некоторым источникам [6] нарушение этого предположения не оказывает существенного влияния на результаты ANOVA. Критерий Ливена подтверждает однородность дисперсий генеральных совокупностей ($F=0,255, p=0,857$).

Таблица 3

Оценка влияния типа привязанности и срока проживания в учреждении на способность к пониманию собственных чувств

Компонент социального познания	Фактор А: Тип привязанности		Фактор В: Срок проживания в учреждении		Совокупное влияние факторов АхВ	
	F	p	F	p	F	p
Трудности осознания чувств (шкала TAS-20-R)	5,506	0,024*	0,088	0,768	4,223	0,046*

Примечание. * – различия значимы на уровне $p < 0,05$.

Подростки с ненадежной привязанностью (см. табл. 3 и 4) испытывают больше трудностей ($p=0,024$) в осознании своих чувств и описании их другим людям ($M=14,80$), чем подростки с надежной привязанностью ($M=11,88$). Как известно, одним из условий формирования надежной привязанности является чуткое реагирование близкого взрослого на потребности и сигналы со стороны ребенка. Взрослый дает ребенку опыт распознавания и обозначения собственных чувств, тем самым способствуя развитию навыков понимания собственного психического состояния и способа сообщения их другим людям. Было обнаружено также (см. табл. 3 и 4) совокупное влияние факторов типа привязанности и срока проживания в учреждении на трудности осознания чувств ($p=0,046$).

Таблица 4

Описательная статистика по шкале TAS-20-R для подгрупп с разным типом привязанности и разным сроком проживания в учреждении

Фактор А: Тип привязанности	Фактор В: Срок проживания в учреждении	Среднее: TAS-20-R	Станд. откл.: TAS-20-R	Объем выборки
Надежная	До 5 лет	10,93	4,80	15
	Больше 5 лет	13,30	3,94	10
	Всего	11,88	4,54	25
Ненадежная	До 5 лет	16,85	4,87	7
	Больше 5 лет	13,69	3,68	13
	Всего	14,80	4,29	20
Всего	До 5 лет	12,81	5,49	22
	Больше 5 лет	13,52	3,71	23
	Всего	13,17	4,62	45

В табл. 3 просматривается следующая тенденция: вне зависимости от срока проживания в учреждении – до 5 лет или больше 5 лет – у подростков-сирот с надежным типом привязанности меньше трудностей в осознании своих чувств, чем с ненадежным. Однако при сроке проживания в учреждении до 5 лет разница в уровне трудностей такого осознания между подростками с ненадежной и надежной привязанностью (в среднем с $M=16,85$ до $M=10,93$, то есть на 5,92 балла) значительно больше, чем при проживании более 5 лет (в среднем с $M=13,69$ до $M=13,30$, то есть всего на 0,39 балла). В подгруппе подростков-сирот с надежной привязанностью больше трудностей в осознании чувств у тех, кто прожил в интернатном учреждении больше 5 лет, чем у проживших там менее 5 лет ($M=13,30$ против $M=10,93$).

Таким образом, способность к пониманию собственных чувств у подростков с надежным типом привязанности ухудшается, если они прожили в учреждении больше 5 лет. По этому показателю они практически выравниваются с подростками-сиротами с ненадежной привязанностью. Объяснение будет представлено в обсуждении результатов.

2. Влияние особенностей социальной ситуации развития подростков-сирот на мотивационный компонент социального познания

Дети и подростки с высоким уровнем социальной тревожности демонстрируют дефицит социальных навыков, который препятствует их дальнейшей социализации и приводит к нарушениям развития социального познания [15]. Отсутствие социальной поддержки и социального признания повышает социальную тревожность [13]. Оценка влияния срока проживания в учреждении (до 5 лет или больше 5 лет) в комплексе с наличием опыта возврата из приемной семьи (не было возврата или был возврат) на социальную тревожность и социальный дистресс как компоненты социального познания методом 2-way ANOVA показала, что значимое влияние оказывает только первый фактор, поэтому далее для оценки различий между подростками-сиротами обеих категорий применялся критерий Манна–Уитни (см. табл. 5).

Таблица 5

Сравнение показателей социальной тревожности у подростков-сирот с разным сроком проживания в учреждении (N=65)

Компоненты социальной тревожности	Срок проживания в учреждении	Объем выборки	Среднее	U Манна–Уитни	p
SADS общий	до 5 лет	26	7,88	355,50	0,042*
	больше 5 лет	39	10,35		
Социальный дистресс (шкала SADS)	до 5 лет	26	3,73	353,00	0,038*
	больше 5 лет	39	5,35		

Примечание. * – различия значимы на уровне $p < 0,05$.

Как видно из табл. 5, у подростков-сирот, проживших в учреждении больше 5 лет, выше как общий уровень социальной тревожности, так и уровень социального дистресса.

Обсуждение результатов

Нарушения привязанности и особенности социальной ситуации подростков-сирот негативно сказываются на формировании их способности к социальному познанию. Исследование показало, что длительность проживания в учреждении негативно влияет на операциональный (способность к пониманию собственных чувств) и мотивационный (социальную тревожность) компоненты социального познания. Данные о влиянии типа привязанности на развитие ребенка из детского дома согласуются с отечественными исследованиями [1].

Если подросток имеет надежную привязанность, то он лучше понимает себя, свои чувства, состояния, ему проще описать другим свои переживания по сравнению с тем подростком, у кого привязанность ненадежная, независимо от срока проживания в учреждении.

Длительное проживание в учреждении как бы «стирает» внутренние различия между подростками с надежной и ненадежной привязанностью, «уравнивая» их способности к пониманию себя.

С одной стороны, это может быть связано с системой проживания в учреждении. Подросток реже вынужден обращаться к своим чувствам, распознавать свое состояние, рассказывать другим людям о своих переживаниях и эмоциях, таким образом, не тренируя и не развивая эту способность.

С другой стороны, трудности осознания собственных чувств (как один из компонентов алекситимии) могут носить защитный характер. Некоторые модели выделяют первичную и вторичную алекситимию [4]. Вторичная алекситимия рассматривается как защитный механизм, возникающий в результате воздействия психотравмирующих событий. Дети и подростки, проживающие в детском доме, стараются меньше думать о своих чувствах, отгораживаются и игнорируют их, потому что эти чувства тяжело переносимы и связаны как с травмирующим опытом, полученным в кровной семье, так и травмой изъятия из нее. Длительное проживание в учреждении, которое также является травмирующим событием, усиливает игнорирование своих переживаний. Подросток-сирота обращает больше внимания на внешние обстоятельства, чем на свое внутреннее состояние.

Таким образом, возможно, что при меньшем сроке проживания в учреждении подросток с ненадежным типом привязанности еще может оценить, что затрудняется в понимании собственных чувств, но с течением времени, редко обращая внимание на свое состояние, не обнаруживает у себя этих проблем. То есть речь идет о большем игнорировании и отгороженности от собственных чувств. Подростки с надежным типом привязанности, прожив в учреждении длительное время (больше 5 лет), начинают хуже понимать свое эмоциональное состояние. Можно предположить, что при длительном проживании в учреждении у подростков-сирот как с надежным, так и с ненадежным типом привязанности начинают работать одинаковые психологические защиты, снижающие способность

к пониманию себя. Эта способность проявляется у них на приблизительно одинаковом уровне.

Обнаружено, что если ребенок проживает в учреждении более 5 лет, то общий уровень социальной тревожности, в частности, социального дистресса возрастает. Несмотря на то, что за последние годы учреждения для детей-сирот стали более открытыми, подростки-сироты получают меньше опыта взаимодействия с другими людьми, чем подростки, проживающие в родительских домах. Чем дольше подросток живет в учреждении, тем реже он находится в новых, незнакомых ситуациях, тем меньше социальных задач и вопросов решает самостоятельно. Столкновение или необходимость нового социального взаимодействия вызывает много беспокойства и дискомфорта.

Таким образом, длительное проживание в учреждении оказывает негативное влияние на мотивационный и операциональный компоненты социального познания, что необходимо учитывать в психологической работе с данной группой детей.

Выводы

1. Подростки с ненадежным типом привязанности испытывают больше трудностей в понимании собственных чувств вне зависимости от срока проживания в учреждении.
2. Длительное проживание в учреждении (больше 5 лет) снижает способность подростков-сирот с надежной привязанностью понимать свои чувства. Уровни развития этой способности у подростков-сирот с надежной и ненадежной типами привязанности, проживших в учреждении больше 5 лет, почти уравниваются.
3. У подростков, проживающих в учреждении больше 5 лет, выше уровень социальной тревожности и дистресса.

Финансирование

Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского Научного Фонда (грант № 14-18-03461) на базе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ.

Литература

1. Бардышевская М.К. Компенсаторные формы поведения у детей 3-6 лет, воспитывающихся в условиях детского дома. Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1995. 22 с.
2. Боулби Дж. Привязанность. М.: Гардарики, 2003. 447 с.

3. *Выготский Л.С.* Детская психология // Собрание сочинений в 6-ти т. Т. 2 / Под ред. Д.Б. Эльконина. М.: Педагогика, 1984. 432 с.
4. *Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б.* Концепция алекситимии (обзор зарубежных исследований) // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13. № 1. С. 128–145.
5. *Найденова А.В.* Модель психического детей-сирот. Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Москва, 2012. 28 с.
6. *Наследов А.Д.*, Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. СПб: Речь, 2006. 400 с.
7. О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей [Электронный ресурс] // постановление Правительства РФ от 24.05.2014 г. № 481. URL: <http://www.usynovite.ru/documents/federal/regulations/postanovleniya/11.02.20162/> (дата обращения: 14.01.2018).
8. *Прихожан А.М., Толстых Н.Н.* Особенности развития личности детей, воспитывающихся в условиях материнской депривации // Психологическая наука и образование. 2009. № 3. С. 5–12.
9. *Рычкова О.В., Холмогорова А.Б.* Нарушения социального познания – новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении. М.: ФОРУМ, 2016. 288 с.
10. *Сорокова М.Г.* Методы математической статистики в психологии: Учебное пособие [Электронный ресурс]. URL: [http://psychlib.ru/mgppu/SMm-2014/MMa-405.htm#\\$p1](http://psychlib.ru/mgppu/SMm-2014/MMa-405.htm#$p1) (дата обращения: 22.02.2019)
11. *Чупрова М.А.* Нарушения интерперсональных отношений и эмоционального развития у детей-сирот без опыта жизни в семье: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2007. 193 с.
12. *Baron-Cohen S., Wheelwright S., Spong A., Scahill V., Lawson J.* Studies of Theory of Mind: Are Intuitive Physics and Intuitive Psychology Independent? // Journal of Developmental and Learning Disorders. 2001. Vol. 5. № 1. P. 47–78.
13. *Festa, C.C., Ginsburg, G.S.* Parental and Peer Predictors of Social Anxiety in Youth // Child Psychiatry and Human Development. 2011. Vol. 42. № 3. P. 291–306. doi: 10.1007/s10578-011-0215-8.
14. *Keil V., Asbrand J., Tuschen-Caffier B., et al.* Children with social anxiety and other anxiety disorders show similar deficits in habitual emotional regulation: evidence for a transdiagnostic phenomenon // European Child and Adolescent Psychiatry. 2017. Vol. 26. № 7. P. 749–757. doi: 10.1007/s00787-017-0942-x.

15. *Knappe S., Sasagawa S., Creswell C.* Developmental epidemiology of social anxiety and social phobia in adolescents / In K. Ranta, A.M. La Greca, L.J. García-López, M. Marttunen (Eds.), *Social anxiety and phobia in adolescents. Development, manifestation and intervention strategies*. New York: Springer, 2015. P. 39–70.
16. *Lionetti F., Pastore M., Barone L.* Attachment in institutionalized children: A review and meta-analysis // *Child Abuse & Neglect*. 2015. Vol. 42. P. 135–145. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.02.013.
17. *Pears K.C., Fisher P.* Developmental, cognitive, and neuropsychological functioning in preschool-aged foster children: Associations with prior maltreatment and placement history // *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2005. Vol. 26. № 2. P. 112–122. doi: 10.1097/00004703-200504000-00006.
18. *Pile V., Haller S.P., Hiu C.F., Lau J.Y.* Young people with higher social anxiety are less likely to adopt the perspective of another: Data from the Director task // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2017. Vol. 55. P. 41–48. doi: 10.1016/j.jbtep.2016.11.002
19. *Sheykhzadeh A., Javanmard G.H.* The Effect of Child Abuse by Parents on Mind Reading Ability of Children // *Journal of Educational, Health and Community Psychology*. 2014. Vol. 3. № 3. P. 25–34.

The Influence of the Social Situation of Development on the Social Cognition in the Children-Orphans

Avakyan T.V.,

Ph.D. student, chair of clinical psychology and psychotherapy, Faculty of consultative and clinical psychology, Moscow State University of Psychology & Education, psychologist, Center for family education assistance "Nash Dom", Moscow, Russia, tamaraavakyan16@gmail.com

Volikova S.V.,

Ph.D. (Psychology), assistant professor, leading research fellow, laboratory of clinical psychology and psychotherapy, Moscow scientific research institution of psychiatry, branch of the Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry, associate professor, chair of clinical psychology and psychotherapy, faculty of consultative and clinical psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, psylab2006@yandex.ru

Sorokova M.G.

Doctor in Pedagogics, PhD in Physics and Mathematics, Professor, Department of Applied Mathematics, Faculty of Informational Technologies, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, sorokovamg@mgppu.ru

The influence of a specific social development situation on the operational and motivational components of social cognition in orphan adolescents investigated. The theoretical basis of the study was the provisions of the "social situation of development" L.S. Vygotsky, theories of attachment by J. Bowlby, the multifactor model of social cognition A.B. Kholmogorova, O.V. Rychkova. 68 orphans aged from 10 to 17 years old living in the orphanage were examined. It is shown that orphaned teenagers with an insecure type of attachment have more difficulty in understanding their own feelings, regardless of the length of their stay in the institution. Orphans living in institutions for more than 5 years have a higher level of social anxiety and distress during social interaction.

Keywords: orphans, attachment, the social situation of development, social cognition.

Funding

The study carried out with the financial support of the Russian Scientific Fund (grant No. 14-18-03461) in the Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry.

References

1. Bardyshevskaya M.K. Kompensatornye formy povedeniya u detei 3-6 let, vospityvayushchikhsya v usloviyakh detskogo doma [Compensatory behaviors in children 3-6 years old, brought up in an orphanage. PhD Thesis]. Moscow, 1995. 22 p. (In Russ.).
2. Boulbi Dzh. Privyazannost' [Attachment]. Moscow: Gardariki, 2003. 447 p. (In Russ.).
3. Vygotskii L.C. Detskaya psikhologiya. Sobranie sochinenii v 6-ti t. T. 2 [Child psychology. Collected works in 6 volumes. Vol. 2]. In D.B. El'konin (ed.). Moscow: Pedagogika, 1984. 432 p. (In Russ.).
4. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B. Kontsepsiya aleksitimii (obzor zarubezhnykh issledovaniy) [The concept of alexithymia (review of foreign studies)]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* [Social and Clinical Psychiatry], 2003, vol. 13, no. 1, pp. 128–145. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Naidenova A.V. Model' psikhicheskogo detei-sirot. Diss. kand psikhologicheskikh nauk. [Theory of mind of orphans. PhD (Psychology) diss.]. Moscow, 2012. 28 p. (In Russ.).
6. Nasledov A.D., Matematicheskie metody psikhologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretatsiya dannykh [Mathematical methods of psychological research. Data analysis and interpretation]. Saint-Petersburg: Rech', 2006. 400 p. (In Russ.).
7. O deyatel'nosti organizatsii dlya detei-sirot i detei, ostavshikhsya bez popecheniya roditelei, i ob ustroistve v nikh detei, ostavshikhsya bez popecheniya roditelei [On the activities of organizations for orphans and children left without parental care, and about the arrangement in them of children left without parental care] [Elektronnyi resurs] // postanovlenie Pravitel'stva RF ot 24.05.2014g. №481. [Resolution of the Government of the Russian Federation from 24.05.2014. No. 481] URL: <http://www.usynovite.ru/documents/federal/regulations/postanovleniya/11.02.20162/>. (Accessed: 14.01.2018). (In Russ.).
8. Prikhozhan A.M., Tolstykh N.N. Osobennosti razvitiya lichnosti detei, vospityvayushchikhsya v usloviyakh materinskoi deprivatsii [The effect of the duration of stay in the institution on the characteristics of the interaction of the child with the mother after the transfer to the family]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education], 2009, no. 3, pp. 5–12. (In Russ., abstr. in Engl.).
9. Rychkova O.V., Kholmogorova A.B. Narusheniya sotsial'nogo poznaniya – novaya paradigma v issledovaniyakh tsentral'nogo psikhologicheskogo defitsita pri shizofrenii [Social cognitive impairment - a new paradigm in studies of central psychological deficit in schizophrenia]. Moscow: FORUM, 2016. 288 p. (In Russ.).
10. Sorokova M.G., Metody matematicheskoi statistiki v psikhologii: Uchebnoe posobie [Methods of mathematical statistics in psychology: Textbook [Elektronnyi resurs] // URL: [http://psychlib.ru/mgppu/SMm-2014/MMa-405.htm#\\$p1](http://psychlib.ru/mgppu/SMm-2014/MMa-405.htm#$p1). (Accessed: 22.02.2019). (In Russ.).

11. Chuprova M.A. Narusheniya interpersonal'nykh otnoshenii i emotsional'nogo razvitiya u detei-sirot bez opyta zhizni v sem'e dis. kand. psikhol. nauk [Violations of interpersonal relationships and emotional development of orphans without family experience. PhD. (Psychology)]. Moscow, 2007. 193 p. (In Russ.).
12. Baron-Cohen S., Wheelwright S., Spong A., Scahill V., Lawson J. Studies of Theory of Mind: Are Intuitive Physics and Intuitive Psychology Independent? *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 2001, vol. 5, no. 1, pp. 47–78.
13. Festa, C.C., Ginsburg, G.S. Parental and Peer Predictors of Social Anxiety in Youth. *Child Psychiatry and Human Development*, 2011, vol. 42, no. 3, pp. 291–306. doi: 10.1007/s10578-011-0215-8.
14. Keil V., Asbrand J., Tuschen-Caffier B., et al. Children with social anxiety and other anxiety disorders show similar deficits in habitual emotional regulation: evidence for a transdiagnostic phenomenon. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2017, vol. 26, no. 7, pp. 749–757. doi: 10.1007/s00787-017-0942-x
15. Knappe S., Sasagawa S., Creswell C. Developmental epidemiology of social anxiety and social phobia in adolescents. In K. Ranta, A.M. La Greca, L.J. García-López, M. Marttunen (Eds.), *Social anxiety and phobia in adolescents. Development, manifestation and intervention strategies*. New York: Springer, 2015, pp. 39–70.
16. Lionetti F., Pastore M., Barone L. Attachment in institutionalized children: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 2015, vol. 42, pp. 135–145. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.02.013.
17. Pears K.C., Fisher P. Developmental, cognitive, and neuropsychological functioning in preschool-aged foster children: Associations with prior maltreatment and placement history. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2005, vol. 26, no. 2, pp. 112–122. doi: 10.1097/00004703-200504000-00006.
18. Pile V., Haller S.P., Hiu C.F., et al. Young people with higher social anxiety are less likely to adopt the perspective of another: Data from the Director task. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2017, vol. 55, pp. 41–48. doi: 10.1016/j.jbtep.2016.11.002.
19. Sheykhzadeh A., Javanmard G.H. The Effect of Child Abuse by Parents on Mind Reading Ability of Children. *Journal of Educational, Health and Community Psychology*, 2014, vol. 3, no. 3, pp. 25–34.

Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе

Болдырева Т.А.,

кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии и психологии личности, Оренбургский государственный университет (ФГБОУ ВО ОГУ), Оренбург, Россия, ttatianna@yandex.ru

В статье представлены и описаны выявленные посредством регрессионного анализа стилевые модели межличностного взаимодействия, обеспечивающие социально-психологическую адаптацию подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием, которые обучаются в общеобразовательных школах. Обследованы 75 подростков – учащихся сельских школ, у которых посредством методики диагностики социально-психологической адаптации Р. Роджерса и Р. Даймонда был выявлен достаточный уровень социально-психологической адаптации. Характеристики межличностного взаимодействия изучались с помощью модифицированного варианта интерперсональной диагностики Т. Лири в адаптации Л.Н. Собчик. Выявлены различия в структуре межличностных отношений, способствующих адаптации подростков с нормативным развитием и с легкой степенью умственной отсталости. Проведенный анализ соответствия представленных результатов современным исследованиям по межличностным отношениям подростков позволил обнаружить своеобразие предикторов социально-психологической адаптации в условиях инклюзивного образования не только у подростков с легкой степенью умственной отсталости, но и у их нормально развивающихся сверстников.

Ключевые слова: социально-психологическая адаптация, стиль межличностного общения, инклюзивное образование, регрессионное уравнение, легкая степень умственной отсталости, подростковый кризис, новообразования подросткового возраста, учащиеся сельских школ.

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

Для цитаты:

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 33–57. doi: 10.17759/psyclin.2019080103

For citation:

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia], 2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57. doi: 10.17759/psycljn.2019080103 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Инклюзивное образование стало реальностью нашего времени. Сама возможность изменений в системе образования оказалось возможной в силу поэтапного, последовательного развития идей интеграции системы общего и специального образования. Л.М. Шипицына более двадцати лет назад отмечала, что интеграция – не что иное, как закономерный этап развития двух систем: системы специального образования и системы общественных и государственных институтов социализации ребенка [11]. При этом речь идет именно об интеграции двух систем, предполагающих не только адаптацию ребенка с ограниченными возможностями как индивидуальную проблему, но и аксиологические изменения в общественном сознании [17].

По прошествии двадцати лет можно констатировать существенное продвижение современного образования в данном направлении: принятие государственных программ, увеличение числа детей с ограниченными возможностями, которые обучаются в общеобразовательных школах. Тем не менее создание оптимальных условий для совместного обучения детей с нормативным психическим развитием и с разными вариантами ограничений жизнедеятельности продолжает оставаться насущной проблемой.

Инклюзивное образование, определенное в ФЗ № 272 от 29.11.2012 (в редакции от 23.07.2013) как «обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей» [23], ставит ряд задач, реализация которых предполагает не только колоссальные изменения в методах организации учебных занятий, но и трансформацию всей системы современного образования.

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

С.В. Алехина формулирует четыре уровня социально-психологических изменений в современной системе образования, которые позволят реализовать все требования закона. Системный, организационный, групповой и индивидуальный уровни предполагают формирование специфических механизмов, динамических показателей, критериев оценки. Каждый из перечисленных уровней предполагает специфичный субъект, однако базовым условием успешности реализации идеи инклюзивного образования автор считает сохранение «связи между основными требованиями и возможностью их реализации» [1, с. 143]. Только обращение к практике реализации ФЗ «Об образовании» позволит ответить на вопрос, каким образом данное базовое условие реализуется и какие шаги могут быть предприняты для дальнейшего развития отечественной системы инклюзивного образования.

Взаимодействие субъектов реализуемого процесса, по сути, может рассматриваться и как необходимое условие, и как критерий успешности его протекания. Идеальной целью образования является формирование полноценного члена общества, способного сообразно культурным нормам адаптироваться в перманентно изменяющихся социально-экономических условиях. Следовательно, ключевым субъектом образовательного процесса, в том числе и инклюзивного, выступает учащийся, будь то ребенок с особыми образовательными потребностями или ребенок без таковых. Реальным пространством трансформаций в данном контексте выступает конкретный учебный коллектив, в котором совместно обучаются дети с разными возможностями и потребностями.

Психическое развитие осуществляется непосредственно во взаимоотношениях людей. Именно такая точка зрения аргументируется в трудах Л.С. Выготского, Д.Б. Эльконина, В.В. Рубцова, Г.А. Цукерман, Н.Н. Нечаева [12]. Именно отношения, возникающие в совместной деятельности, определяют и возможность, и качество процесса психического развития ребенка. Н.Н. Нечаев пишет: «Человек рождается и живет в системе отношений, связывающих ее участников в конкретную социальную общность...» [12, с. 60].

Основная идея инклюзивного образования состоит, по мнению Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, М.Л. Семенович, Т.П. Дмитриевой и И.Е. Авериной, в модернизации современного общества, переживающего период социокультурного кризиса, в создании «включающего общества» [18]. А.В. Суворов акцентирует внимание на том, что включение в общество «... предполагает умение взаимодействовать с как можно более широким кругом людей» [20, с. 29]. Иными словами, сама возможность достижения идеальной цели образования в этом пространстве определяется качеством взаимодействия всех субъектов: учащихся, педагогов, других специалистов, -обеспечивающих образовательный процесс. Следовательно, качество адаптации учащихся в учебном коллективе – это критерий успешности масштабных реформ, связанных с внедрением инклюзивного образования.

Социологические исследования в основном подтверждают изменение общественного сознания в направлении принятия идеи и возможности

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

инклюзивного образования [24; 27]. Однако в них речь идет прежде всего о школах, реализующих инклюзивное образование в условиях мегаполиса. Особенности инклюзивного образования в сельских школах являются актуальной проблемой, но масштабные исследования в этом направлении, вероятно, только проводятся, и потому количество публикаций невелико.

Тем не менее опыт обучения и воспитания детей с интеллектуальной недостаточностью в школах, расположенных в населенных пунктах с сельским укладом, представляется интересным для изучения в контексте создания «включающего общества», поскольку возможности реализации социально-полезных функций у детей с ограниченными возможностями здоровья в рамках подсобного хозяйства в селе гораздо выше, нежели в условиях города. Это традиционно используется в общемировой практике. Наиболее ярким примером могут служить вальдорфские общины. Основной проблемой на пути к актуализации всех ресурсов инклюзивного образования в условиях сельской школы выступает недостаточная готовность педагогов и недостаточное техническое оснащение школ [13; 21].

Однако современные социально-экономические условия в сочетании с государственной политикой развития вариативности образовательных программ обуславливают рост прецедентов совместного обучения детей с интеллектуальной недостаточностью и детей без особенностей развития в общеобразовательных сельских школах. В упомянутых ранее исследованиях отмечается положительный опыт межличностного взаимодействия детей с разным уровнем интеллектуальных возможностей в условиях совместного обучения.

В новых реалиях образования на фоне трансформации образовательного процесса под воздействием электронных средств обучения и общения интерперсональные отношения приобретают новое функциональное значение в процессе социально-психологической адаптации детей и подростков [2; 28].

Таким образом, имманентным психологическим критерием эффективности государственной политики в сфере инклюзивного образования можно рассматривать уровень социально-психологической адаптации учащихся как с нормативным развитием, так и с особыми образовательными потребностями. В многочисленных работах современных отечественных психологов (Г.М. Андреевой, Л.И. Анцыферовой, А.А. Налчаджяна, В.Г. Крысько, А.А. Реана, С.Т. Посоховой и многих других) под социально-психологической адаптацией понимается процесс взаимодействия личности и среды, в случае успешной реализации которого объективные формы взаимодействия людей приобретают характер субъективных индивидуальных паттернов, позволяющих устанавливать неконфликтные, социально сообразные отношения с окружением [10]. Следовательно, стиль межличностных отношений, который, по мнению автора отечественной адаптации Теста интерперсональной диагностики Т. Лири Л.Н. Собчик, включает в себя и отношение индивида к окружающим, и отношение к самому себе, и конфликтность означенных систем отношений, определяет

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

качество поведения, в том числе и в контексте социально-психологической адаптации [19].

В ситуации совместного обучения детей с нормативным развитием и с особыми образовательными потребностями возрастает напряженность среды социального взаимодействия. Однако Н.В. Калинина отмечает, что повышенная напряженность представляется фактором скорее конструктивным, чем негативным, так как создается дополнительный ресурс для развития адаптационных возможностей детей разных категорий [7].

Принцип неразрывной связи образования и психического развития требует рассмотрения проблемы межличностных отношений в условиях совместного обучения детей с нормативным развитием и с особыми образовательными потребностями сквозь призму возрастных закономерностей. Нарушенное развитие не отменяет данных закономерностей, а лишь формирует их своеобразие. Выявление таких сочетаний стилей межличностного взаимодействия, которые способствуют успешной адаптации всех учащихся в условиях совместного обучения детей с разными образовательными потребностями, представляется актуальной задачей психологической науки.

Характер особых образовательных потребностей формирует специфические проблемы взаимодействия со сверстниками, педагогами. В отличие от тех или иных вариантов недостаточности сенсорных систем, легкая степень умственной отсталости отличается неочевидностью имеющихся нарушений и проявляется прежде всего в трудностях усвоения школьной программы. В силу этого межличностные отношения детей с легкой степенью умственной отсталости в большей мере опосредуются социально-психологическим климатом в учебном коллективе и сформировавшимся между учащимися разных категорий характером взаимодействий, нежели типом нарушений, препятствующих непосредственному взаимодействию с людьми. Закономерно, что совместное обучение в этом случае провоцирует своеобразие типичных для того или иного возрастного этапа развития стилей интерперсонального общения в учебном коллективе, включающем детей с разными образовательными потребностями. Ряд эмпирических исследований О.В. Заширинской, Т.А. Колосовой, Л.В. Тхоржевской показывают, что при специально организованном обучении в развитии навыков межличностного взаимодействия отмечаются некоторые особенности [2; 8; 22]. Если в первые годы обучения в школе при условии систематического целенаправленного коррекционного воздействия рассматриваемые навыки демонстрируют положительную динамику (снижается стремление к доминированию, повышается социоцентризм и самоконтроль при конфликтных коммуникациях), то в подростковом возрасте положительная динамика у учащихся с легкой степенью умственной отсталости существенно замедляется по сравнению со сверстниками. Данные тенденции подробно описаны в работах О.В. Заширинской с соавторами [16].

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

Необходимость установления неконфликтного взаимодействия как со сверстниками, так и с педагогами при условии недостаточности репертуара ситуационных моделей поведения часто приводит к выраженной дезадаптации детей с легкой степенью умственной отсталости в условиях инклюзивного или совместного обучения по типу эскапизма [6]. Данная тенденция отражается не только в рамках школьного, но и в рамках дополнительного образования [22].

Иными словами, в условиях совместного обучения детей с и без особых образовательных потребностей социально-психологическая адаптация предполагает возникновение своеобразия паттернов межличностных отношений всех детей, включенных в конкретный учебный коллектив. Выявление же наиболее устойчивых стилевых характеристик межличностных отношений, проявляющихся в случаях высокого и достаточного уровня социально-психологической адаптации, дают возможность сформировать представление о критериях надежности реализации тех специфических механизмов, которые описывает С.В. Алехина. Это в свою очередь позволит продвинуться на пути реализации государственной политики в сфере развития инклюзивного образования.

Процедура исследования

Настоящее исследование было предпринято с целью выявления характерных для успешной социально-психологической адаптации паттернов, стилей межличностных отношений подростков с нормативным развитием и с легкой степенью умственной отсталости в условиях совместного обучения.

Мы предположили, что социально-психологическая адаптация у совместно обучающихся подростков с нормативным психическим развитием и с легкой степенью умственной отсталости достигается за счет разных паттернов межличностных отношений.

В качестве испытуемых выступили 75 подростков в возрасте 14-15 лет, учащиеся сельских школ. Все подростки обучаются в сельских общеобразовательных школах с наполняемостью до 100 человек. Наполняемость классов в среднем составляет от 4 до 12 человек. Из 75 человек, принявших участие в исследовании, 22 подростка с легкой степенью умственной отсталости обучаются по адаптированным образовательным программам, а 53 подростка имеют нормативное психическое развитие. В каждом классе учится не более двух подростков с легкой степенью умственной отсталости. По данным психодиагностического исследования, все 75 подростков продемонстрировали высокий и достаточный уровень социально-психологической адаптации.

В исследования были использованы сравнительный и экспериментальный методы. Экспериментальный метод был реализован посредством психодиагностических методик:

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

1. методика диагностики социально-психологической адаптации Р. Роджерса и Р. Даймонда (далее – СПА);

2. модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири в адаптации Л.Н. Собчик (далее – ДМО Т. Лири).

Метод диагностики межличностных отношений (ДМО) позволяет выявить стилевые характеристики межличностных отношений по восьми шкалам – октантам. Согласно методическому руководству по использованному в исследовании модифицированному варианту интерперсональной диагностики Т. Лири, максимальное количество баллов по каждому октанту – 16.

Если показатели по тому или иному октанту не выше 8 баллов, то речь идет об умеренной выраженности данного стиля общения, о гибкости в проявлении свойственных данному стилю особенностей во взаимодействии с другими людьми, о его релевантности; показатели от 9 до 12 баллов (выраженные значения) свидетельствуют об относительной выраженности особенностей межличностного взаимодействия, свойственных стилю означенного октанта, о снижении гибкости и пластичности в проявлении таковых; показатели от 13 до 16 баллов (высокие значения) маркируют заострение, акцентуированность свойственных тому или иному стилю межличностного взаимодействия особенностей, перерастание адаптивной направленности в дезадаптивную [19]. Кратко опишем сущность стилей межличностных отношений, маркированных соответствующими октантами.

I октант маркирует властно-лидирующий стиль, характеризующийся «ориентацией на собственное мнение и минимальной зависимостью от внешних средовых факторов» [19, с. 13]. Властно-лидирующий стиль предполагает ориентацию в общении на лидерство, выраженное стремление управлять людьми. Значения выше среднего по октанту говорят о неадаптивном завышении самооценки, неспособности конструктивно воспринимать критику в свой адрес. Высокие значения указывают на императивную потребность командовать другими, на деспотизм в общении.

II октант – независимо-доминирующий стиль, то есть ориентацию в общении на достижение превосходства над другими людьми, часто за счет противопоставления собственного мнения, обособленности от группы. Если властно-лидирующий стиль предполагает стремление возглавить группу, объединить группу, заняв в ней позицию лидера, то независимо-доминирующий стиль предполагает доминирование как дифференциацию от группы.

III октант – прямолинейно-агрессивный стиль. Предполагает, что в общении человек проявляет негибкость в поведении, «прямолинейность, настойчивость в достижении цели» [19, с. 10]. При выраженных и высоких показателях упорство

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

в достижении целей сочетается с импульсивностью, вспышками агрессии, враждебностью.

IV октант – недоверчиво-скептический стиль. Означает преобладание подозрительности в отношениях с людьми. При интерпретации мотивов поступков других людей превалирует скепсис, недоверчивость. При высоких значениях взаимодействие строится на фокальной установке враждебности окружающих людей и влечет за собой стремление человека оградить себя от возможных посягательств. Это приводит к предваряющей враждебности.

V октант – покорно-застенчивый стиль. Свидетельствует о поведении, сущностными характеристиками которого являются покорность и подчиненность другим людям. Чем выше показатели по данному октанту, тем в большей степени в межличностных отношениях проявляются тенденции к самоуничтожению.

VI октант – зависимо-послушный. Выявляет такой стиль межличностных отношений, при котором превалирует конформность – от уважительного отношения к окружающим при умеренных значениях до полной зависимости от мнений и императивов другого (других людей) при высоких значениях.

VII октант – сотрудничающе-конвенциональный стиль. Предполагает, что в межличностных отношениях превалирует демонстрация дружелюбия от неизменно проявляемого желания быть частью группы, оказывать помощь (при умеренных показателях) до манифеста полного отказа от индивидуальных потребностей и целей в пользу интересов большинства (при высоких показателях).

VIII октант – ответственно-великодушный стиль. Характеризуется «выраженной готовностью помогать окружающим, развитым чувством ответственности» [19, с. 11] при умеренных показателях и демонстрацией поведения, детерминированного чувством долга перед обществом, людьми и даже человечеством, избыточной моральной ответственностью при высоких значениях по данному октанту.

Стиль межличностных отношений рассматривался в двух аспектах: как субъективная оценка актуального поведения (Я-реальное) и как субъективное представление о желаемом поведении в межличностных отношениях (Я-идеальное).

Для статистической обработки данных использовались критерии среднегруппового значения, стандартного отклонения, t-критерий Стьюдента для оценки межгрупповых различий, а также регрессионный анализ.

Первоначально по данным, полученным с помощью СПА Роджерса–Даймонда, были сформированы две группы сравнения, затем было проведено сравнение уровня социально-психологической адаптации у респондентов сравниваемых групп. Далее было проведено сравнение конфигураций стилей межличностных отношений

у сформированных групп сравнения по данным ДМО Т. Лири: сравнивались данные по модусам «Я-реальное» и «Я-идеальное». На завершающем этапе посредством регрессионного анализа зависимой переменной «социально-психологическая адаптация» выявлялись значимые стилевые характеристики межличностных отношений, обеспечивающие высокий и достаточный уровень социально-психологической адаптации подростков сравниваемых групп.

Вся статистическая обработка данных производилась с помощью компьютерной программы Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение

Во-первых, обе группы подростков с нормативным психическим развитием и с легкой степенью умственной отсталости обладали высоким и достаточным уровнем социально-психологической адаптации. Однако при сравнении среднегрупповых значений можно констатировать наличие достоверных различий.

Так, среднегрупповое значение по вторичной шкале СПА Роджерса–Даймонда для подростков с нормальным развитием составило $63,21 \pm 6,97$, для подростков с легкой степенью умственной отсталости – $52,51 \pm 4,79$. При этом *t*-эмпирическое составило 5,79 (при *t*-теоретическом 3,55, $p \leq 0,001$). Примечательно, что сравнение показателей среднеквадратичного отклонения обнаруживает, что для подростков с нормативным психическим развитием характерно большее разнообразие показателей социально-психологической адаптации. Это полностью согласуется с результатами исследований, проводимых в данном направлении.

Но дальнейший детальный анализ позволил выявить ряд связанных с особенностями интерперсонального взаимодействия характеристик, свидетельствующих о различиях в содержании и структуре социально-психологической адаптации подростков сравниваемых групп.

Мы провели сравнение конфигураций Я-реального и Я-идеального для подростков с нормативным психическим развитием и с легкой степенью умственной отсталости. Как видно из рис. 1, для подростков с нормативным психическим развитием характерным оказывается доминирование в Я-реальном V–VII октантов, в то время как в Я-идеальном доминируют I–IV октанты.

Автор русской адаптации методики ДМО Т. Лири Л.Н. Собчик интерпретирует данное соотношение как стремление личности к компенсации своего поведения, переживаемого как зависимое и конформное, посредством доминирования и/или независимого поведения. Полагаем, что такое соотношение Я-реального и Я-идеального может рассматриваться как отражение подростковых кризисных переживаний.

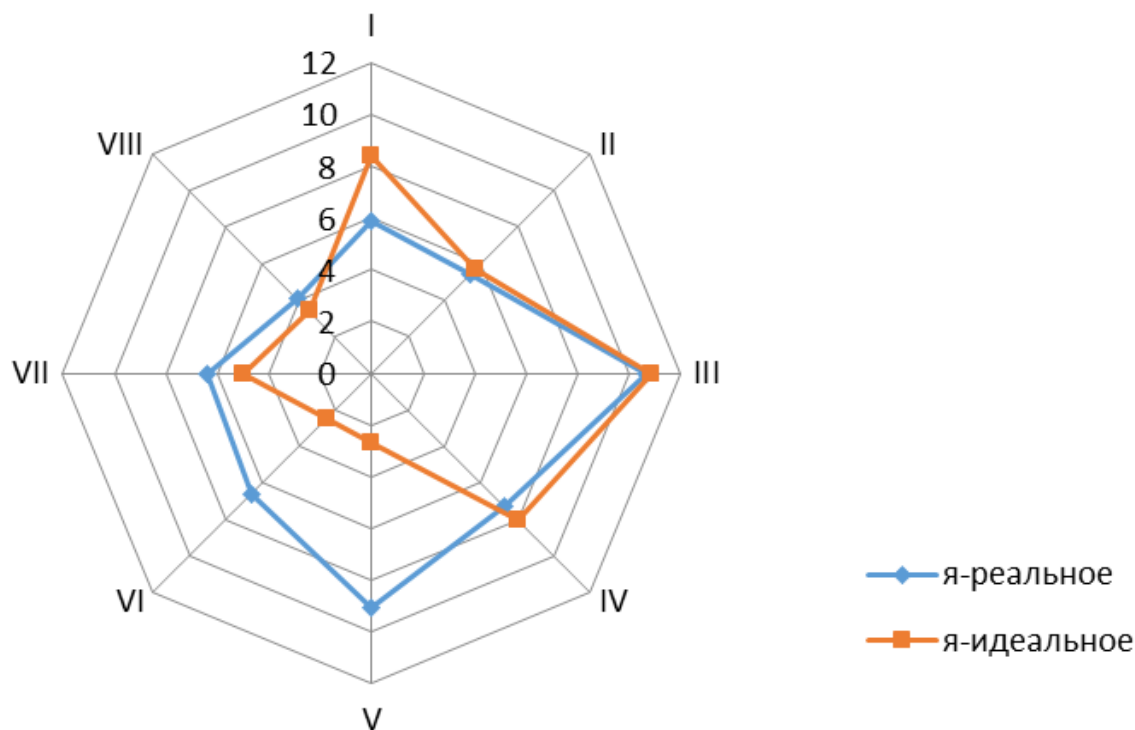


Рис. 1. Соотношение Я-реального и Я-идеального у подростков 14-15 лет с нормативным психическим развитием

Примечания: I – властно-лидирующий стиль межличностных отношений, II – независимо-доминирующий, III – прямолинейно-агрессивный, IV – недоверчиво-скептический, V – покорно-застенчивый, VI – зависимо-поислушный, VII – сотрудничающе-конвенциональный, VIII – ответственно-великодушный.

Для подростков с легкой степенью умственной отсталости в целом характерна сходная с их нормально развивающимися сверстниками конфигурация соотношения Я-реального и Я-идеального, что, вероятно, отражает свойственную для возраста тенденцию к сепарации и обретению независимости (см. рис. 2). Однако конфликтность Я-реального и Я-идеального у подростков с легкой степенью умственной отсталости, обучающихся совместно с обычными детьми, несколько выше и своеобразна по своему содержанию.

В частности, можно отметить, что достоверны различия между Я-реальным и Я-идеальным у подростков с легкой степенью умственной отсталости по четырем октантам – I, II, V, VI, в то время как у нормально развивающихся сверстников – лишь по IV и V (см. табл. 1). Отметим также, что конфликтность Я-реального и Я-идеального образов по отмеченным октантам у подростков с легкой степенью умственной отсталости в среднем составляет 4-6 баллов. Умеренная и низкая конфликтность Я-реального и Я-идеального характерна для более зрелой жизненной позиции, как выявлено в исследованиях В.В. Щербачева [29], в то время

как для феномена инфантильности, наоборот, характерна более высокая конфликтность между этими компонентами с выраженной тенденцией к доминированию Я-идеального. То есть можно говорить об отражении характерной для интеллектуальной недостаточности ретардации, в том числе и в системе межличностных отношений.

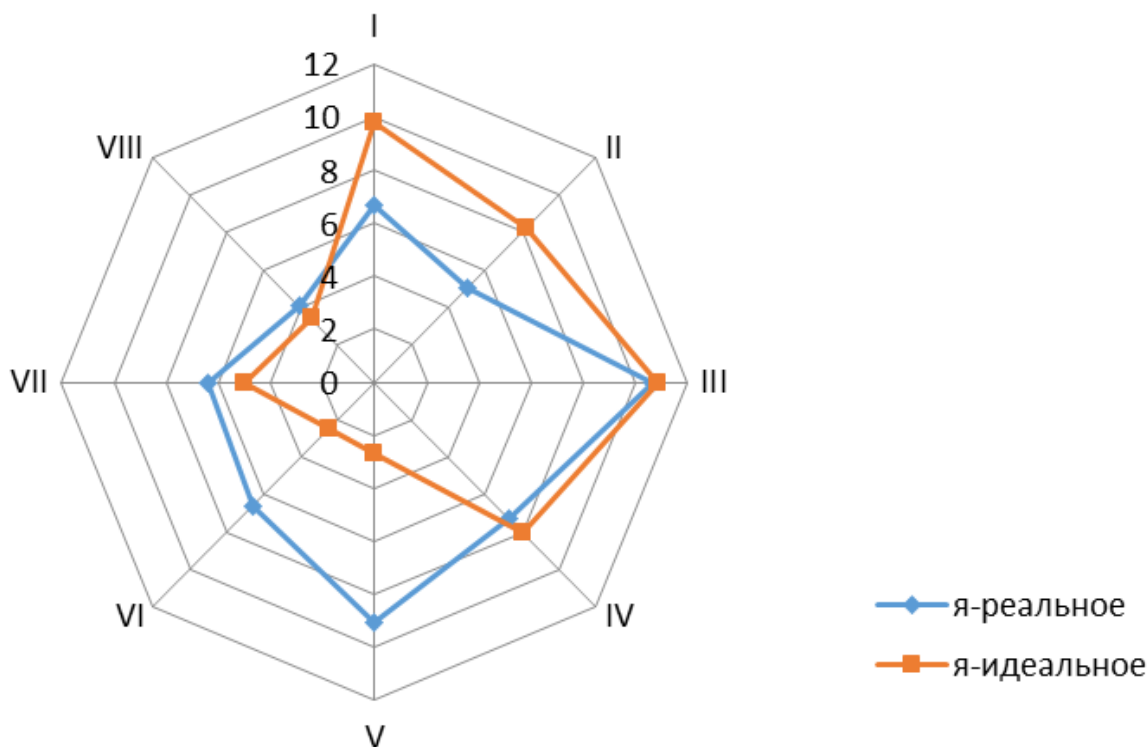


Рис. 2. Соотношение Я-реального и Я-идеального у подростков 14-15 лет с легкой степенью умственной отсталости

Примечания: I – властно-лидирующий стиль межличностных отношений, II – независимо-доминирующий, III – прямолинейно-агрессивный, IV – недоверчиво-скептический, V – покорно-застенчивый, VI – зависимо-поислушный, VII – сотрудничающе-конвенциональный, VIII – ответственно-великодушный.

Так, по I октанту подростки с легкой степенью умственной отсталости в среднем отмечают стремление быть на 2-7 баллов более уверенными в себе, что с учетом общих характеристик градации властно-лидирующих качеств достигает степени императивной потребности командовать другими людьми, в то время как у подростков с нормативным развитием желание проявлять больше лидерских качеств не превышает диапазона средних значений.

По II октанту отмечается сходная тенденция: в своем стремлении к независимости подростки с легкой степенью умственной отсталости заходят в диапазон значений, свидетельствующий о стремлении к обособленной позиции

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

в группе, в то время как у подростков с нормативным развитием желание увеличить свою независимость также ограничивается средними значениями, то есть им достаточно некоторой доли чувства обособленности от группы непосредственного взаимодействия.

Таблица 1

Эмпирические значения t-критерия Стьюдента по группам совместно обучающихся подростков с разным типом развития по соотношению Я-реального и Я-идеального

Октант	Подростки с легкой степенью умственной отсталости	Подростки с нормальным развитием
I (властно-лидирующий)	3,97**	0,06
II (независимо-доминирующий)	5,09**	0
III (прямолинейно-агрессивный)	0,26	1,53
IV (недоверчиво-скептический)	0,92	3,59**
V (покорно-застенчивый)	9,43**	2,18*
VI (зависимо-послушный)	8,25**	1,53
VII (сотрудничающе-конвенциональный)	1,85	1,88
VIII (ответственно-великодушный)	0,87	1,98

Примечания: ** – различия достоверны при $p \leq 0,001$; * – различия достоверны при $p \leq 0,05$.

В отношении V и VI октантов также выявлены существенные различия, обнаруживающие уменьшение показателей по чувствам вины и сверхконформности; различия в диапазоне 4-6 баллов отмечены между Я-реальным и Я-идеальным у подростков с легкой степенью умственной отсталости.

Примечательно, что различия по IV октанту – недоверчивость и скептицизм по отношению к окружающим – между Я-реальным и Я-идеальным у подростков с нормативным развитием также достоверны, в то время как у подростков с умственной отсталостью они не достигают уровня достоверности. Можно увидеть общую тенденцию у подростков с нормативным развитием в стремлении в целом быть более доверчивыми к окружающим людям на 5-7 баллов. Такой тенденции у подростков с легкой степенью умственной отсталости не обнаруживается.

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

Отмеченный факт требует дополнительного исследования в связи с тем, что в рамках регрессионного анализа личностно-поведенческих факторов, обеспечивающих качество социально-психологической адаптации подростков в условиях совместного обучения, как для подростков с нормативным развитием, так и для подростков с легкой степенью умственной отсталости отмеченный октант фигурирует как значимая переменная, хотя в разных вариациях.

В таблице 2 представлены основные показатели регрессионного анализа для группы подростков с легкой степенью умственной отсталости. В качестве зависимой переменной был принят показатель адаптации – вторичная шкала по методике СПА Роджерса–Даймонда – представляющий собой произведение частного первичного показателя адаптации и суммы показателей адаптации и дезадаптации.

В качестве независимых переменных были приняты:

- показатели по I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII октантам оценки Я-реального;

- показатели по I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII октантам оценки Я-идеального;

- показатели разницы по I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII октантам между оценками Я-идеального и Я-реального, где уменьшаемым является показатель Я-идеального, а вычитаемым – показатель Я-реального.

Регрессионный анализ позволяет констатировать, что перечисленные выше параметры у подростков с легкой степенью умственной отсталости обеспечивают успешность адаптации на 69,8% ($R^2=0,698$). В отношении подростков с легкой степенью умственной отсталости, обучающихся в условиях инклюзии, регрессионное уравнение имеет вид:

$69,8\% \text{ адаптации} = 64,97 + (-0,34 * a) + 0,75 * b + (-0,48 * c) + 0,36 * d$, где:

a – показатель по I октанту Я-реального;

b – показатель по IV октанту Я-реального;

c – показатель по V октанту Я-реального;

d – показатель по II октанту Я-идеального.

Сочетание властно-лидирующих, недоверчиво-скептических и покорно-застенчивых характеристик в демонстрируемом, по мнению подростка, поведении и субъективно желательные независимо-доминирующие качества в межличностном взаимодействии не исчерпывают в полной мере всех факторов, обеспечивающих адаптацию подростка, так как могут предсказать качество адаптации лишь на 69,8%. При этом рассмотрение коэффициентов b^* по отдельным переменным позволяет

утверждать, что способствуют адаптации умеренные показатели как по доминированию, так и по склонности к компромиссам и зависимому поведению, наряду с некоторым завышением уровня скептицизма и недоверчивости в отношениях в сочетании со стремлением обладать выраженным чувством превосходства над окружающими (табл. 2).

Таблица 2

Результаты регрессионного анализа при зависимой переменной «Адаптация» для подростков с легкой степенью умственной отсталости

$R^2=0,698, F(4,17)=9,83$ при $p<0,001$			
Значимая шкала (переменная)	b*	b	p-value
Intercept		64,97	
I октант: Я-реальное	-0,34	-1,63	0,023
IV октант: Я-реальное	0,75	1,98	0,000
V октант: Я-реальное	-0,48	-1,43	0,005
II октант: Я-идеальное	0,36	0,95	0,019

При сравнении регрессионных уравнений с зависимой переменной «Адаптация» у подростков с нормальным развитием, в отличие от подростков с легкой степенью умственной отсталости, обращает на себя внимание бóльшая детерминированность адаптации, во-первых, собственно характеристиками межличностного поведения и, во-вторых, желательными в сравнении с реально демонстрируемыми стилями межличностного общения. Коэффициент детерминации при регрессионном анализе у подростков с нормативным развитием составил $R^2=0,817$, следовательно, включенные в регрессионное уравнение переменные на 81,7% обеспечивают успешность социально-психологической адаптации.

Так, регрессионное уравнение у подростков с нормативным развитием, обучающихся совместно с умственно отсталыми сверстниками, с зависимой переменной «Адаптация» имеет следующий вид:

$$81,7\% \text{ «Адаптации»} = 97,88 + 0,42 \cdot a + (-0,84 \cdot b) + (-0,67 \cdot c) + (-0,41 \cdot d) + (-0,32 \cdot e), \text{ где:}$$

a – показатель по VII октанту Я-реального;

b – показатель по II октанту Я-идеального;

c – показатель по III октанту Я-идеального;

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

d – показатель по V октанту Я-идеального;

e – показатель разности по IV октанту Я-идеального и Я-реального.

Особое значение для адаптации подростков с нормативным развитием, обучающихся в условиях инклюзии, приобретают дружелюбие и стремление к сотрудничеству в сочетании с потенциальным снижением независимости-доминирования, избыточной непосредственности и агрессивности, покорности и застенчивости, а также сближения реальных и потенциальных характеристик по независимо-доминирующему стилю интерперсонального взаимодействия. Обращает на себя внимание сам репертуар стилей межличностного взаимодействия у подростков с нормативным развитием. Так как константа составляет 97,88, показатель данного коэффициента выше, чем у подростков с легкой степенью умственной отсталости, и обеспечение высокого и достаточного уровня социально-психологической адаптации возможно за счет его изначально более широкого диапазона.

Таблица 3

Результаты регрессионного анализа при зависимой переменной «Адаптация» для подростков с нормативным психическим развитием

$R^2=0,817, F(5,16) = 14,30$ при $p<0,001$			
Значимая шкала (переменная)	b*	b	p-value
Intercept		97,88	
VII октант: Я-реальное	0,418	1,15	0,003
II октант: Я-идеальное	-0,838	-3,22	0,000
III октант: Я-идеальное	-0,669	-1,84	0,000
V октант: Я-идеальное	-0,406	-1,33	0,010
IV октант: разность Я-идеального и Я-реального	-0,319	-0,55	0,014

Обращает на себя внимание отличие выявленных в нашем исследовании тенденций в межличностных отношениях подростков с нормативным психическим развитием, совместно обучающихся с детьми с легкой степенью умственной отсталости, от данных по наиболее современным публикациям. Так, в исследованиях С.Т. Посоховой, Л.В. Зубовой, А.А. Кириенко, О.А. Щербининой, В.П. Ивановой, И.А. Чайковской и многих других отмечается, что для подростков с нормативным психическим развитием в современных условиях характерна

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

тенденция к превалированию скептицизма, недоверчивости, доминирования в межличностных отношениях [4; 5; 14; 26; 30]. В то же время специально организованное обучение навыкам межличностного взаимодействия подростков с разными образовательными потребностями оказывается, по мнению М.Х. Изотовой, Т.А. Колосовой, Ю.А. Королевой, И.Е. Ростомашвили, А.А. Чазовой, стимулирующим фактором расширения адаптационного ресурса как у подростков с нормативным развитием, так и у подростков с умственной отсталостью [3; 8; 9; 15; 25].

Сравнение полученных нами данных с приведенными исследованиями позволяет констатировать, что более широкий репертуар паттернов межличностного взаимодействия у обычных подростков актуализируется и приобретает направленность на конструктивность и доброжелательность, расширяет сферу представлений о многообразии жизненных сценариев, формирует пластичность коммуникативных умений. Иными словами, в условиях совместного обучения детей/подростков с разными образовательными потребностями расширяется адаптационный потенциал как подростков с умственной отсталостью, так и их нормально развивающихся сверстников.

Заключение

Описанное сравнительное исследование стилей межличностных отношений подростков с нормативным развитием и с легкой степенью умственной отсталости, обеспечивающих высокий и достаточный уровень социально-психологической адаптации при совместном обучении в сельской школе, наряду с исследованиями Т.П. Абакировой, С.В. Алехиной, А.С. Григорьевой, О.В. Защиринской, М.В. Земляных, М.Х. Изотовой, Н.В. Калининой, Ю.А. Королевой, Т.А. Колосовой, Г.В. Отрошко, Л.В. Тхоржевской, С.В. Самуйленко, Е.В. Самсоновой, Т.Л. Чепель, М.Р. Хуснутдиновой, направлено скорее на поиск методических подходов к изучению своеобразия способов организации взаимодействия, нежели на получение окончательных представлений о таковых. Разнообразие психодиагностических подходов, частных методов и методик, условий обучения детей позволяет проводить некоторые аналогии, выделять наиболее существенные характеристики межличностных отношений совместно обучающихся подростков. Сопоставление полученных в настоящем исследовании данных с означенными выше позволяет сделать некоторые выводы.

Во-первых, для подростков с нормативным развитием, в отличие от подростков с легкой степенью умственной отсталости, характерно менее конфликтное сочетание Я-реального и Я-идеального. По мнению Л.Н. Собчик, само по себе наличие умеренной конфликтности Я-реального и Я-идеального у подростка свидетельствует о характерных для подросткового возраста кризисных переживаниях. Конфликтность Я-реального и Я-идеального у подростков с легкой степенью умственной отсталости несколько превышает диапазон умеренных значений и, вероятно, отражает глубину подростковых кризисных переживаний,

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

сенсibiliзирoванных oграниченностью эффективных способов взаимодействия с окружающими. Иными словами, характерная для подросткового возраста конфликтность Я-реального и Я-идеального обладает разной степенью выраженности у подростков с нормативным психическим развитием и легкой степенью умственной отсталости.

Во-вторых, социально-психологическая адаптация у подростков с нормативным развитием, обучающихся в условиях инклюзии, в большей мере, чем у подростков с легкой степенью умственной отсталости, детерминируется характеристиками межличностного взаимодействия. Можно предположить, что для подростков с легкой степенью умственной отсталости могут играть значительную роль и субъектные репрезентации в виде внутренней позиции личности, и особенности сформировавшегося взаимодействия со взрослыми участниками образовательного процесса, и общая компетентность в общении, и эффекты взаимовлияния внешнего и внутреннего планов социализации подростка.

В-третьих, общими тенденциями успешной социально-психологической адаптации при совместном обучении как для подростков с нормативным психическим развитием, так и с легкой степенью умственной отсталости являются:

1) тенденция к потенциальному снижению скептицизма и недоверчивости в отношениях с окружающими;

2) оптимизация тенденций доминирования в интерперсональном взаимодействии.

Таким образом, межличностные отношения у подростков как с нормативным психическим развитием, так и с легкой степенью умственной отсталости в условиях совместного обучения в сельской школе, обеспечивающие высокий и достаточный уровень социально-психологической адаптации, претерпевают некоторые трансформации. Решение специфических для подросткового возраста задач (стремление к сепарации и одновременно к аффилиации с референтной группой) могут реализовываться за счет расширения репертуара межличностного взаимодействия одновременно со снижением тенденций скептицизма, недоверчивости и агрессивности.

Литература

1. *Алехина С.В.* Инклюзивное образование: от политики к практике // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21. № 1. С. 136–145. doi:10.17759/pse.2016210112

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

2. *Защиринская О.В.* Психогенез стилей общения // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2010. № 2. С. 206–216.

3. *Земляных М.В., Изотова М.Х.* Агрессивное поведение делинквентных подростков. // Проблемы современного педагогического образования. 2016. Т. 53. № 9. С. 332–338.

4. *Зубова Л.В., Кириенко А.А.* К вопросу взаимосвязи смысло-жизненных ориентаций и агрессивности подростков // Вестник Оренбургского государственного университета. 2018. Т. 214. № 2. С. 70–76. doi: 10.25198/1814-6457-181-70.

5. *Иванова В.П., Еременко В.В.* Соотношение «внешнего и внутреннего» при исследовании подростка асоциальным влияниям // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. 2013. Т. 13. № 3. С. 107–111. doi: 10.17117/na.2016.03.04.210

6. *Исаев Д.Н.* Психология детей с нарушениями интеллектуального развития: учебник для студ. учреждений высш. проф. образования. 2-е изд. / под ред. Л.М. Шипицыной. М.: Академия, 2014. 224 с.

7. *Калинина Н.В.* Особенности адаптационных взаимодействий учащихся с инклюзивной образовательной средой [Электронный источник] // Фундаментальные исследования. 2014. Т. 9. № 9. С. 2082–2086; URL: <http://fundamental-research.ru/ru/article/viewid=35194> (дата обращения: 03.02.2019).

8. *Колосова Т.А., Григорьева А.С.* Особенности социально-психологической адаптации умственно отсталых подростков // Успехи современной науки. 2016. Т. 2. № 3. С. 130–132.

9. *Королева Ю.А.* Закономерности социально-психологической компетентности детей и подростков с отклонениями в развитии [Электронный ресурс] // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2013. № 6. С. 76–80. URL: <http://e-koncept.ru/2013/13132.htm> (дата обращения: 30.07.2018).

10. *Литвиненко Н.В.* Теоретические подходы к исследованию адаптации школьников к образовательной среде в критические периоды развития. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2013. Т. 6. № 1. С. 62–66.

11. Навстречу друг другу: пути интеграции (Специальное образование в массовых школах в России и Нидерландах) / под редакцией Л.М. Шипицыной, К. ван Рейсвейка СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 1998. 132 с.

12. *Нечаев Н.Н.* Категория развития как основа психолого-педагогических исследований образования // Культурно-историческая психология. 2018. Т. 14. № 3. С. 57–66. doi:10.17759/chp.2018140306

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

13. *Отрошко Г.В.* О готовности сельской школы к реализации практики инклюзивного образования // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2015. Т. 12. № 5. С. 66–68.

14. *Посохова С.Т.* Адаптационный потенциал личности // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2010. Т. 5. № 1. С. 35–39.

15. *Ростомашвили И.Е., Колосова Т.А.* Модель психологического тренинга партнерского общения в условиях инклюзивного образования // Психология обучения. 2015. № 4. С. 106–113.

16. *Рыбников В.Ю., Защиринская О.В.* Феноменология возрастных закономерностей нарушения общения у детей и подростков с легкой степенью умственной отсталости // Вестник психотерапии. 2013. Т. 52. № 47. С. 71–85.

17. *Самсонова Е.В., Шеманов А.Ю.* Методологические аспекты инклюзивного образования // Инклюзивное образование: преемственность инклюзивной культуры и практики. Сборник материалов IV Международной научно-практической конференции / под ред. С.В. Алехиной. М.: МГППУ, 2017. С. 45–55.

18. *Семаго Н.Я., Семаго М.М., Семенович М.Л. и др.* Инклюзивное образование как первый этап на пути к включающему обществу // Психологическая наука и образование. 2011. № 1. С. 51–59.

19. *Собчик Л.Н.* Диагностика межличностных отношений. Модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири. Методическое руководство. М., 1990. 47 с.

20. *Суворов А.В.* Инклюзивное образование и личностная инклюзия. // Психологическая наука и образование. 2011. № 3. С. 27–31.

21. *Султанбаева К.И., Ербягина А.А.* Инклюзивное образование детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях сельской школы // Интерактивная наука. 2016. № 7. С. 24–25. doi: 10.17759/pse.2016210112

22. *Тхоржевская Л.В., Коноплева О.В.* Особенности инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями в условиях дополнительного образования. Оренбург: ОГУ, 2017. С. 863–866.

23. Федеральный закон № 273 29.12.2012 (редакция от 23.07.2013). Гл. 1 [Электронный ресурс] // Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации». URL: http://school133.ru/wp-content/uploads/2014/04/Zakon-obobrazovanii_273-FZ-ot-29.12.2012.pdf (дата обращения: 01.02.2019).

24. *Хуснутдинова М.Р.* Особенности социального взаимодействия учащихся в системе инклюзивного образования [Электронный ресурс] // Психологическая

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

наука и образование psyedu.ru. 2016. Т. 8. № 1. С. 62–75. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2016/n1/khusnutdinova.shtml (дата обращения: 17.01.2019).

25. *Чазова А.А.* Возможности понимания и понимание возможностей в межличностном взаимодействии с ребенком, имеющим проблемы в развитии // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. 2017. Т. 17. № 4. С. 170–173.

26. *Чайковская И.А., Чардымская О.Ю.* Возможности социально-психологического тренинга в развитии коммуникативной толерантности в подростковом возрасте // Вестник Оренбургского государственного университета. 2018. Т. 215. № 3. С. 103–107. doi: 0.25198/1814-6457-215-103

27. *Чепель Т.Л., Абакирова Т.П., Самуйленко С.В.* Эффективность образовательного процесса в условиях инклюзивной практики: итоги мониторинговых исследований // Психологическая наука и образование. 2014. Т. 19. № 1. С. 33–41.

28. *Шатуновский В.Л., Шатуновская Е.А.* Электронное обучение (понятие и технологии) // Наука, образование, молодежь в современном мире: материалы международной научно-методической конференции. М.: РГУ нефти и газа имени (НИУ) И.М. Губкина, 2016. С. 51–56.

29. *Щербачев В.В.* Индивидуально-психологические особенности участников субкультуры ролевых игр живого действия // Ярославский педагогический вестник. 2014. Т. 2. № 3. С. 217–221.

30. *Щербинина О.А., Игнатова Т.Н.* Роль материнского отношения к подростку в структуре переживания им одиночества // Психолог. 2016. № 4. С. 115–125. doi: 10.7256/2409-8701.2016.4.19898.

The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School

Boldyreva T.A.,

Ph.D. (Psychology), Associate Professor, Department of General Psychology and Personality Psychology, Orenburg State University, Orenburg, Russia, ttatianna@yandex.ru

The article presents and describes the style models of interpersonal interaction revealed through regression analysis, providing socio-psychological adaptation of adolescents with mild mental retardation and with normotypical development, studying in secondary schools. 75 adolescents from rural schools were examined, who had a sufficient level of social and psychological adaptation, identified through the methods of diagnosing the social-psychological adaptation of R. Rogers and R. Diamond. Characteristics of interpersonal interaction were studied using a modified version of T. Leary's interpersonal diagnosis in the adaptation of L.N. Sobchik. The differences in the structure of interpersonal relations, contributing to the adaptation of adolescents with normotypical development and with a slight degree of mental retardation are revealed. The analysis of the correspondence of the presented results to modern studies of interpersonal relations among adolescents made possible to discover originality in the determination of socio-psychological adaptation not only among adolescents with mild mental retardation, but also with their normally developing peers in inclusive education.

Keywords: socio-psychological adaptation, the style of interpersonal communication, inclusive education, regression equation, light degree of mental retardation, adolescent crisis, new growths in adolescence, rural schools students.

References

1. Alekhina S.V. Inkluzivnoe obrazovanie: ot politiki k praktike [Inclusive Education: from Policy to Practice] *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and*

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

Education], 2016, vol. 21, no. 1, pp. 136–145. doi:10.17759/pse.2016210112 (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Zashchirinskaya O.V. Psikhogenez stilei obshcheniya [Psychogenesis of communicational styles]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 12. Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika [Vestnik SPbSU. Sociology]*, 2010, no. 2, pp. 206–216. (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Zemlyanykh M.V., Izotova M.Kh. Agressivnoe povedenie delinkventnykh podrostkov [Aggressive behavior of delinquent adolescents]. *Problemy sovremennogo pedagogicheskogo obrazovaniya [Problems of modern pedagogical education Problems of modern pedagogical education]*, 2016, vol. 53, no. 9, pp. 332–338. (In Russ.).

4. Zubova L.V., Kirienko A.A. K voprosu vzaimosvyazi smyslozhiznennykh orientatsii i agressivnosti podrostkov [On the question of the relationship of life orientations and aggressiveness of adolescents]. *Vestnik Orenburgskogo gosudarstvennogo universiteta [Vestnik of the Orenburg State University]*, 2018, vol. 214, no. 2, pp. 70–76. doi: 10.25198/1814-6457-181-70 (In Russ., abstr. in Engl.).

5. Ivanova V.P., Eremenko V.V. Sootnoshenie «vneshnego i vnutrennego» pri issledovanii podrostka asotsial'nym vliyaniyam [Correlation of the "external and internal" in research of adolescent's resistance to asocial influences]. *Vestnik Kyrgyzsko-Rossiiskogo slavyanskogo universiteta [Bulletin of the Kyrgyz-Russian Slavic University]*, 2013, vol. 13, no. 3, pp. 107–111. Doi: 10.17117/na.2016.03.04.210 (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Isaev D.N. Psikhologiya detei s narusheniyami intellektual'nogo razvitiya [Psychology of children with intellectual disabilities], 2nd ed. In L.M. Shipitsyna. Moscow: Akademiya, 2014. 224 p. (In Russ.).

7. Kalinina N.V. Osobennosti adaptatsionnykh vzaimodeistvii uchashchikhsya s inkluzivnoi obrazovatel'noi sredoi [Features of adaptive interactions of students with an inclusive educational environment] [Electronic resource] *Fundamental'nye issledovaniya [Fundamental researches]*, 2014, vol. 9, no. 9, pp. 2082–2086. URL: <http://fundamental-research.ru/ru/article/viewid=35194> (Accessed: 03.02.2019) (In Russ.).

8. Kolosova T.A., Grigor'eva A.S. Osobennosti sotsial'no-psikhologicheskoi adaptatsii umstvenno otstalykh podrostkov [Features of socio-psychological adaptation of mentally retarded teenagers]. *Uspekhi sovremennoi nauki. [Modern Science Success]*, 2016, vol. 2, no. 3, pp. 130–132. (In Russ., abstr. in Engl.).

9. Koroleva Yu. A. Zakonomernosti sotsial'no-psikhologicheskoi kompetentnosti detei i podrostkov s otkloneniyami v razvitiy [Regularities of socio-psychological competence of children and adolescents with deviations in development] [Electronic resource]. *Nauchno-metodicheskii elektronnyi zhurnal «Kontsept» [Scientific and methodical electronic journal "Concept"]*, 2013, no. 6, pp. 76–80. URL: <http://e-kontsept.ru/2013/13132.htm>. (Accessed: 30.07.2018) (In Russ., abstr. in Engl.).

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

10. Litvinenko N.V. Teoreticheskie podkhody k issledovaniyu adaptatsii shkol'nikov k obrazovatel'noi srede v kriticheskie periody razvitiya. [Theoretical approaches to the study of schoolchildren's adaptation to the educational environment during critical periods of development]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya [Bulletin of the South Ural State University]*, 2013, vol. 6, no. 1, pp. 62–66. (In Russ., abstr. in Engl.).

11. Navstrechu drug drugu: puti integratsii (Spetsial'noe obrazovanie v massovykh shkolakh v Rossii i Niderderlandakh) [Towards each other: the ways of integration (Special education in mass schools in Russia and the Netherlands)]. In L.M. Shipitsyna, K. van Reisveik (eds.). Saint-Petersburg: Institut spetsial'noi pedagogiki i psikhologii, 1998. 132 p. (In Russ.).

12. Nechaev N.N. Kategoriya razvitiya kak osnova psikhologo-pedagogicheskikh issledovaniy obrazovaniya [Category of Development as the Basis of Psychological and Pedagogical Research in Education]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya [Cultural-Historical Psychology]*, 2018, vol. 14, no. 3, pp. 57–66. doi:10.17759/chp.2018140306 (In Russ., abstr. in Engl.).

13. Otroshko G.V. O gotovnosti sel'skoi shkoly k realizatsii praktiki inklyuzivnogo obrazovaniya [On certainty go'shoj shkoly to realizatsii's practice inklyuzivnozhia]. *Aktual'nye problemy gumanitarnykh i estestvennykh nauk [Actual problems of Humanities and natural Sciences]*, 2015, vol. 12, no. 5, pp. 66–68. (In Russ.).

14. Posokhova S.T. Adaptatsionnyi potentsial lichnosti [Adaptation potential of personality]. *Zdorov'e - osnova chelovecheskogo potentsiala: problemy i puti ikh resheniya [Health - the basis of human potential]*, 2010, vol. 5, no. 1, pp. 35–39. (In Russ.).

15. Rostomashvili I.E., Kolosova T.A. Model' psikhologicheskogo treninga partnerskogo obshcheniya v usloviyakh inklyuzivnogo obrazovaniya [Model of psychological training of partner communication in conditions of inclusive education]. *Psikhologiya obucheniya [Psychology of Teaching]*, 2015, no. 4, pp. 106–113 (In Russ., abstr. in Engl.).

16. Rybnikov V.Yu., Zashchirinskaya O.V. Fenomenologiya vozrastnykh zakonomernostei narusheniya obshcheniya u detei i podrostkov s legkoi stepen'yu umstvennoi otstalosti [Phenomenology of the age patterns of socialization disorders in children and adolescents with mild mental retardation]. *Vestnik psikhoterapii [Bulletin of Psychotherapy]*, 2013, vol. 52, no. 47, pp. 71–85. (In Russ., abstr. in Engl.).

17. Samsonova E.V., Shemanov A.Yu. Metodologicheskie aspekty inklyuzivnogo obrazovaniya [Methodological aspects of inclusive education]. In S.V. Alekhina (ed.), *Inklyuzivnoe obrazovanie: preemstvennost' inklyuzivnoi kul'tury i praktiki. Sbornik materialov IV Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii [Inclusive education: the continuity of inclusive culture and practice. Collection of materials of the IV International Scientific Practical Conference]*. Moscow: MSUPE, 2017, pp. 45–55. (In Russ., abstr. in Engl.).

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

18. Semago N.Ya., Semago M.M., Semenovich M.L., et al. Inklyuzivnoe obrazovanie kak pervyi etap na puti k vklyuchayushchemu obshchestvu [Inclusive education as the first step towards inclusive society]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2011, no. 1, pp. 51–59. (In Russ., abstr. in Engl.).

19. Sobchik L.N. Diagnostika mezhlichnostnykh otnoshenii. Modifitsirovannyi variant interpersonal'noi diagnostiki T. Liri. Metodicheskoe rukovodstvo. [Diagnosis of interpersonal relationships. Modified version of interpersonal diagnosis T. Leary: Methodical guide]. Moscow, 1990. 47 p. (In Russ.).

20. Suvorov A.V. Inklyuzivnoe obrazovanie i lichnostnaya inklyuziya [Inclusive education and personal inclusion]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2011, no. 3, pp. 27–31. (In Russ., abstr. in Engl.).

21. Sultanbaeva K.I., Erbyagina A.A. Inklyuzivnoe obrazovanie detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya v usloviyakh sel'skoi shkoly [Inclusive education of children with disabilities in rural schools]. *Interaktivnaya nauka [Interactive science]*, 2016, no. 7, pp. 24–25. doi: 10.17759/pse.2016210112 (In Russ., abstr. in Engl.).

22. Tkhorzhevskaya L.V., Konopleva O.V. Osobennosti inklyuzivnogo obrazovaniya detei s ogranichennymi vozmozhnostyami v usloviyakh dopolnitel'nogo obrazovaniya [Features of inclusive education of children with disabilities in conditions of additional education]. *Strategicheskie napravleniya razvitiya obrazovaniya v Orenburgskoi oblasti. Nauchno-prakticheskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiem [Strategic directions of the development of the Orenburg region. Nauchno-practical conference with international participation]*. Orenburg: OGU, 2017, pp. 863–866. (In Russ.).

23. Federal'nyi zakon № 273 29.12.2012 (redaktsiya ot 23.07.2013). Glava 1 [Federal Law No. 273 of December 29, 2012 (as amended on July 23, 2013). Ch. 1] [Electronic resource]. *Federal'nyi zakon «Ob obrazovanii v Rossiiskoi Federatsii» [Federal Law "On Education in the Russian Federation"]*. URL: http://school133.ru/wp-content/uploads/2014/04/Zakon-obobrazovanii_273-FZ-ot-29.12.2012.pdf (Accessed: 01.02.2019).

24. Khusnutdinova M.R. Osobennosti sotsial'nogo vzaimodeistviya uchaschikhsya v sisteme inklyuzivnogo obrazovaniya [Features of Social Interaction in Students in the Inclusive Educational System] [Electronic resource]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru [Psychological Science and Education PSYEDU.ru]*, 2016, vol. 8, no. 1, pp. 62–75. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2016/n1/khusnutdinova.shtml (Accessed: 17.01.2019) (In Russ., abstr. in Engl.).

25. Chazova A.A. Vozmozhnosti ponimaniya i ponimanie vozmozhnostei v mezhlichnostnom vzaimodeistvii s rebenkom, imeyushchim problemy v razvitii [Opportunities for understanding and understanding opportunities in interpersonal interaction with a child with developmental problems]. *Vestnik Kyrgyzsko-Rossiiskogo*

Болдырева Т.А. Стиль межличностных отношений как детерминирующий фактор социально-психологической адаптации подростков с легкой степенью умственной отсталости и с нормативным развитием в условиях совместного обучения в общеобразовательной школе
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 33–57.

Boldyreva T.A. The Style of Interpersonal Relationships as a Determining Factor in the Social-Psychological Adaptation of Adolescents with a Slight Degree of Mental Retardation and with Normotypical Development in the Context of Co-Education in Secondary School
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 33–57.

slavyanskogo universiteta. [Bulletin of the Kyrgyz-Russian Slavic University], 2017, vol. 17, no. 4, pp. 170–173. (In Russ., abstr. in Engl.).

26. Chaikovskaya I.A., Chardymskaya O.Yu. *Vozmozhnosti sotsial'no-psikhologicheskogo treninga v razvitii kommunikativnoi tolerantnosti v podrostkovom vozraste [The possibility of socio-psychological training in the development of communicative tolerance in adolescence]. Vestnik Orenburgskogo gosudarstvennogo universiteta [Bulletin of the Orenburg State University], 2018, vol. 215, no. 3, pp. 103–107. doi: 0.25198/1814-6457-215-103 (In Russ., abstr. in Engl.).*

27. Chepel' T.L., Abakirova T.P., Samuilenko S.V. *Effektivnost' obrazovatel'nogo protsessa v usloviyakh inklyuzivnoi praktiki: itogi monitoringovykh issledovaniy [Efficiency of the educational process in terms of inclusive practices: the results of monitoring studies]. Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie. [Psychological Science and Education], 2014, vol. 19, no. 1, pp. 33–41. (In Russ., abstr. in Engl.).*

28. Shatunovskii V.L., Shatunovskaya E.A. *Elektronnoe obuchenie (ponyatie i tekhnologii) [E-learning (concept and technology)]. In Nauka, obrazovanie, molodezh' v sovremennom mire: materialy mezhdunarodnoi nauchno-metodicheskoi konferentsii [Science, education, youth in the modern world: materials of the international scientific and methodological conference]: Moscow: RGU nefti i gaza imeni (NIU) I.M. Gubkina, 2016, pp. 51–56. (In Russ., abstr. in Engl.).*

29. Shcherbachev V.V. *Individual'no-psikhologicheskie osobennosti uchastnikov subkul'tury rolevykh igr zhivogo deistviya [Individual and psychological characteristics of participants in the subculture of role-playing games of live action]. Yaroslavskii pedagogicheskii vestnik [Yaroslavl Pedagogical Herald], 2014, vol. 2, no. 3, pp. 217–221. (In Russ., abstr. in Engl.).*

30. Shcherbinina O.A., Ignatova T.N. *Rol' materinskogo otnosheniya k podrostku v strukture perezhivaniya im odinochestva [The role of the mother's attitude to the teenager in the structure of the experience of loneliness]. Psikholog [Psychologist], 2016, no. 4, pp. 115–125. Doi: 10.7256/2409-8701.2016.4.19898 (In Russ., abstr. in Engl.).*

Перспективы салютогенного подхода к профилактике синдрома выгорания у российских врачей

Бочавер К.А.,

*кандидат психологических наук, заведующий лабораторией, Институт Междисциплинарной Медицины, Московский Институт Психоанализа, Москва, Россия
konstantin.bochaver@gmail.com*

Данилов А.Б.,

*доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой нервных болезней, Первый Московский Государственный Медицинский Университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Институт Междисциплинарной Медицины, Москва, Россия
danilov@intermeda.ru*

Нартова-Бочавер С.К.,

*доктор психологических наук, профессор, Национальный исследовательский университет Высшая Школа Экономики (НИУ-ВШЭ), Москва, Россия,
s-nartova@yandex.ru*

Квитчастый А.В.,

*кандидат психологических наук, научный сотрудник, Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия
antonkvitchasty@gmail.com*

Гаврилова О.Я.,

*научный сотрудник, Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВО МПГУ), Институт Междисциплинарной Медицины, Москва, Россия,
oya.kirichek@mpgu.edu*

Зязина Н.А.,

*медицинский психолог, Федеральное Медико-биологическое Агентство, Москва, Россия
zyazina11@gmail.com*

С момента возникновения первых исследований синдрома выгорания в различных контингентах и профессиях в фокусе, как правило, находились негативные клинические предикторы и последствия этого синдрома: стресс, тревога, депрессия, агрессивность, суицидальное поведение. Тем не менее преодоление синдрома

выгорания часто происходит не средствами специальных интервенций, но стихийным, естественным путем. В исследовании на выборке российских врачей (N=700) показано, как выгорание связано с личностной аутентичностью (подлинностью), моральными мотивами, возрастом, стажем и некоторыми другими характеристиками специалистов. Обосновывается модель салютогенного подхода к профилактике и превенции синдрома выгорания в современной психологии и медицине.

Ключевые слова: аутентичность, выгорание, врачи, медицина, мотивация, синдром выгорания, стресс.

Для цитаты:

Бочавер К.А., Данилов А.Б., Нартова-Бочавер С.К. и др. Перспективы салютогенного подхода к профилактике синдрома выгорания у российских врачей [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 58–77. doi: 10.17759/psyclin.2019080104

For citation:

Bochaver K.A., Danilov A.B., Nartova-Bochaver S.K., et al. Future of Salutogenic Approach to Prevention of Burnout Syndrome in Russian Physicians [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2019, vol. 8, no. 1, pp. 58–77. doi: 10.17759/psycljn.2019080104 (In Russ., abstr. in Engl.)

Как бурьяну, так и розам солнце светит круглый год,
Помни: море не иссякнет, расточая бездны вод.

Шота Руставели

Введение

В настоящее время синдром выгорания (далее – выгорание, СЭВ, синдром профессионального/эмоционального выгорания) традиционно изучается большинством исследователей в русле патогенеза. Этому способствуют сформированность представлений об этиологии и динамике выгорания, большой пул исследований связей выгорания со стрессом, тревогой, депрессией, агрессивностью и суицидальным поведением, а также включенность выгорания в основные клинические классификаторы (Z73.0 в МКБ-10, D002055 в MeSH). Как правило, большая часть исследований выгорания рассматривает этот феномен с позиций клинической психологии и психиатрии (хотя основоположник идей о выгорании Г. Фрейденбергер не относил его к психическим расстройствам), а также психологии труда – как фактор, снижающий продуктивность и работоспособность, мотивацию работника, его качество жизни и психологическое благополучие [15].

Одним из символов медицины является горящая свеча. Этот символ предложил в XVII веке голландский врач ван Туль-Пси, который на первое место в работе врача поставил высокое служение, самоотверженную отдачу пациентам. Проблемы со здоровьем, возникающие на фоне профессионального стресса у лиц, чья работа связана с интенсивным взаимодействием с людьми, привлекают к себе внимание как врачей, так и психологов. Для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами или пациентами в эмоционально насыщенной атмосфере при оказании профессиональной помощи, используется термин «выгорание». Причины возникновения выгорания хорошо изучены в науке. Они описаны ниже.

1. Завышенные требования к работнику или работнице, которые не соответствуют его или ее реальным возможностям и умениям. В результате появляются ощущение своей несостоятельности, самокритика, сопротивление к самореализации.

2. Ограничения самостоятельности людей – жесткие нормативы и запреты со стороны руководства или регламента организации. Энтузиазм и вдохновение иссякают, возникают ощущение своей бесполезности, озлобленность и безответственное отношение к обязанностям.

3. Несоответствие вознаграждения ожиданиям работника, который субъективно оценивает свой труд и вклад в общее дело существенно выше. Возникают разочарование, обида и обесценивание деятельности – своей и всей организации в целом.

4. Отсутствие поддержки от коллег, начальства и подчиненных. Часто это происходит из-за общего выгорания, которым друг друга заражают члены коллектива. В результате каждый из них чувствует изолированность и непонимание, затруднения в коммуникации, сопротивление командной работе.

5. Отсутствие признания заслуг, унижение, издевательства, дискриминация. К сожалению, представители помогающих профессий часто сталкиваются с общественным непониманием, обесцениванием своей деятельности, и далеко не всем удается найти в себе силы противостоять этой несправедливости.

6. Несоответствие между морально-этическими принципами человека и тем, что от него требуется делать во время профессиональной деятельности. С этим внутренним несогласием могут сталкиваться не только полицейские, военные, миротворцы и спасатели, но и учителя, врачи и психологи [17].

Выгорание понимается как особое психическое состояние здоровых людей, изнеможение и ощущение своей бесполезности, ответная реакция на продолжительные рабочие стрессы. Были выделены три основные группы нервно-психических проявлений данного состояния: эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция профессиональных достижений [18]. Под эмоциональным истощением обычно понимают чувство эмоциональной

опустошенности и усталости, обусловленное профессиональной деятельностью. Деперсонализация в таком случае трактуется не как классическое психиатрическое понимание данного термина, а скорее понижение личностного компонента в профессиональной деятельности. Деперсонализация проявляется в виде дегуманизации отношений к объектам своей деятельности (пациентам/клиентам): холодности, формализации контактов, черствости, цинизме. Возникающие негативные установки могут поначалу иметь скрытый характер и проявляться во внутренне сдерживаемом раздражении, которое со временем прорывается наружу и приводит к конфликтам. Редукция личных профессиональных достижений – это занижение профессиональных успехов, возникновение чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере [5].

Новый взгляд на выгорание

Задачей данной работы стало выявление характера связей выгорания с рядом показателей, близких к полю современной позитивной психологии. В ходе практической работы, проведенной коллективом авторов в 2019 году, был апробирован новый подход к интервенциям, направленным на снижение выгорания у врачей и медработников. Основными теоретическими обоснованиями подобной интервенции послужили подходы проактивного совладания Е. Грингласса и салютогенеза А. Антоновского [14; 16]. Эти подходы объединяет направленность на перспективу будущего, тогда как традиционные подходы (например, Р. Лазаруса и С. Фолкмана) ориентированы на прошлый опыт, порождающий стресс, формирующий копинг-репертуары и объясняющий причины формирования нарушения или заболевания (патогенез). По словам Е. Белинской, перспектива проактивного совладания состоит «во-первых, в организации личной временной перспективы: подобный копинг ориентирован в будущее, – человек создает собственные ресурсы для будущего совладания, к каковым относятся, например, оптимизм, самоконтроль, поиск смысла. Во-вторых, проактивное совладание представляет собой процесс специфического целеполагания – рефлексирова возможные риски, субъект не оценивает их как угрозу непосредственному существованию, а потому может оценить трудную ситуацию позитивно, как вызов и возможность достижения цели. В-третьих, проактивный копинг опирается на специфическое восприятие потенциальных трудных ситуаций – как принципиально вероятностных событий, что приводит к динамике самой мотивации совладания» [2, с. 138].

Последние годы ознаменовались включением идей салютогенеза (формирования здоровья, а не лечения уже выраженного заболевания) в официальную политику ВОЗ. Салютогенное отношение к стрессу, трудностям и невзгодам включает в себя постижимость (ясность контекста), управляемость (понимание результата своих действий) и осознанность (стимуляция опыта) [14]. Именно эта триада может возникнуть при повышении включенности врача в процессы его собственного психического здоровья и благополучия. В российской практике наиболее близкой к позициям салютогенеза нам видится модель 4П-медицины, включающая персонализацию (индивидуальный подход), предикцию

(выявление предрасположенности к рискам), превентивность (меры профилактики будущих рисков) и партисипативность (деятельное участие пациента) [6].

На этих принципах ориентации на будущее были выстроены двухдневные курсы повышения квалификации, включенные в систему непрерывного медицинского образования, которые прошли врачи разных возраста и специальностей, работающие в 10 городах России – от Кисловодска до Иркутска.

Целью исследования стал поиск связей выгорания с личностными ресурсами специалиста. К их числу были отнесены личностная аутентичность, опыт и моральные мотивы как личностная диспозиционная черта. Такой репертуар обусловлен структурой синдрома выгорания, которая включает в себя обозначенные ранее компоненты эмоционального истощения, деперсонализации и редукции достижений. Соответственно, личностная включенность в работу, опыт достижений и подлинное отношение к себе и к другим, как предполагается, могут служить одним из основных ресурсов, позволяющих совладать с выгоранием как результатом пролонгированного рабочего стресса.

Выборку исследования составили 700 врачей из 10 городов (регионов) России, работающие в государственных медицинских организациях – госпиталях, стационарах, поликлинических учреждениях, средний возраст – 48 лет, среднее наполнение групп по регионам – 70 человек. Выборка представляется экологичной, т.к. не подразумевала искусственного выравнивания по принципу пола или равенства возрастных когорт. Полную батарею тестов заполнили не все участники, поэтому N указывается в каждом этапе исследования отдельно. **Методическую базу** составили следующие тесты:

1. Шкала «Модель моральных мотиваций» (Moral Motives Model (MMM) Scale) в адаптации В.Б. Кузнецовой и С.К. Нартовой-Бочавер [17; 19];

2. Шкала аутентичности личности (Authenticity Scale) в адаптации С.К. Нартовой-Бочавер и В.А. Бардадымова [2; 21];

3. Опросник выгорания Маслач (Maslach Burnout Inventory, MBI) в адаптации Н.Е. Водопьяновой [5; 18];

4. Биографическая анкета.

Тестирование происходило добровольно, с полным соблюдением конфиденциальности, анонимности и этичности.

Результаты

Первый взгляд на проблему выгорания российских врачей, принявших участие в исследовании, предполагал сравнение выборок по интегративному показателю MBI [5]. Было показано, что региональные различия обладают высокой

статистической значимостью ($p < 0,01$) при относительно небольшом разбросе значений. Системный индекс подразумевает вариативность от 0 (выгорание не выражено) до 1 (выраженный СЭВ). Врачи 10 городов находятся в среднем диапазоне от 0,4 до 0,5, что свидетельствует о наличии признаков выгорания, не приведших к уходу из профессии, что естественно, учитывая профессиональный статус действующих специалистов (рис. 1).

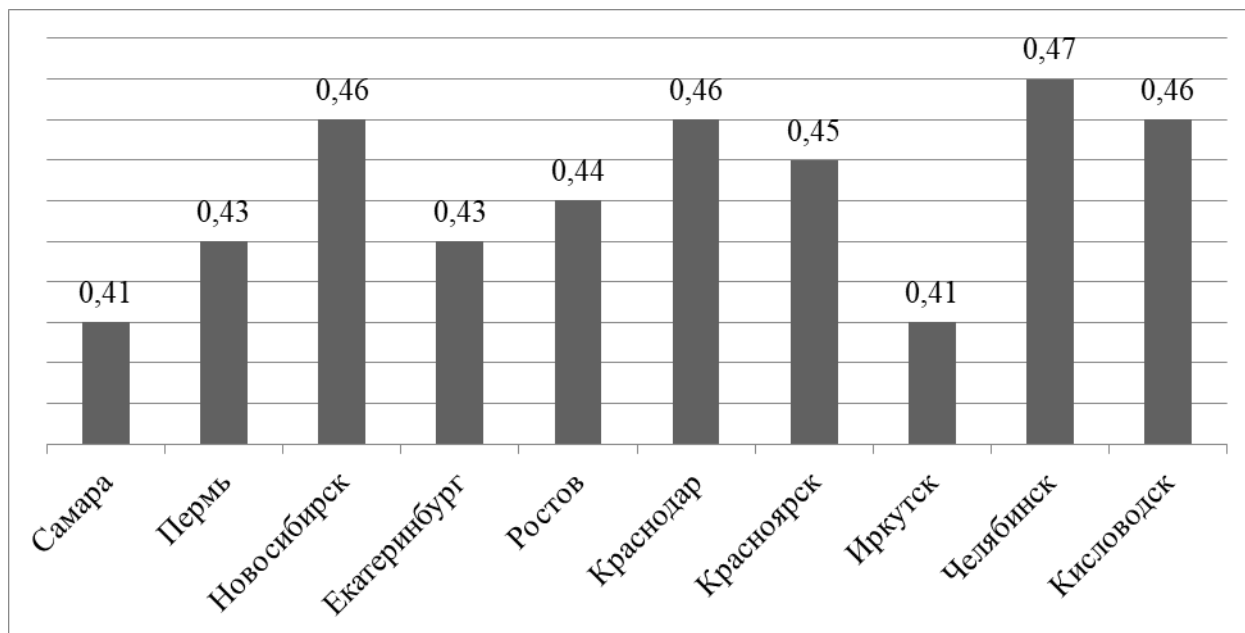


Рис. 1. Диапазон индекса выгорания врачей в 10 городах России

Авторы полагают, что полученные значения могут объясняться различными факторами – от климата до средней заработной платы, однако это представляется нам перспективной темой для будущих социологических исследований. Информация из открытых источников, например, «Рейтинг 150 городов России по качеству жизни в 2018 году» дает противоречивые представления: так, Самара и Иркутск, где врачи выгорают слабее, находятся в рейтинге по уровню жизни ниже, чем Новосибирск и Краснодар (позиции в рейтинге № 93, № 84, № 64 и № 19 соответственно) [11].

Особенностью индекса выгорания служит его интегративность, что помогает при быстром сравнении, но не дают детализированного представления. Если взглянуть на полученные по трем аутентичным шкалам МВИ показатели, то мы можем обратить внимание, что два из трех компонентов выгорания превышает нормальные значения в генеральной выборке (рис. 2).

Полученные данные могут свидетельствовать о необходимости пересмотра норм, предложенных в российской адаптации МВИ, однако если исходить из их адекватности современным реалиям, то практически вся совокупная выборка исследования демонстрирует в среднем высокие значения по двум из трех

компонентам выгорания¹. Эмпирически это подтверждается рефлексией контингента, в большинстве утвердительно отвечавшего на вопрос: «Кто может подтвердить, что сталкивался с состоянием выгорания, зная теперь (после обучения – авт.) основные особенности и происхождение этого феномена?».

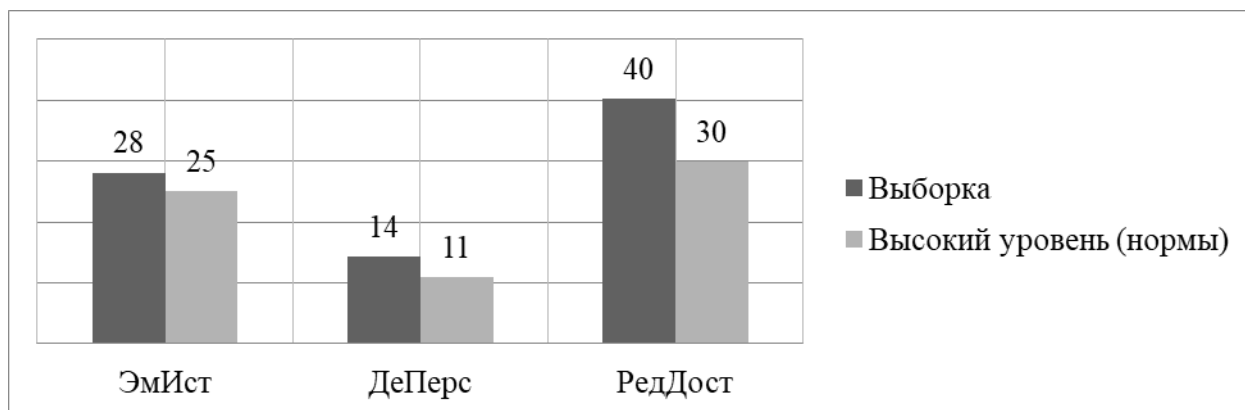


Рис. 2. Уровень выгорания врачей в 10 городах России по трем базовым компонентам СЭВ

Примечание: на графике сравниваются показатели компонентов СЭВ с нормами теста МБИ: ЭМИст – эмоциональное истощение, ДеПерс – деперсонализация, РедДост – редукция достижений.

Как правило, в мировой практике производится регулярный мониторинг «выгорающих специальностей». Так, например, в бюллетене «Medscape National Physician Burnout, Depression & Suicide Report 2019» указывается, что 44% всех врачей переживают СЭВ, еще 15% находятся в состоянии выраженной депрессии; самыми выгорающими специальностями представляются неврологи, реаниматологи и урологи, самыми «безопасными» – офтальмологи и отоларингологи [20].

В ходе работы был выполнен подобный мониторинг, и результаты представляются вполне обоснованными. На рис. 3 представлено сравнение наиболее наполненных когорт (n=550), в них вошли стоматологи и ортодонты, хирурги, неврологи, терапевты, травматологи и ортопеды, а также представители группы ВОП – врачей общей практики.

Интересным и закономерным стало положение «крайних» специальностей. Стоматология как очень прикладная дисциплина ассоциируется в отечественной медицине с нелетальными заболеваниями, постоянно совершенствующимися материалами и протоколами; кроме того, врачи-стоматологи в большей мере, чем другие специалисты, обладают возможностью вести частную практику, что наряду с высокой востребованностью и стоимостью услуг может говорить о хорошем

¹ Показатель редукции профессиональных достижений (РедДост) инверсный (чем выше – тем благополучнее врач), что наводит на мысль о не вполне корректном названии; точнее было бы назвать эту шкалу «Отсутствие редукции / сохранение профессиональных достижений».

качестве жизни. С другой стороны, наиболее выгорающий контингент – врачи-универсалы (ВОП). Подготовка врача общей практики – инициатива, в основном получившая поддержку в 2010-х годах, и ее декларируемая цель состоит в «разгрузке» узких специалистов. Это означает, что именно на врачей общей практики приходится значительное число первичных обращений, что неминуемо связано с ощущением фрустрации (несоответствия подготовки узко специализированным задачам в ряде случаев), стресса (по причине большого числа агрессивных пациентов), тревоги (ответственность и отсутствие безопасности из-за возможности жалоб и обращений со стороны пациентов). Полагаем, можно говорить о том, что будущие интервенции и программы профилактики СЭВ могут быть ориентированы в первую очередь на врачей общей практики.

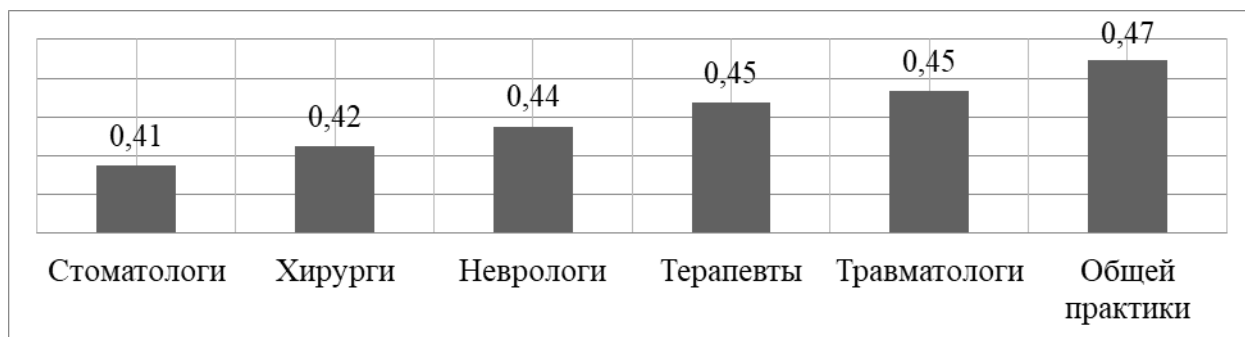


Рис. 3. Распределение индекса выгорания у врачей в зависимости от специальности

Следующим биографическим компонентом, который был сопоставлен с уровнем выгорания врачей, стал возраст (и опосредованно стаж) специалистов. Стандарт образования в России и СССР включает в себя образование в медицинском ВУЗе и дальнейшее прохождение ординатуры при больнице или медицинской кафедре, поэтому врачи начинают профессиональную карьеру относительно поздно. С помощью дисперсионного анализа (ANOVA) на совокупности указавших возраст врачей ($n=442$) мы выделили пять возрастных групп по перцентильям с шагом по 20%, эти группы примерно равно наполнены:

1. до 38 лет (с 1980 г.р.);
2. 38–46 лет (до 1980 г.р.);
3. 46–54 лет (до 1972 г.р.);
4. 54–59 лет (до 1964 г.р.);
5. старше 59 лет (до 1959 г.р.).

Результаты показывают интересную закономерность (см. рис. 4, 5, 6). Эмоциональная истощенность (притупленные эмоции; человек чувствует, что не может отдаваться работе с прежней энергией; чувство эмоциональной

опустошенности и усталости, вызванное собственной работой) в основном характерна для врачей моложе 1964 г.р.

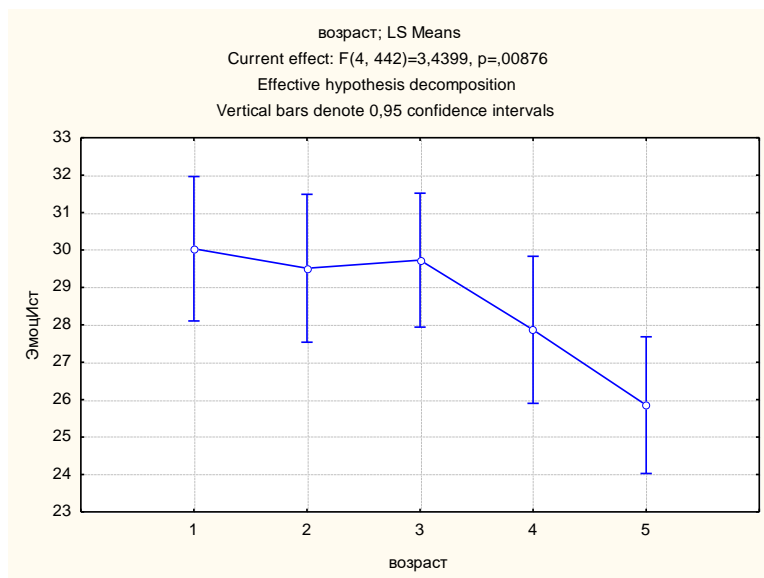


Рис. 4. Распределение уровня эмоционального истощения (ЭмоцИст) по пяти возрастным когортам

Та же тенденция проявляется, если мы обратим внимание на уровень Деперсонализации. Деперсонализация (негативные эмоции к пациентам; циничное отношение к труду и объектам своего труда; бесчувственное, негуманное отношение к людям, приходящим для лечения и консультации; пациенты воспринимаются не как живые люди) снова характерна для врачей моложе 1964 г.р.

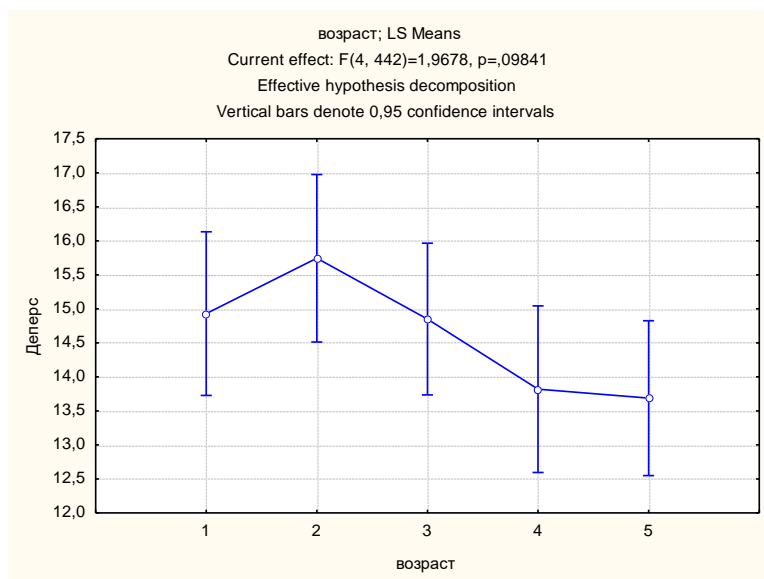


Рис. 5. Распределение уровня Деперсонализации (Деперс) по пяти возрастным когортам

Наконец, обратная шкала Редукция профессиональных достижений (установка «Я не соответствую, я не могу», возникновение чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней) выявляет другую группу уязвимости – это врачи старше 1964 г.р. Молодые специалисты 26–38 лет в силу опыта пока не сомневаются в правильности выбора своей траектории, тогда как зрелые и пожилые специалисты склонны преуменьшать свои заслуги и сомневаться в себе. Причина тому видится нам не только в закономерности «Во многих знаниях – многие печали», но и в том, что «молодежь» легче адаптируется к новым организационным решениям, включая электронный документооборот, в то время как консервативные люди старшего возраста нередко нервничают из-за необходимости взаимодействия с компьютером.

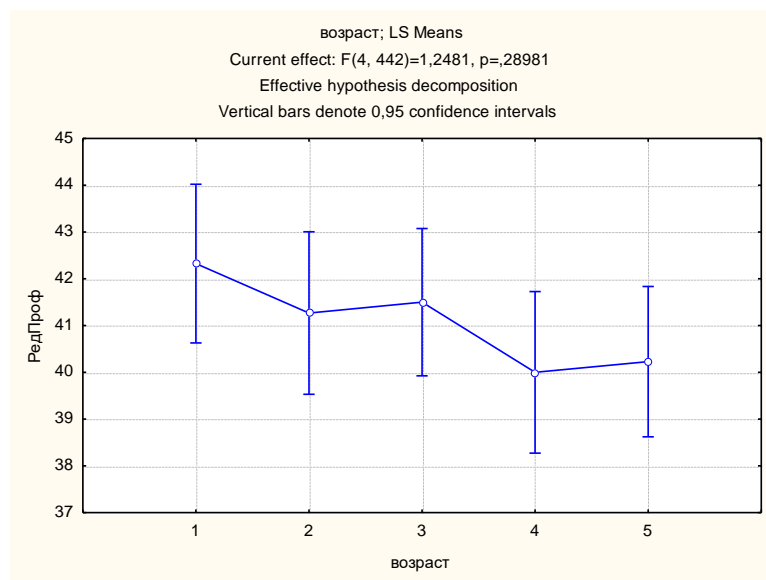


Рис. 6. Распределение уровня Редукции профессиональных достижений (РедПроф) по пяти возрастным когортам

Данные, представленные выше, могут быть интерпретированы по-разному. С одной стороны, мы видим, что наиболее зрелые специалисты если не резистентны к выгоранию, то, во всяком случае, более устойчивы относительно молодых коллег. Это может объясняться как опытом, накопленным за годы работы, так и культурно-биографическим контекстом: врачи, рожденные до 1964 года, пережили события, связанные с развалом СССР и советской системы здравоохранения и образования в «сознательном» возрасте, уже будучи специалистами, и остались в профессии несмотря на эти изменения. С другой стороны, молодые специалисты в силу возраста и стажа еще не обладают достаточным копинг-репертуаром и становятся более уязвимыми перед лицом хронического стресса. Наконец, в силу естественных причин в выборку не попали специалисты старшего возраста, которые покинули профессию в том числе по причине выгорания, и те, кто принял участие в исследовании, по умолчанию справились (или неоднократно справлялись) с ним за годы профессиональной деятельности.

Чтобы узнать, как связано выгорание с личностными чертами, прежде всего, аутентичностью, мы провели корреляционный анализ (рис. 7) шкал аутентичности и выгорания с учетом возраста и стажа врача. Напомним основные параметры аутентичности. Аутентичность, или своего рода «подлинность/настоящность», – это понимание своего истинного Я и поведение в соответствии с собственными мотивами и системой ценностей. У нее есть три основных измерения.

1. Аутентичная жизнь включает в себя такой тип поведения и выражения эмоций, который является соответственным пониманию себя, своих физиологических особенностей, эмоций, верований и убеждений. Другими словами, аутентичное существование заключается в том, чтобы быть верным себе в большинстве ситуаций и жить в соответствии с собственными ценностями и убеждениями. Соответственно, чем выше данный показатель, тем проще для субъекта сохранять естественность и верность себе.

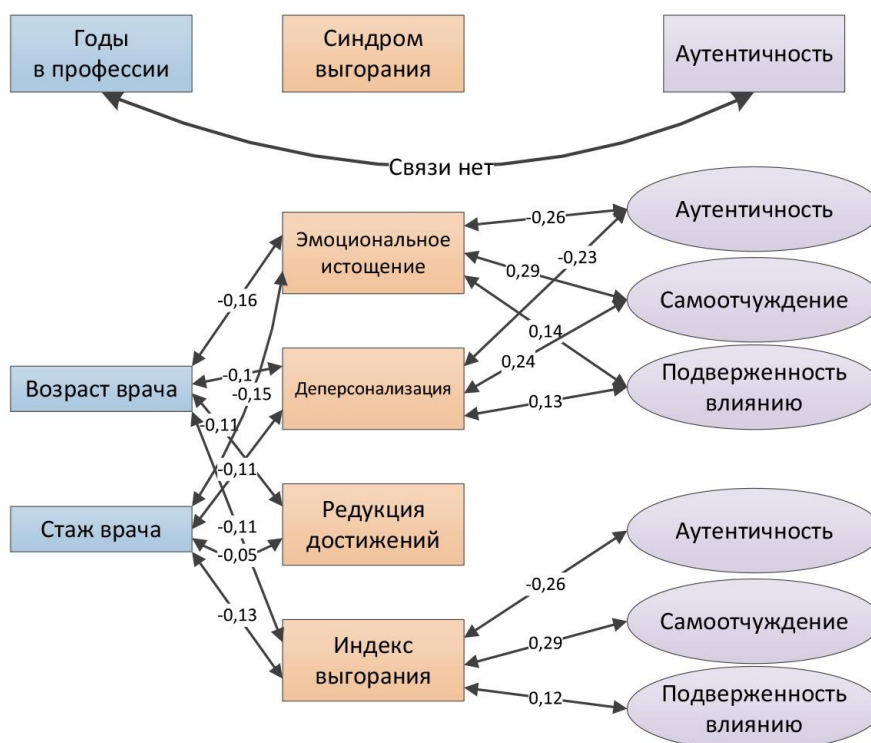


Рис. 7. Корреляционные связи выгорания и аутентичности (r_s), $n=469$, $M_{\text{возр.}}=53$, $M_{\text{стаж}}=25$, $p<0,01$

2. Подверженность внешним влияниям: степень, в которой мы принимаем влияние других людей и их убеждений, степень, в которой мы готовы подчиняться требованиям окружающего мира, не выделяться из общей массы. Чем ниже этот показатель, тем более мы независимы.

3. Самоотчуждение означает отсутствие контакта с самим собой, если сказать точнее, оно описывает степень расхождения между когнитивным пониманием

и фактическим опытом. То есть чем выше противопоставление реального Я и восприятия себя, тем ниже аутентичность личности. Чем ниже этот показатель, тем лучше субъект понимает и принимает себя.

Как подтвердилось ранее, возраст и стаж врачей обратно коррелирует с мерой их выгорания, то есть жизненный опыт естественным образом обогащает копинг-репертуар специалиста, давая новые возможности справиться с СЭВ.

Основные выводы и гипотезы по данным могут быть описаны так:

- 1) чем старше врач, тем меньше он выгорает;
- 2) чем продолжительнее стаж врача, тем меньше он выгорает;

3) Выгорание пагубно для личностной аутентичности: чем сильнее выгорает врач, тем сильнее он отчуждается от себя и ведет себя неестественно и дисгармонично, а понимание себя и собственно аутентичность снижаются. Справедливо и обратное: низкая аутентичность, высокое самоотчуждение и подверженность внешним влияниям сопряжены с признаками выгорания.

Мы предполагаем, что профессиональный опыт дает уверенность и готовность справиться с выгоранием, поэтому в целях профилактики выгорания важнее всего сейчас работать с молодыми специалистами (проверка гипотезы требует дальнейших исследований).

Как правило, выгорание связывают именно с профессиональной деятельностью, и часто считается, что сильнее других выгорают представители так называемых «помогающих профессий» – врачи, медсестры, работники хосписов, полицейские, психологи, учителя. Важно отметить, что профессиональная мотивация в этих видах деятельности часто обусловлена «миссией», стремлением к реализации некоего идеального будущего (пациенты выздоравливают, ученики успешны, преступники наказаны и пр.). Для уточнения репертуара мотивов на нашей выборке российских врачей был проведен анализ связей моральных мотивов врача и аутентичности (рис. 8).

Результаты показали слабые, но достоверные ($p < 0,01$) связи. Наиболее аутентичные, верные себе и своим принципам врачи работают с мотивом Усердия, мотивация побуждает их к трудолюбию, добросовестности и устойчивости. В то же время наиболее зависимые от других и склонные к чужому влиянию врачи работают с мотивами Помощи (активно помогают другим, так как это их призвание); Социального порядка (верны своей профессиональной группе и долгу); и Социальной справедливости (укрепляют группу благодаря усилению социальной ответственности, взаимопомощи).

Таким образом, аутентичность и моральные установки, возможно, могут быть маркером мотивационного репертуара медицинского работника. Высокая аутентичность связана с глубинным убеждением в том, что работа – это в первую

очередь помощь пациенту, а низкая аутентичность приводит к смещению репертуара мотивов во «внешнюю», с точки зрения Self-determination Theory, сторону – укреплению установленного порядка и солидаризацию с профессиональным сообществом.

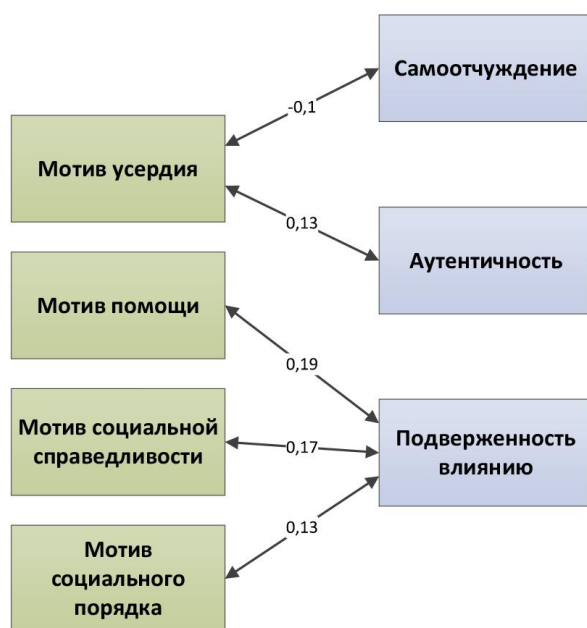


Рис. 8. Корреляционные связи аутентичности личности и моральных мотивов врача (r_s), $n=469$

Заключает исследование анализ связей выгорания и моральных мотивов (табл. 1). Из существующих теорий морального поведения и мотивации мы выбрали в качестве наиболее информативной шестифакторную Модель моральных мотивов Р. Янофф-Бульман.

1. Самоограничение (Self-Restraint) предполагает защиту человека от «семи смертных грехов» и других соблазнов и искушений. Оно отрицательно связано с Деперсонализацией, то есть отчуждением от пациентов, и положительно – с Редукцией достижений (обратная шкала), то есть тревожными сомнениями в правильности своего профессионального пути.

2. Усердие (Self-Reliance) побуждает врача к трудолюбию, добросовестности и устойчивости. Отрицательно связано с Деперсонализацией и Индексом выгорания, положительно – с Редукцией достижений.

3. Непричинение вреда (Not-Harming) – один из существенных для взаимодействия с другими людьми мотивов, который уберегает от эгоистичного поведения и стяжательства. Отрицательно связано с Деперсонализацией и Индексом выгорания, положительно – с Редукцией достижений.

4. Помощь/честность (Helping) стимулирует к тому, чтобы активно помогать другим, таким образом дополняя собой мотив непричинения вреда, вместе

с которым образует основу социальных обязательств. Положительно связано с Редукцией достижений, отрицательно – с Индексом выгорания.

5. Социальный порядок, или общественная солидарность (Social Order), оберегает от опасностей и угроз как извне, так и изнутри группы, что важно для сохранения верности группы, ее высокой согласованности – параметр не связан с выгоранием.

6. Социальная справедливость (Social Justice) служит укреплению группы благодаря усилению социальной ответственности, взаимопомощи, основанной на честном распределении ресурсов и привилегий, – отрицательно связана с Деперсонализацией и Индексом выгорания.

Таблица 1

Корреляции моральных мотивов и СЭВ (N=464, p<0,05)

Корреляты	r_s	p-level
Деперсонализация и Помощь/честность	-0,21	0,00
Деперсонализация и Непричинение вреда	-0,16	0,00
Деперсонализация и Социальная справедливость	-0,15	0,00
Деперсонализация и Усердие	-0,16	0,00
Деперсонализация и Самоограничение	-0,17	0,00
Редукция Достижений и Помощь	0,19	0,00
Редукция Достижений и Непричинение вреда	0,13	0,01
Редукция Достижений и Усердие	0,31	0,00
Редукция Достижений и Самоограничение	0,09	0,04
Индекс выгорания и Помощь/честность	-0,14	0,00
Индекс выгорания и Непричинение вреда	-0,11	0,01
Индекс выгорания и Социальная справедливость	-0,12	0,01
Индекс выгорания и Усердие	-0,17	0,00

Полученные данные подтверждают, что выгорание в каждом из своих компонентов обладает выражено негативным эффектом с точки зрения мотивов помощи и поддержки, на которых, как правило, основывается успешная работа в помогающих профессиях.

Заключение

Проведенное исследование и осуществленная программа повышения квалификации показали, что наиболее уязвимы к выгоранию молодые врачи, еще не успевшие на многолетней практике проверить и подтвердить свои принципы,

верные не столько себе и своим убеждениям, сколько декларируемым ценностям. Мы предполагаем, выгорание связано не столько с климатом и заработной платой, сколько с дефицитом опыта и знаний.

Отсутствие системных интервенций даже в «простой форме» регулярных балинтовских групп усиливает нехватку ресурсов и знаний в области противодействия выгоранию, которые характерны для современного медицинского образования. Несмотря на то что выгорание упомянуто в МКБ-10 и сохранено в МКБ-11, в большинстве российских медицинских ВУЗов нет курсов и программ, посвященных проблемам собственной «психогигиены» и профилактики врача.

Стоит отметить, более закаленным перед лицом стресса контингентом являются врачи советской школы. Именно СССР стал одним из первых государств, внедривших на предприятиях комнаты психологической разгрузки (первым таким предприятием, о котором есть официальное подтверждение, стал крупный завод в Одессе, 1974 год). Идеи профилактики и превенции профессиональных стрессов были взяты на вооружение еще с 1950-х годов на производстве, железных дорогах, учреждениях военно-морского флота, санаториях и авиационной области. Даже в тяжелые для отечественной науки и общества годы работы в области стресса развивались и преумножались [7]. Расцвет исследований выгорания и стресса пришелся на 2000-е годы, вышли работы М.А. Багрий, Б.А. Ясько, В.Е. Орла, Н.Е. Водопьяновой [1; 5; 10; 13].

К сожалению, бóльшая часть работ в области выгорания напоминает об упомянутом выше бюллетене выгорания, депрессии и суицидов, то есть в русле патогенеза изучает печальные последствия СЭВ для карьеры, здоровья и благополучия специалистов.

Нам представляется в высшей мере важным и значимым для общества проектом подойти к проблемам выгорания с салютогенных, превентивных позиций и подготовить разработанные для современной российской культуры протоколы интервенций, образовательные программы и схемы поддержки врачей и медработников путем психологических и психотерапевтических сессий, направленных на проактивное совладание со стрессом, формирование коммуникативных, саморегуляционных и иных навыков. Массовая работа с выгорающими контингентами на этапе обучения и выпуска из медицинских вузов способна сформировать привычки и в целом образ жизни, которые позволят специалистом замечать и самостоятельно купировать признаки выгорания до наступления критического момента выбора – уходить или оставаться в профессии.

Литература

1. *Багрий М.А.* Особенности развития профессионального стресса у врачей разных специализаций // Российский научный журнал. 2009. № 1. С. 92–105.

Бочавер К.А., Данилов А.Б., Нартова-Бочавер С.К.,
Квитчастый А.В., Гаврилова О.Я., Зязина Н.А.
Перспективы салютогенного подхода к профилактике
синдрома выгорания у российских врачей
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 58–77.

Bochaver K.A., Danilov A.B., Nartova-Bochaver S.K.,
Kvitchasty A.V., Gavrilova O.Y., Zyazina N.A. Future of
Salutogenic Approach to Prevention of Burnout
Syndrome in Russian Physicians
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 58–77.

2. Бардадымов В.А. Аутентичность личности подростков на разных стадиях аддиктивного поведения: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2012. 225 с.

3. Белинская Е.П., Вечерин А.В. Адаптация диагностического инструментария: опросник «Проактивный копинг» // Социальная психология и общество. 2018. Т. 9. № 3. С. 137–145. DOI: 10.17759/sps.2018090314

4. Бойко В.В. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания // Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара, 1999. С. 161–169.

5. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб.: Питер, 2005. 336 с.

6. Герасименко Н.Ф. 4П-Медицина – новое направление развития здравоохранения // Федеральный справочник. Здравоохранение России. 2012. Т. 13. С. 93–96.

7. Леонова А.Б., Кузнецова А.С. Психопрофилактика стрессов. М.: Изд-во МГУ, 1993. 123 с.

8. Нартова-Бочавер С.К. Понятие аутентичности в зарубежной психологии личности: история, феноменология, исследования // Психологический журнал. 2011. Т. 32. № 6. С. 18–29.

9. Нартова-Бочавер С.К. Психология суверенности: десять лет спустя. М.: Смысл, 2017. 200с.

10. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы (Физическое, эмоциональное и умственное истощение) // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 1. С. 90–101.

11. Полный рейтинг городов России по качеству жизни в 2018 году [Электронный ресурс] // Domofond.ru: портал о недвижимости. 2018. URL: https://www.domofond.ru/statya/polnyy_reyting_gorodov_rossii_po_kachestvu_zhizni_v_2018_godu/7679 (дата обращения 29.01.2018).

12. Человек работающий. Междисциплинарный подход в психологии здоровья / Под ред. К.А. Бочавера, А.Б. Данилова. М.: Перо, 2018. 384 с.

13. Ясько Б.А. Психология медицинского труда: личность врача в процессе профессионализации: дисс. ... канд. психол. наук. Краснодар, 2004. 458 с.

14. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion // Health promotion international. 1996. Vol. 11. № 1. P. 11–18. DOI: 10.1093/heapro/11.1.11

15. Freudenberger H.J. Staff burn-out // Journal of Social Issues. 1974. Vol. 30. P. 159–166. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x

Бочавер К.А., Данилов А.Б., Нартова-Бочавер С.К.,
Квитчастый А.В., Гаврилова О.Я., Зязина Н.А.
Перспективы салютогенного подхода к профилактике
синдрома выгорания у российских врачей
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 58–77.

Bochaver K.A., Danilov A.B., Nartova-Bochaver S.K.,
Kvitchasty A.V., Gavrilova O.Y., Zyazina N.A. Future of
Salutogenic Approach to Prevention of Burnout
Syndrome in Russian Physicians
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 58–77.

16. *Greenglass E.R.* Proactive coping and quality of life management // Beyond coping: Meeting goals, visions, and challenges / In E. Frydenberg (Eds.). New York, NY, US: Oxford University Press. P. 37-62. DOI: 10.1093/med:psych/9780198508144.001.0001
17. *Janoff-Bulman R., Carnes N.C.* Surveying the Moral Landscape: Moral Motives and Group-Based Moralities // Personality and Social Psychology Review. 2013. Vol. 17. № 3. P. 219–236. DOI: 10.1177/1088868313480274
18. *Maslach C.* Burnout: A multidimensional perspective // Professional burnout: Recent developments in the theory and research / W.B. Shaufeli, C. Maslach, T. Marek (eds.). Washington D.C.: Taylor & Francis, 1993. P. 19–32. DOI: 10.4324/9781315227979-3
19. *Nartova-Bochaver S.K., Kuznetsova V.B.* Friendly home and inhabitants' morality: mutual relationships // Frontiers in psychology. 2018. Vol. 8. P. 23–48. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.0234
20. *Peckham C.* Medscape National Physician Burnout & Depression Report 2018 [Электронный ресурс] // MedScape.com. 2018. URL: www.medscape.com/%2Fslideshow%2F2019-lifestyle-burnout-depression-6011056&usg=AOvVaw3aUrcLN0vAfKWAR-eL-5xl (дата обращения: 31.01.2019).
21. *Wood A.M., Linley A., Maltby J., et al.* The Authentic Personality: A Theoretical and Empirical Conceptualization and the Development of the Authenticity Scale // Journal of Counseling Psychology. 2008. Vol. 55. № 3. P. 385–399. DOI: 10.1037/0022-0167.55.3.385.

Future of Salutogenic Approach to Prevention of Burnout Syndrome in Russian Physicians

Bochaver K.A.,

Ph.D. (Psychology), head of laboratory, Institute of Interdisciplinary Medicine, Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia, konstantin.bochaver@gmail.com

Danilov A.B.,

Doctor in Medicine, professor, Institute of Interdisciplinary Medicine, Sechenov University, Moscow, Russia, danilov@intermeda.ru

Nartova-Bochaver S.K.,

Doctor in psychological sciences, professor, National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia, s-nartova@yandex.ru

Kvitchasty A.V.,

Ph.D. (Psychology), research fellow, Moscow Scientific and Practical Center of Rehabilitation, Sports and Restorative Medicine, Moscow, Russia, antonkvitchasty@gmail.com

Gavrilova O.Y.

research fellow, Moscow Pedagogical State University, Institute of Interdisciplinary Medicine, Moscow, Russia, oya.kirichek@mpgu.edu

Zyazina N.A.,

clinical psychologist, Federal biomedical agency, Moscow, Russia zyazina11@gmail.com

Since the onset of the first studies of burnout syndrome in various contingents and professions, as a rule, negative clinical predictors and consequences of this syndrome have been in focus: stress, anxiety, depression, aggressiveness, suicidal behavior. Nevertheless, overcoming the burnout syndrome often occurs not by means of special interventions, but in a spontaneous, natural way. The study shows the character of association of personal authenticity, moral motives, age, experience and some other characteristics in a sample of Russian doctors (N=700) with burnout. The model of salutogenic approach to prophylaxy and prevention of burnout syndrome in modern psychology and medicine is substantiated.

Keywords: authenticity, burnout, doctors, medicine, motivation, burnout syndrome, stress.

References

1. Bagrii M.A. Osobennosti razvitiya professional'nogo stressa u vrachei raznykh spetsializatsii [Features of the development of occupational stress among doctors of different specializations]. *Rossiiskii nauchnyi zhurnal [Russian Scientific Journal]*, 2009, no. 1, pp. 92–105.
2. Bardadymov V.A. Autentichnost' lichnosti podrostkov na raznykh stadiyakh addiktivnogo: diss. ... kand. psikholog. nauk povedeniya [The authenticity of the personality of adolescents at different stages of addictive behavior. PhD (Psychology) diss.]. Moscow, 2012. 225 p.
3. Belinskaya E.P., Vecherin A.V. Adaptatsiya diagnosticheskogo instrumentariya: oprosnik «Proaktivnyi koping» [Adaptation of diagnostic tools: Proactive Coping Questionnaire]. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo [Social Psychology and Society]*, 2018, vol. 9, no. 3, pp. 137–145. DOI: 10.17759/sps.2018090314
4. Boiko V.V. Metodika diagnostiki urovnya emotsional'nogo vygoraniya [Method of diagnosing the level of emotional burnout]. In D.Ya. Raigorodskii (Ed.), *Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy [Practical Psychodiagnosis. Methods and Tests]*. Samara, 1999, pp. 161–169.
5. Vodop'yanova N.E., Starchenkova E.S. Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika [Burnout syndrome: diagnosis and prevention]. Saint-Petersburg: Piter, 2005. 336 p.
6. Gerasimenko N.F. 4P-Meditsina - novoe napravlenie razvitiya zdravookhraneniya [4P-Medicine - a new direction of health development]. *Federal'nyi spravochnik. Zdravookhranenie Rossii [Federal Guide. Russian health care]*, 2012, vol. 13, pp. 93–96.
7. Leonova A.B., Kuznetsova A.S. Psikhoprofilaktika stressov [Psychoprophylaxis of stress]. Moscow: Publ. of MSU, 1993. 123 p.
8. Nartova-Bochaver S.K. Ponyatie autentichnosti v zarubezhnoi psikhologii lichnosti: istoriya, fenomenologiya, issledovaniya [The concept of authenticity in foreign psychology of personality: history, phenomenology, research]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 2011, vol. 32, no. 6, pp. 18–29.
9. Nartova-Bochaver S.K. Psikhologiya suverenosti: desyat' let spustya [Psychology of sovereignty: ten years later]. Moscow: Smysl, 2017. 200 p.
10. Orel V.E. Fenomen «vygoraniya» v zarubezhnoi psikhologii: empiricheskie issledovaniya i perspektivy (Fizicheskoe, emotsional'noe i umstvennoe istoshchenie) [The phenomenon of "burnout" in foreign psychology: empirical research and perspectives (Physics, emotional and mental exhaustion)]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 2001, vol. 22, no. 1, pp. 90–101.
11. Polnyi reiting gorodov Rossii po kachestvu zhizni v 2018 godu [Electronic resource] [Full ranking of Russian cities by quality of life in 2018]. *Domofond.ru: portal o*

Бочавер К.А., Данилов А.Б., Нартова-Бочавер С.К.,
Квитчастый А.В., Гаврилова О.Я., Зязина Н.А.
Перспективы салютогенного подхода к профилактике
синдрома выгорания у российских врачей
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 58–77.

Bochaver K.A., Danilov A.B., Nartova-Bochaver S.K.,
Kvit chasty A.V., Gavrilova O.Y., Zyazina N.A. Future of
Salutogenic Approach to Prevention of Burnout
Syndrome in Russian Physicians
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 58–77.

nedvizhimosti. 2018. URL: https://www.domofond.ru/statya/polnyy_reyting_gorodov_rossii_po_kachestvu_zhizni_v_2018_godu/7679 (Accessed 29.01.2018).

12. Chelovek rabotayushchii. Mezhdistsiplinarnyi podkhod v psikhologii zdorov'ya [The man is working. Interdisciplinary approach to health psychology]. In K.A. Bochaver, A.B. Danilov (eds.). Moscow: Pero, 2018. 384 p.

13. Yas'ko B.A. Psikhologiya meditsinskogo truda: lichnost' vracha v protsesse professionalizatsii: diss. ... kand. psikhol. nauk [Psychology of medical work: the identity of the doctor in the process of professionalization. PhD (Psychology) diss]. Krasnodar, 2004. 458 p.

14. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 1996, vol. 11, no. 1, pp. 11–18. DOI: 10.1093/heapro/11.1.11

15. Freudenberger H.J. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 1974, vol. 30, pp. 159–166.

16. Greenglass E.R. Proactive coping and quality of life management. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond Coping: Meeting Goals, Visions, and Challenges*. New York: Oxford University Press. 2002. Pp. 37–62. DOI: 10.1093/med:psych/9780198508144.001.0001

17. Janoff-Bulman R., Carnes N.C. Surveying the Moral Landscape: Moral Motives and Group-Based Moralities. *Personality and Social Psychology Review*, 2013, vol. 17, no. 3, pp. 219–236. DOI: 10.1177/1088868313480274

18. Maslach C. Burnout: A multidimensional perspective. In W.B. Shaufeli, Cr. Maslach, T. Marek (eds.), *Professional burnout: Recent Developments in the Theory and Research*. Washington D.C.: Taylor & Francis, 1993, pp. 19–32. DOI: 10.4324/9781315227979-3

19. Nartova-Bochaver S.K., Kuznetsova V.B. Friendly home and inhabitants' morality: mutual relationships. *Frontiers in Psychology*, 2018, vol. 8, pp. 23–48. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.0234

20. Peckham S. Medscape National Physician Burnout & Depression Report 2018 [Electronic resource]. *MedScape.com*, 2018. URL: www.medscape.com%2Fslideshow%2F2019-lifestyle-burnout-depression-6011056&usg=AOvVaw3aUrcLN0vAfkWAR-eL-5xl (Accessed 31.01.2019).

21. Wood A.M., Linley A., Maltby J., et al. The Authentic Personality: A Theoretical and Empirical Conceptualization and the Development of the Authenticity Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 2008, vol. 55, no. 3, pp. 385–399. DOI: 10.1037/0022-0167.55.3.385.

Личностная тревожность и регуляция эмоций в контексте изучения посттравматического стресса

Быховец Ю.В.,

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях, Институт психологии Российской академии наук (ИП РАН), Москва, Россия, bykhovets@yandex.ru

Падун М.А.,

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях, Институт психологии Российской академии наук (ИП РАН), Москва, Россия, maria_padun@inbox.ru

В работе представлены данные о специфике связи личностной тревожности с признаками посттравматического стресса (ПТС). Для объяснения выявленных особенностей взаимосвязи указанных переменных используются способы регуляции эмоций как комплекс психических процессов, усиливающих или сдерживающих эмоциональные переживания травматических событий высокого уровня интенсивности. Исследование выполнено в два этапа: на первом этапе изучалась специфика взаимосвязи личностной тревожности и признаков ПТС (респондентами выступили 486 респондентов из Москвы, Чеченской республики и Забайкалья), на втором этапе исследовались стратегии регуляции эмоций у лиц с различным уровнем выраженности личностной тревожности (опрошено 70 студентов Москвы). Методики: Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (гражданский вариант), Методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, Опросник травматических ситуаций, Опросник когнитивной регуляции эмоций Н. Гарнефски, Опросник регуляции эмоций Дж. Гросса. Показано, что личностная тревожность имеет положительную связь с выраженностью посттравматического стресса. Однако 9,6% опрошенных лиц с высокой личностной тревожностью имеют низкие показатели посттравматического стресса. Лица с высокой личностной тревожностью склонны

использовать такие стратегии регуляции эмоций, как самообвинение, принятие, руминации, катастрофизация, обвинение других, а лица с низкой личностной тревожностью – стратегию когнитивной переоценки, связанную с когнитивными усилиями, направленными на изменение отношения к проблемной ситуации.

Ключевые слова: личностная тревожность, посттравматический стресс, регуляция эмоций, ресурс, предиктор, травматическое событие, подавление эмоциональной экспрессии.

Для цитаты:

Быховец Ю.В., Падун М.А. Личностная тревожность и регуляция эмоций в контексте изучения посттравматического стресса [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 78–89. doi: 10.17759/psyclin.2019080105

For citation:

Bykhovets J.V., Padun M.A. Personal Anxiety and Emotion Regulation in the Context of Study of Post-Traumatic Stress [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 1, pp. 78–89. doi: 10.17759/psycljn.2019080105 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

В психологической науке есть исследования, которые своей целью имеют рассмотрение данных, не представленных в общей тенденции полученных на большей части выборки результатов, а описывают скорее частные случаи. Так, в литературе представлены работы о связи личностной тревожности и посттравматического стресса [12]. В них показано, что личностная тревожность относится к числу личностных особенностей, являющихся предикторами развития посттравматического стресса [9]. Наш интерес в настоящей работе сосредоточен на исключениях, которые не подтверждают эту взаимосвязь.

Тревожность – это индивидуально-психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека к частым и интенсивным переживаниям состояния тревоги, а также в низком пороге ее возникновения [2]. Признаками тревожности являются напряженность, озабоченность, мрачное предчувствие, чувство недовольства, чувство беспомощности [1]. Известно, что тревожность имеет приспособительное значение для человека. Оно состоит в определении опасных ситуаций, имеющих разную степень угрозы для человека, и в подготовке поведенческих реакций в этих ситуациях. Кроме этого, тревожность играет важную роль в развитии мотивационно-потребностной сферы личности. Таким образом, тревожность является неотъемлемой частью личности любого человека.

Однако тревожность можно рассматривать как фактор уязвимости, поскольку она является предиктором развития стрессовых состояний. Например, тревожность входит в качестве одного из основных компонентов в посттравматическое

стрессовое расстройство (ПТСР) [11]. Об особом значении тревожности в содержании ПТСР свидетельствует то, что это расстройство в классификации болезней DSM-IV до 2013 года входило в раздел «Тревожные расстройства». Исходя из этих положений, можно полагать, что изначально более тревожные люди обладают более низкими адаптационными возможностями, в связи с чем они становятся более уязвимы для стрессового воздействия экстремальных ситуаций. А.Я. Шалев с коллегами в своем исследовании лиц с ПТСР получил данные о том, что уровень личностной тревожности спустя некоторое время после столкновения с травматическим событием остается неизменным, в отличие от показателей ситуативной тревожности, которые спустя шесть месяцев после травматизации изменяются [9].

Существует и альтернативный подход, в соответствии с которым авторы считают, что воздействие травматического события ослабляет адаптационные возможности человека и как следствие способствует повышению уровня личностной тревожности [12]. Это связано с тем, что произошедшее экстраординарное событие подрывает веру человека в безопасность и справедливость окружающего его мира и обуславливает состояние повышенной напряженности. Оба эти подхода имеют эмпирические обоснования.

Психическая переработка травматической информации связана с процессами регуляции эмоций. Регуляция эмоций (РЭ) представляет собой комплекс психических процессов, которые усиливают, ослабляют либо удерживают на одном уровне интенсивность эмоциональных реакций человека [13]. Специалисты в области регуляции эмоций разделяют автоматические (неосознаваемые, имплицитные или импульсивные) и произвольные (контролируемые, осознанные, эксплицитные, рефлексивные) процессы регуляции эмоций [4].

Процесс регуляции эмоций имеет системное строение [5] и осуществляется на разных уровнях личностной организации. Нейробиологические механизмы реализуются через взаимодействие подкорковых (прежде всего амигдалы) и префронтальных отделов коры. Индивидуально-психологический уровень РЭ обеспечивается за счет индивидуального набора осознаваемых и автоматических стратегий РЭ, используемых индивидом в различных ситуациях.

Можно говорить о внутриличностных и межличностных механизмах регуляции эмоций. Внутриличностные процессы имеют место, когда индивид прибегает к внутренним ресурсам в обработке собственных эмоций (например, он может переинтерпретировать значение события с целью регуляции эмоций). Межличностные механизмы РЭ можно условно разделить на два вида: первый связан с осознанным или неосознанным вовлечением другого в процесс регуляции собственных эмоций; второй – с действиями, направленными на регуляцию эмоций, которые переживает другой человек. Социокультурные компоненты в структуре РЭ реализуются за счет репрезентаций культурных норм, связанных с переживанием и выражением эмоций в моделях мира и собственного «Я» у представителей разных культур.

В настоящий момент лучше всего изучены такие стратегии регуляции эмоций, как когнитивная переоценка и подавление. Наряду с работами зарубежных коллег [14] наши исследования указывают на позитивную связь между способностью человека размышлять о ситуации с целью ее переоценки и показателями психологического благополучия [6; 7]. Эти выводы говорят о том, что, по всей вероятности, способность к когнитивной переоценке по своим механизмам влияния на параметры психологического благополучия является культурно универсальной стратегией. Также показано, что склонность к подавлению эмоций не коррелирует со спецификой эмоциональных состояний (позитивный/негативный аффект) и показателями субъективного благополучия. Полученные взаимосвязи имеют отличия по сравнению с закономерностями, полученными в США [14]. Иными словами, американцы чувствуют себя хорошо тогда, когда могут выражать и позитивные, и негативные эмоции вовне, тогда как у россиян не наблюдается такой закономерности, и их эмоциональное состояние не соотносится с тем, подавляют они эмоции или нет.

Целью данной работы является изучение механизмов регуляции эмоций, задействованных в переработке травматического опыта, у лиц с высоким уровнем личностной тревожности. Мы предполагаем, что среди людей с высокой личностной тревожностью существуют индивиды, имеющие низкий показатель выраженности посттравматического стресса. Людям с высокой личностной тревожностью свойственны определенные стратегии регуляции эмоций, увеличивающие их ресурсы в переработке травматических переживаний.

Эмпирическая база

В исследовании использовались следующие **методики**:

1) Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (гражданский вариант) (Vreven et.al., 1995) в адаптации Н.В. Тарабриной с соавторами [11]. Итоговый показатель позволяет выявить степень воздействия, перенесенного индивидом травматического опыта;

2) Методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, используемая для оценки уровня реактивной и личностной тревожности. В данном исследовании использовался только бланк для оценки личностной тревожности;

3) Опросник травматических ситуаций (Life Experience Questionnaire, LEQ; Norbeck, Sarason, Johnson, Siege, 1984) в адаптации Н.В. Тарабриной с соавторами [11]. Методика предназначена для оценки влияния на личность психических травм, предшествующих актуальной травме. Опросник состоит из четырех разделов: криминальные события, природные катастрофы и общие травмы, ситуации физического и сексуального насилия, другие события. Показателями методики являются общее количество пережитых на протяжении жизни травматических событий, суммарный показатель влияния указанных событий на жизнь респондента за последний год и «индекс травматичности», отражающий уязвимость человека

к стрессогенному воздействию травмирующих жизненных событий и интенсивность их переживания;

4) Опросник когнитивной регуляции эмоций Н. Гарнефски (N. Garnefski) и В. Краай (V. Kraaij), адаптированный Е.И. Рассказовой с соавторами [10]. Шкалы отражают 9 основных когнитивных стратегий регуляции эмоций.

1. Самообвинение – мысли, в которых человек винит себя за случившееся (например: «Я чувствую, что именно я в ответе за это»).

2. Принятие – мысли о принятии того, что случилось («Я думаю, что должен принять то, что случилось»).

3. Руминации – постоянные размышления о мыслях и чувствах, связанных с пережитой трудной ситуацией («Я размышляю о своих чувствах по поводу того, что мне пришлось пережить»).

4. Позитивная перефокусировка – отвлечение на мысли о других, более приятных событиях и ситуациях вместо размышлений о пережитых затруднениях («Я думаю о более приятных вещах, чем то, что я испытал»).

5. Фокусирование на планировании – размышления о том, какие следующие шаги лучше предпринять по отношению к случившемуся («Я думаю о том, как мне лучше всего справиться с этой ситуацией»).

6. Позитивная переоценка – поиск положительного смысла в произошедшем событии в целях личностного роста или приобретения нового опыта («Я думаю, что я могу вынести что-то полезное из этой ситуации»).

7. Рассмотрение в перспективе – снижение исключительной значимости события за счет его сравнения с другими ситуациями («Я думаю, все могло быть гораздо хуже»).

8. Катастрофизация – мысли о глобальных размерах произошедшего события и его отрицательных последствиях («Мне кажется, что то, что пережил я, намного хуже того, что довелось пережить другим»).

9. Обвинение других – перекладывание вины за пережитое человеком событие на окружающих («Я считаю, что виноваты другие»).

5) Опросник регуляции эмоций Дж. Гросса (G. Gross) в адаптации И.Н. Дорофеевой и М.А. Падун [3]. Методика содержит две субшкалы: подавление и когнитивная переоценка.

Выборка: на первом этапе исследования приняло участие 486 респондентов из Москвы, Чеченской республики и Забайкалья: 369 женщин и 117 мужчин ($M=24,04$ года; $SD=10,36$). Второй этап исследования был проведен при участии 70 студентов различных вузов Москвы в возрасте от 18 до 25 лет ($M=20,11$; $SD=2,20$): 39 женщин и 31 мужчина.

Результаты

По данным первого этапа исследования мы разделили всю выборку по уровню выраженности личностной тревожности (ЛТ) в соответствии с нормативными данными: к низким относятся значения до 30 баллов, к умеренным – от 31 до 45 баллов и высокие значения – 46 и более баллов. Была проведена оценка значимости межгрупповых различий (критерий Манна–Уитни) по уровню выраженности признаков посттравматического стресса (ПТС), измеряемых по Миссисипской шкале (MS). Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнение выраженности показателя MS в подгруппах с разным уровнем личностной тревожности (ЛТ)

Подгруппа 1	Me	Подгруппа 2	Me	U	p
Низкая ЛТ	65,5	Средняя ЛТ	74	3333,5	0,003
Низкая ЛТ	65,5	Высокая ЛТ	89	1142	0,000
Средняя ЛТ	74	Высокая ЛТ	89	10653	0,000

Получены данные о статистически значимых различиях между тремя выделенными подгруппами, что подтверждает положение о положительной взаимосвязи выраженности личностной тревожности и признаков посттравматического стресса.

Дальнейший анализ проводился в подгруппе респондентов (N=198) с высоким уровнем личностной тревожности (46 баллов и более). По данным нашего исследования в эту группу вошли респонденты с разным уровнем выраженности признаков ПТС, измеренных по MS: 19 человек с низким уровнем значений, 76 человек со средним уровнем значений и 103 человека с высоким уровнем значений признаков ПТС. Миссисипская шкала оценивает общий уровень выраженности признаков посттравматического стресса, не привязываясь к конкретному травматическому событию. Поэтому можно предположить, что респонденты с высоким уровнем личностной тревожности и низкими значениями признаков ПТС в своей жизни не переживали травматических событий. Однако данные опросника травматических ситуаций (LEQ) опровергают это предположение. У данной подгруппы респондентов (n=19) среднее значение количества указанных пережитых травматических событий соответствовало трем, средний индекс травматичности – 9. Согласно нормативным значениям, вывод о травматизации делается на основании величины индекса травматичности выше трех баллов.

Таким образом, мы получили данные о том, у людей с высоким уровнем личностной тревожности проявляется низкий уровень выраженности признаков ПТС (9,6% выборки) при наличии признаков травматизации.

На втором этапе исследования нас интересовало то, какие стратегии регуляции эмоций используют люди с различным уровнем выраженности личностной тревожности.

Корреляционный анализ показал, что высокие значения по шкалам Самообвинение, Принятие, Руминации, Катастрофизация положительно коррелируют с личностной тревожностью, а по шкале Когнитивная переоценка – отрицательно (табл. 2).

Таблица 2

Взаимосвязь между тревожностью и стратегиями регуляции эмоций

Стратегии регуляции эмоций	Личностная тревожность	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Самообвинение	0,34	<i>p</i> < 0,05
Принятие	0,35	<i>p</i> < 0,05
Руминации	0,55	<i>p</i> < 0,01
Позитивная перефокусировка	-0,2	
Фокусирование на планировании	-0,2	
Позитивная переоценка	-0,12	
Рассмотрение в перспективе	-0,04	
Катастрофизация	0,48	<i>p</i> < 0,01
Обвинение других	0,25	<i>p</i> < 0,05
Подавление	0,03	
Когнитивная переоценка	-0,31	<i>p</i> < 0,05

Выявлена связь между личностной тревожностью и различными стратегиями регуляции эмоций. Таким образом, для высокотревожных людей характерны мысли, в которых человек винит себя за случившееся (стратегия самообвинения). Лица с высокой тревожностью склонны принимать то, что случилось, как неизбежность (стратегия принятие). Их мучают навязчивые размышления о чувствах, связанных с пережитой трудной ситуацией (стратегия руминации), а также мысли о глобальных размерах произошедшего события и его отрицательных последствиях (стратегия катастрофизация). Высокотревожные люди затрудняются в том, чтобы переоценить смысл тревожащей ситуации и изменить к ней отношение. Обращает на себя внимание тот факт, что подавление эмоций не связано с личностной тревожностью. Таким образом, и высокотревожные, и низкотревожные люди могут быть в одинаковой степени склонны как к подавлению эмоций, так и к их свободному выражению.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что корреляция между описанными выше показателями выраженности посттравматического стресса и личностной тревожности, вероятно, связана со спецификой обработки травматического опыта людьми с различным уровнем личностной тревожности. С одной стороны, люди с высокой тревожностью в процессе совладания с травмой склонны обвинять себя и других, навязчиво размышлять о случившемся, драматизировать последствия. С другой стороны, обращает на себя внимание тот факт, что для высокотреховных людей характерна стратегия принятия, что, возможно, является ресурсом в процессе обработки травматического опыта. Этим можно объяснить тот факт, что среди лиц с высокой тревожностью встречаются люди с низкой выраженностью признаков посттравматического стресса. Взаимодействие с прошлым опытом, который невозможно изменить, требует от человека способности к принятию его как некоторой биографической данности. Посттравматические последствия, как правило, связаны с тем, что процессы ассимиляции (интеграции травмы в существующую до травмы картину мира) и аккомодации (приспособления собственной картины мира к травматической ситуации) [8; 15] затруднены в связи с неспособностью человека принять факт травматической ситуации и связанные с ней чувства ужаса, беспомощности, гнева и обиды. Таким образом, принятие как стратегия регуляции эмоций может способствовать интеграции травматического опыта у высокотреховных людей.

Выводы

1. Личностная тревожность имеет положительную связь с выраженностью посттравматического стресса. Тем не менее в нашей выборке 9,6% лиц с высокой личностной тревожностью имеют низкие показатели посттравматического стресса.

2. Лица с высокой личностной тревожностью склонны использовать такие стратегии регуляции эмоций, как самообвинение, принятие, руминации, катастрофизация, обвинение других, а лица с низкой личностной тревожностью – стратегию когнитивной переоценки, связанную с когнитивными усилиями, направленными на изменение отношения к проблемной ситуации.

3. Подавление эмоциональной экспрессии как стратегия регуляции эмоций не связано с личностной тревожностью.

Литература

1. Айсмонтас Б.Б. Общая психология: Схемы. М.: Владос-пресс, 2003. 288 с.
2. Большой психологический словарь / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко М.: Прайм-Евроник, 2003. 632 с.
3. Дорофеева И.Н., Падун М.А. Особенности саморегуляции и профиль латеральной организации мозга // Психологический журнал. 2012. Т. 33. № 1. С. 118–125.

4. Падун М.А. Регуляция эмоций: процесс, формы, механизмы // Психологический журнал. 2010. Т. 31. № 6. С. 57–69.
5. Падун М.А. Регуляция эмоций и ее нарушения // Психологические исследования. 2015. Т. 8, № 39. С. 5. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 28.03.2019).
6. Падун М.А., Зелянина А.Н. Стратегии регуляции эмоций и эмоциональные состояния: кросскультурные аспекты // Фундаментальные и прикладные исследования современной психологии: результаты и перспективы развития / под ред. А.Л. Журавлева, В.А. Кольцовой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017. С. 1458–1467.
7. Падун М.А., Климова Л.А. Регуляция эмоций и психологическое благополучие // Психологическое здоровье и духовно-нравственные проблемы современного общества / Под ред. А.Л. Журавлева, М.И. Воловиковой, Т.В. Галкиной. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2014. С. 242–256.
8. Падун М.А., Тарабрина Н.В. Психическая травма и базисные когнитивные схемы личности // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 1. С. 121–141.
9. Посттравматического стрессовое расстройство / Под ред. В.А. Солдаткина. Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. 624 с.
10. Рассказова Е.И., Леонова А.Б., Плужников И.В. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций // Вестник Московского Университета. Серия 14. Психология. 2011. № 4. С. 161–179.
11. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В. и др. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. М.: Когито-Центр, 2007. 208 с.
12. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса. М.: Издательство «Институт психологии РАН», 2009. 304 с.
13. Davidson R.J. Affective style and affective disorders: perspectives from affective neuroscience // Cognition and Emotion. 1998. Vol. 12. № 3. P. 307–330. doi.org/10.1080/026999398379628.
14. Gross J.J., Thompson R.A. Emotion Regulation: Conceptual foundations // In J.J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press. 2007. P. 3–24.
15. Janoff-Bulman R. Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events: Coping Processes and Outcomes // In C.R. Snider (Ed.), Coping: The Psychology of What Works. New York: Oxford University Press. 1999. P. 305–323.

Personal Anxiety and Emotion Regulation in the Context of Study of Post-Traumatic Stress

Bykhovets J.V.,

PhD (Psychology), Senior Researcher, Laboratory of Psychology of Development of the Subject in Normal and Post-Traumatic States, the Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences (IP RAS), Moscow, Russia, bykhovets@yandex.ru

Padun M.A.,

PhD (Psychology), Senior Researcher, Laboratory of Psychology of Development of the Subject in Normal and Post-Traumatic States, the Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences (IP RAS), Moscow, Russia, maria_padun@inbox.ru

The study presents data of the relationship of personal anxiety with signs of posttraumatic stress. To explain the revealed features of the relationship of these variables, the methods of emotion regulation are used as a complex of mental processes that enhance or constrain emotional experiences of traumatic events of high intensity. The study was carried out in two stages: at the first stage, the specificity of the connection between the personal anxiety and the signs of posttraumatic stress symptoms was studied (486 respondents from Moscow, the Chechen Republic and Transbaikalia), at the second stage, the strategies of emotion regulation in persons with different levels of personal anxiety were studied (70 Moscow students were interviewed). Methods: the Mississippi Scale for Assessment of Posttraumatic Reactions (civil version) (MS), the Questionnaire of Diagnostics of Self-Assessment Charles D. Spielberger and Y. L. Hanina, Life Experience Questionnaire (LEQ), Questionnaire of Cognitive Regulation of Emotion N. Garnefski, the Questionnaire of Emotion Regulation J. Gross's. It is shown that personal anxiety has a positive relationship with the severity of posttraumatic stress. However, 9.6% of respondents with high personal anxiety have low rates of posttraumatic stress. Individuals with high personal anxiety tend to use emotion-management strategies such as self-blame, acceptance, rumination, catastrophization, blaming others and individuals with low personal anxiety use cognitive reassessment strategies associated with cognitive efforts to change attitudes toward a problem situation.

Keywords: personal anxiety, posttraumatic stress, regulation of emotions, resource, predictor, traumatic event, suppression of emotional expression.

References

1. Aismontas B.B. *Obshchaya psikhologiya: Skhemy* [General psychology: Schemes]. Moscow: Vldos-Press, 2003. 288 p. (In Russ.).
2. Bol'shoi psikhologicheskii slovar' [Great psychological dictionary]. In B.G. Meshcheryakova, V.P. Zinchenko (eds.) Moscow: Praim-Evroznak, 2003. 632 p. (In Russ.).
3. Dorofeeva I.N., Padun M.A. Osobennosti samoregulyatsii i profil' lateral'noi organizatsii mozga [Features of self-regulation and profile of the lateral organization of the brain]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal], 2012, vol. 33, no. 1, pp. 118–125. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Padun M.A. Regulyatsiya emotsii: protsess, formy, mekhanizmy [Regulation of emotions: process, forms, mechanisms]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal], 2010, vol. 31, no. 6, pp. 57–69. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Padun M.A. Regulyatsiya emotsii i ee narusheniya [Regulation of emotions and its violations]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Research], 2015, vol. 39, no. 5. <http://psystudy.ru>. (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Padun M.A., Zelyanina A.N. Strategii regulyatsii emotsii i emotsional'nye sostoyaniya: krosskul'turnye aspekty [Strategies of emotion regulation and emotional States: cross-cultural aspects]. In A.L. Zhuravlev, V.A. Kol'tsova (eds.), *Fundamental'nye i prikladnye issledovaniya sovremennoi psikhologii: rezul'taty i perspektivy razvitiya* [Fundamental and applied research of modern psychology: results and prospects of development]. Moscow: Publ. of Institut psikhologii RAN, 2017, pp. 1458–1467.
7. Padun M.A., Klimova L.A. Regulyatsiya emotsii i psikhologicheskoe blagopoluchie [Regulation of emotions and psychological well-being]. In A.L. Zhuravlev, M.I. Volovikova, T.V. Galkina (eds.), *Psikhologicheskoe zdorov'e i dukhovno-nravstvennye problemy sovremennogo obshchestva* [Psychological health and spiritual and moral problems of modern society]. Moscow: Publ. of Institut psikhologii RAN, 2014. pp. 242–256.
8. Posttravmaticheskogo stressovoe rasstroistvo [Posttraumatic stress disorder]. V.A. Soldatkina (ed.). Rostov-on-Don: Publ. of RostGMU, 2015. 624 p.
9. Padun M.A., Tarabrina N.V. Psikhicheskaya travma i bazisnye kognitivnye skhemy lichnosti [Mental trauma and basic cognitive schemes of personality]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal* [Moscow Psychotherapeutic Journal], 2003. no. 1. pp. 121–141.
10. Rasskazova E.I., Leonova A.B., Pluzhnikov I.V. Razrabotka russkoyazychnoi versii oprosnika kognitivnoi regulyatsii emotsii [Development of the Russian version of the questionnaire of cognitive regulation of emotions]. *Vestnik Moskovskogo Universiteta* [Bulletin of Moscow University], Ser. 14, Psychology, 2011, no. 4. pp. 161–179.

11. Tarabrina N.V., Agarkov V.A., Bykhovets Yu.V., et al. *Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. Ch.1. Teoriya i metody* [A practical guide to the psychology of post-traumatic stress. P. 1. Theory and methods]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2007. 208 p.
12. Tarabrina N.V. *Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa* [Psychology of post-traumatic stress]. Moscow: Publ. of Institut psikhologii RAN, 2009. 304 p.
13. Davidson R.J. Affective style and affective disorders: perspectives from affective neuroscience. *Cognition and Emotion*, 1998, vol. 12, pp. 307–330.
14. Gross J.J., Thompson R.A. Emotion Regulation: Conceptual foundations. In: J.J. Gross (ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press, 2007, pp. 3–24.
15. Janoff-Bulman R. Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events: Coping Processes and Outcomes. In C.R. Snider (ed.), *Coping: The Psychology of What Works*. New York: Oxford University Press, 1999, pp. 305–323.

Жизнестойкость и копинг-стратегии подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Горьковая И.А.,

доктор психологических наук, профессор, Институт психологии, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена (ФГБОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена), Санкт-Петербург, Россия, iralgork@mail.ru

Микляева А.В.,

доктор психологических наук, профессор, Институт психологии, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена (ФГБОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена), Санкт-Петербург, Россия, a.miklyeva@gmail.com

В статье представлены результаты исследования жизнестойкости и копинг-стратегий подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Обследованы 67 подростков с нарушениями двигательных функций различного генеза в возрасте 13–16 лет, из них 33 подростка с тяжелыми нарушениями и 34 подростка с умеренными нарушениями. Группу сравнения составили 112 условно здоровых подростков. Для сбора эмпирических данных применялись Краткая версия теста жизнестойкости, Опросник изучения стратегий копинг-поведения, экспертный опрос педагогов, анализ документов. Показано, что при умеренных нарушениях функций опорно-двигательного аппарата снижения жизнестойкости не происходит, тогда как в случае тяжелых нарушений жизнестойкость ниже, чем в группе сравнения. В сравнении с условно здоровыми сверстниками для подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата в большей степени характерны адаптивные копинг-стратегии преимущественно в аспекте эмоционально-ориентированного копинга. В случае тяжелых двигательных нарушений жизнестойкость связана с возможностью поддерживать эмоциональное благополучие. При умеренных нарушениях также имеет значение отказ от неадаптивных поведенческих копинг-стратегий.

Ключевые слова: жизнестойкость, копинг-стратегии, подростки, подростки с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата.

Для цитаты:

Горьковая И.А., Микляева А.В. Жизнестойкость и копинг-стратегии подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата [Электронный ресурс] //

Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 90–102. doi: 10.17759/psyclin.2019080106

For citation:

Gorkovaya I.A., Miklyaeva A.V. Hardiness and Coping-Strategies of Adolescents with Motor Impairments [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 1, pp. 90–102. doi: 10.17759/psycljn.2019080106 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Помимо объективных ограничений жизненного пространства человека, двигательные нарушения влекут за собой формирование вторичных нарушений, накладывая отпечаток на личностные особенности человека. Своеобразие личностного развития в условиях ограниченных двигательных функций начинает проявляться с раннего детства и особенно обостряется в подростковом возрасте – периоде наиболее интенсивных количественных и качественных трансформаций системы отношений личности к миру, другим людям и к самой себе. Нарушения двигательного-кинестетического анализатора и сопряженные с ними нарушения речи в сочетании с особенностями социализации приводят к снижению самоконтроля подростка в сферах обучения, общения и самообслуживания, ограничивают возможность развития самостоятельности, в том числе в сфере преодоления жизненных трудностей. Результатом взаимодействия этих факторов становятся повышенная тревожность детей и подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата, их чрезмерная чувствительность, впечатлительность и ранимость [8]. В связи с этим большой интерес представляет изучение личностных ресурсов, определяющих возможности подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата совладать с трудностями, которые возникают в их жизни в связи с двигательными ограничениями и особенностями личностного развития. В данной статье в качестве таких ресурсов рассматриваются жизнестойкость и копинг-стратегии подростков.

Жизнестойкость понимается как система убеждений об окружающем мире и себе в нем, которые позволяют человеку справляться с трудными жизненными ситуациями [6]. Копинг-поведение рассматривается как целенаправленное поведение, которое позволяет справляться с жизненными трудностями посредством осознанных действий, направленных на совладание с ними [5]. Наиболее распространенная точка зрения в отношении связи между жизнестойкостью и копинг-стратегиями личности заключается в том, что уровень жизнестойкости личности определяется продуктивностью типичных для нее копинг-стратегий [12; 14; 16]. При этом отмечается, что именно на подростковый возраст приходится важнейший этап становления жизнестойкости [12] и копинг-поведения [9], поскольку именно этот возрастной период связан с интенсивным развитием самосознания и активным осмыслением отношений к себе и к миру.

Представленные в литературе данные позволяют проследить прямую связь между уровнем жизнестойкости и продуктивностью копинг-поведения в подростковом возрасте [3; 11], в том числе в связи с положительной самооценкой [15] и удовлетворенностью жизнью и объемом социальной поддержки (данные обнаружены на материале обследований условно здоровых подростков) [17]. Однако согласно результатам целого ряда исследований, жизнестойкость и копинг-поведение подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата имеют выраженную специфику.

Так, установлено, что по сравнению с условно-здоровыми сверстниками для подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата характерны более узкий репертуар копинг-стратегий [8], более частое использование неадаптивных и относительно адаптивных стратегий совладания (прежде всего избегания проблем, поиска социальной поддержки и самоконтроля) [4], более выраженная тенденция к использованию эмоционально-ориентированного копинга [2]. Вместе с тем данные о склонности подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата к использованию копинг-стратегий, связанных с поиском социальной поддержки для реализации принятых решений, носят противоречивый характер: в некоторых исследованиях указывается выраженность данной стратегии [1], тогда как в других, напротив, отмечается, что данная стратегия в большей степени характерна для условно здоровых подростков [8].

Такой же неоднозначный характер носят данные об уровне жизнестойкости подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: в некоторых исследованиях утверждается, что у таких подростков наблюдается снижение показателей жизнестойкости [13], в то время как в других констатируется отсутствие выраженных различий в уровне жизнестойкости между подростками с нарушениями двигательных функций и их условно здоровыми сверстниками на фоне постепенного снижения показателей жизнестойкости по мере взросления [10]. Данные о взаимосвязи жизнестойкости и копинг-стратегий подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата представлены в литературе весьма фрагментарно и являются весьма приблизительными в силу малочисленности исследуемых выборок.

Таким образом, анализ литературы позволяет констатировать, что в настоящее время наблюдается дефицит сведений о взаимосвязи жизнестойкости и копинг-стратегий у подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Сведения о ресурсах совладания с трудными жизненными ситуациями в подростковом возрасте, учитывающие специфику развития, крайне важны в контексте задач психолого-педагогического сопровождения становления личности подростка, что и определило цель исследования, результаты которого представлены в данной статье.

Программа исследования

Цель исследования заключалась в выявлении взаимосвязи жизнестойкости и предпочитаемых копинг-стратегий старших подростков с нарушениями опорно-

двигательного аппарата. В исследовании приняли участие 67 подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата разного генеза в возрасте 13–16 лет, из них 32 девочки и 35 мальчиков. На этапе анализа результатов эта выборка была разделена на две подгруппы.

В первую подгруппу вошли 34 подростка с умеренными двигательными нарушениями (УН), имеющие возможность передвигаться без посторонней помощи и дополнительных устройств. Вторую группу составили 33 подростка с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата, не способные передвигаться без посторонней помощи и/или дополнительных устройств (ТН). Группа сравнения включала 112 условно здоровых подростков 13–15 лет, в том числе 59 девочек и 53 мальчика (УЗ).

Сбор эмпирических данных осуществлялся с помощью методов экспертного опроса педагогов, анализа документов и тестирования, представленного следующими методиками: Тест жизнестойкости (Е.И. Осин, Е.И. Рассказова) и Опросник изучения стратегий копинг-поведения (Е. Хейм). Подростки групп ТН и УН опрашивались в ходе индивидуальных бесед, сбор данных в выборке УЗ осуществлялся фронтально.

Математическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью непараметрических критериев (U-критерий Манна–Уитни (z), ϕ -критерий Фишера) и корреляционного (r_s Спирмена) анализа. Расчет данных проводился с помощью пакета статистических программ Statistica v. 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно полученным результатам суммарный показатель жизнестойкости у подростков группы УН не существенно отличается от аналогичного показателя в группе подростков УЗ, в то время как в группе подростков ТН этот показатель достоверно ниже ($z=2,04$ $p<0,05$). Наиболее выраженные различия были выявлены по параметру «принятие риска», характеризующему готовность человека действовать в ситуации неопределенности и использовать любой опыт для личностного развития ($z=3,14$ $p<0,05$ при сравнении групп подростков ТН и УН; $z=2,03$ $p<0,05$ при сравнении групп подростков ТН и УЗ). Показатели по параметру «контроль», описывающему убежденность человека в возможности влиять на жизненные события, в группе подростков ТН незначительно ниже, чем в остальных двух группах (на уровне тенденции, $z=2,00$ $p<0,056$). Показатель «вовлеченность», который характеризует степень субъективной включенности в собственную жизнь, во всех трех группах одинаков (табл. 1).

Таким образом, полученные нами данные подтверждают имеющиеся в литературе сведения о снижении жизнестойкости подростков с нарушениями двигательных функций [13] в аспектах ощущения контроля за собственной жизнью и принятия риска и позволяют предположить, что степень снижения жизнестойкости определяется тяжестью нарушений.

Таблица 1

Средние значения и стандартные отклонения показателей жизнестойкости у подростков

Параметры жизнестойкости	УН	ТН	УЗ
Вовлеченность	31,89±6,33	30,26±6,17	29,81±6,47
Контроль	23,16±5,98	21,13±5,07	23,10±4,71
Принятие риска	16,26±4,31	15,13±4,13	16,87±3,83
Жизнестойкость (суммарный)	71,32±15,05	63,91±15,61	69,78±13,56

Анализ копинг-стратегий подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата показал, что для подростков ТН в большей степени характерны конструктивные копинг-стратегии по сравнению с выборками подростков УН (лишь на уровне тенденции, $p=0,09$) и подростков УЗ ($z=2,01$ $p<0,05$), у которых адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные копинг-стратегии представлены достаточно равномерно (рис. 1).

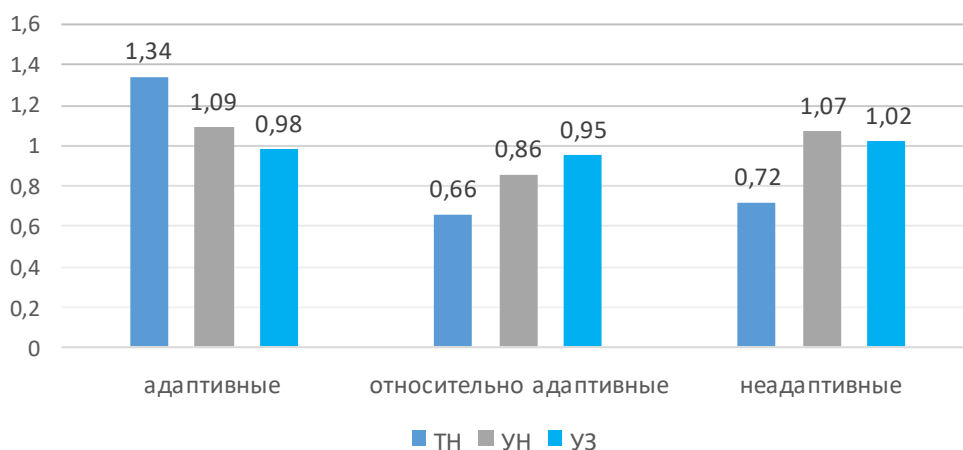


Рис. 1. Средние значения показателей адаптивных, относительно адаптивных и неадаптивных копинг-стратегий у подростков групп ТН, УН и УЗ

В ходе более детального анализа было установлено, что для подростков группы ТН более типичны адаптивные эмоциональные и поведенческие копинг-стратегии, а адаптивные когнитивные копинг-стратегии встречаются достоверно реже ($\varphi=2,94$ $p<0,01$), в то время как в выборках подростков УН и УЗ адаптивные копинг-стратегии равномерно распределены между когнитивной, эмоциональной и поведенческими сферами (табл. 2).

Таблица 2

Частота предпочтений когнитивных, эмоциональных и поведенческих копинг-стратегий разной степени адаптивности (в процентном выражении)

Копинг-стратегии		Частота, %		
		УН	ТН	УЗ
Когнитивные копинг-стратегии	Неадаптивные	38,6	37,0	33,8
	Относительно адаптивные	34,3	37,0	26,5
	Адаптивные	27,1	26,0	39,7
Эмоциональные копинг-стратегии	Неадаптивные	39,5	28,6	46,4
	Относительно адаптивные	17,9	7,1	11,9
	Адаптивные	42,6	64,3	41,7
Поведенческие копинг-стратегии	Неадаптивные	28,9	23,8	32,6
	Относительно адаптивные	31,6	17,4	36,1
	Адаптивные	39,5	58,8	31,3

Наибольшее распространение во всех трех группах имеет стратегия «оптимизм» (62,9% в выборке ТН, 58,8% – УН, 34,4% – УЗ). В выборке подростков группы ТН также довольно распространены стратегии «сохранение самообладания» (29,6%) и «альтруизм» (25,9%), в то время как среди подростков групп УН и УЗ – «подавление эмоций» (26,5% и 22,2% соответственно), «отвлечение» (29,6% и 20,0%) и «отступление» (25,9% и 26,7%). Таким образом, полученные результаты опровергают представленные в литературе сведения о неадаптивности копинг-стратегий, предпочитаемых подростками с нарушениями опорно-двигательного аппарата [4]. Напротив, именно для подростков группы ТН оказались наиболее типичными адаптивные копинг-стратегии, в то время как подростки групп УН и УЗ зачастую прибегают к неадаптивным копинг-стратегиям. В целом, арсенал предпочитаемых копинг-стратегий подростков УН и УЗ схож и, кроме того, более широк, чем у их сверстников с ТН, что соотносится с данными, представленными в литературе [8].

Корреляционный анализ показал, что показатели «вовлеченность», «контроль» и «принятие риска» во всех трех группах положительно взаимосвязаны друг с другом, а также с суммарным показателем жизнестойкости ($p < 0,01$), что позволяет в процессе представления результатов корреляционного анализа сфокусировать внимание на взаимосвязях показателей различных копинг-стратегий и суммарного показателя жизнестойкости (табл. 3). Положительным коррелятом жизнестойкости во всех трех группах оказался показатель копинг-стратегии «оптимизм» (адаптивная эмоциональная копинг-стратегия), а отрицательным – «покорность» (неадаптивная эмоциональная копинг-стратегия). В выборках подростков групп УН и УЗ в число отрицательных коррелятов жизнестойкости вошли также

«агрессивность» (неадаптивная эмоциональная копинг-стратегия) и «отступление» (неадаптивная поведенческая копинг-стратегия). В выборке подростков УЗ обнаружилась взаимосвязь показателей жизнестойкости и копинг-стратегии «придание смысла» (относительно адаптивная когнитивная копинг-стратегия).

Таблица 3

Корреляционные связи между показателями жизнестойкости и копинг-стратегий ($p < 0,05$)

Показатель жизнестойкости в выборках	Взаимосвязи с показателями предпочитаемых копинг-стратегий				
	оптимизм	покорность	агрессивность	придание смысла	отступление
ТН	0,53	-0,42			
УН	0,40	-0,37	-0,34		-0,40
УЗ	0,44	-0,42	-0,43	0,39	-0,31

Таким образом, жизнестойкость подростков группы ТН взаимосвязана с использованием адаптивных стратегий совладания и отказом от неадаптивных эмоциональных копинг-стратегий, что подтверждает имеющиеся в литературе данные о предпочтении подростками с нарушениями двигательных функций эмоционально-ориентированного копинга [2]. В случае подростков группы УН жизнестойкость также оказывается отрицательно взаимосвязанной с неадаптивными поведенческими копинг-стратегиями, в частности, с отступлением, а жизнестойкость подростков группы УЗ, помимо перечисленного, связана с возможностью осмыслять жизненные трудности и использовать их как ресурс саморазвития.

В целом жизнестойкость подростков с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата связана в первую очередь с возможностями достижения эмоционального комфорта и отказом от неадаптивной поведенческой активности, связанной с отказом от решения проблем, в то время как для подростков группы УЗ существенный вклад в формирование жизнестойкости вносит возможность осмыслять свой опыт и использовать его для саморазвития.

Выводы

Полученные результаты позволяют подтвердить некоторые сведения о жизнестойкости и копинг-поведении подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата, имеющиеся в литературе, а также уточнить их в контексте учета степени тяжести этих нарушений.

1. Жизнестойкость подростков с тяжелыми нарушениями функций опорно-двигательного аппарата ниже, чем у их условно здоровых сверстников, причем наиболее уязвимы такие параметры жизнестойкости, как контроль и принятие

риска; при умеренных нарушениях двигательных функций снижения жизнестойкости не наблюдается.

2. Копинг-стратегии, предпочитаемые подростками с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в целом более адаптивны, чем у их условно здоровых сверстников (прежде всего за счет предпочтения адаптивных эмоциональных копинг-стратегий), при этом у условно здоровых подростков репертуар копинг-стратегий шире, чем у подростков с нарушениями двигательных функций; наибольшие различия в предпочитаемых копинг-стратегиях отмечаются между условно здоровыми подростками и подростками с тяжелыми нарушениями двигательных функций; в случае умеренных нарушений различия минимальны.

3. Жизнестойкость подростков с тяжелыми нарушениями двигательных функций связана с возможностью поддерживать эмоциональное благополучие; при умеренных нарушениях двигательных функций значение приобретает отказ от неадаптивных поведенческих копинг-стратегий.

Финансирование

Работа выполнена при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект № 17-06-00336.

Литература

1. Богомаз С.Л., Пашкович С.Ф. Возможности нарративного подхода для исследования копинг-стратегий людей с повреждением опорно-двигательного аппарата // Право. Экономика. Психология. 2016. Т. 5. № 2. С. 92–100.
2. Вербрюгген А.А. Защитные механизмы и копинг-стратегии у детей с двигательными нарушениями и их родителей: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2008. 23 с.
3. Гуцунаева С.В. Копинг-стратегии подростков с различным уровнем жизнестойкости // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. № 3–1. С. 92–95.
4. Кыштымова К.В. Особенности копинг-стратегий подростков с нарушением функций опорно-двигательного аппарата // Вестник Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова. 2015. № 14. С. 93–97.
5. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс. М.: Наука, 1970. С. 178–208.
6. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. 63 с.

7. Маракушина И.Г., Зайцева Е.С. Психологический анализ копинг-стратегий у подростков с детским церебральным параличом [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 3. С. 647. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=13198> (дата обращения: 26.03.2019).

8. Плотникова А.Л. Особенности копинг-стратегий у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата // Педагогика, психология и образование: от теории к практике. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции / под ред. Ю.В. Богинской. М.: ИЦРНИО, 2017. С. 95–98.

9. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков. М.: Генезис, 2001. 215 с.

10. Токарская Л.В., Полякова Т.А. Особенности жизнестойкости подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Человек в условиях неопределенности. Сборник научных трудов научно-практической конференции с международным участием. В 2-х томах / под ред. Е.В. Бакшутовой, О.В. Юсуповой, Е.Ю. Двойниковой. Т. 1. Самара: СГТУ, 2018. С. 242–248.

11. Уварова О.М. Черты личности и копинг-стратегии подростков с разным уровнем жизнестойкости // Материалы VII Международной конференции молодых ученых «Психология – наука будущего». Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. М.: ИП РАН, 2017. С. 861–864.

12. Фоминова А.Н. Жизнестойкость личности. М.: Прометей, 2012. 152 с.

13. Щербакова А.М., Гудилина О.Н. Сравнительная характеристика отношения к ограниченным возможностям своего здоровья лиц с врожденными и приобретенными нарушениями статодинамической функции [Электронный журнал] // Психологическая наука и образование. 2010. № 5. С. 77–86. URL: http://psyjournals.ru/files/33751/psyedu_2010_n5_Sherbakova.pdf (дата обращения: 26.03.2019).

14. Compas B.E., Connor-Smith J.K., Saltzman H., Thomsen A.H., Wadsworth M.E. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research // Psychological Bulletin. 2001. Vol. 127. P. 87–127. doi:10.1037//0033-2909.127.1.87.

15. Karatas Z., Cakar F.S. Self-Esteem and hopelessness, and resiliency: an exploratory study of adolescents in Turkey // International Education Studies. 2011. Vol. 4. № 4. P. 84–91.

16. Rutter M. Resilience: Some conceptual considerations // Journal of Adolescent Health. 1993. Vol. 14. P. 626–631. doi:10.1016/1054-139X(93)90196-V.

17. ŞahinBaltacıH., Karataş Z. Perceived social support, depression and life satisfaction as the predictor of the resilience of secondary school students: the case of Burdur //

Горьковая И.А., Микляева А.В. Жизнестойкость и копинг-стратегии подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 90–102.

*Gorkovaya I.A., Miklyayeva A.V. Hardiness and Coping-Strategies of Adolescents with Motor Impairments
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 90–102.*

Eurasian Journal of Educational Research. 2015. № 60. P. 111–130.
Doi: 10.14689/ejer.2015.60.7.

Hardiness and Coping-Strategies of Adolescents with Motor Impairments

Gorkovaya I.A.,

*PhD (Psychology), professor, Psychology Institute, Herzen State Pedagogical University of
Russia, Saint-Petersburg, Russia, iralgork@mail.ru*

Miklyeva A.V.,

*PhD (Psychology), professor, Psychology Institute, Herzen State Pedagogical University of
Russia, Saint-Petersburg, Russia, a.miklyeva@gmail.com*

The article presents results of the study on hardiness and coping strategies of adolescents with motor impairments. 67 adolescents with different motor impairments aged 13-16 years, 33 of them are adolescents with severe impairments and 34 of them are adolescents with mild impairments surveyed. The comparison group consisted of 112 healthy adolescents. The empirical data collecting made by the short version of the Hardiness Test, the Questionnaire of Coping Strategies, expert interviews of teachers, analysis of documents. The results show that in case of mild motor impairments there is no reduction of hardiness, in the case of severe impairments the hardiness is lower than in the comparison group. Adolescents with motor impairments have more adaptive coping strategies, in comparison with healthy peers, mainly in the aspect of emotionally-oriented coping. In the case of severe motor impairments, hardiness is correlated with the ability to maintain emotional well-being, in the case of severe motor impairments it also matters to abandon nonadaptive behavioral coping strategies.

Keywords: hardiness, coping strategies, adolescents, adolescents with motor impairments.

Funding

This work supported by grant of Russian Foundation for Basic Research № 17-06-00336.

References

1. Bogomaz S.L., Pashkovich S.F. Vozmozhnosti narrativnogo podhoda dlya issledovaniya koping-strategij lyudej s povrezhdeniem опорно-dvigatel'nogo apparata [Opportunities of the narrative approach for the study of coping strategies of people with

damage to the musculoskeletal system] // *Pravo. Ekonomika. Psihologiya [Law. Economy. Psychology]*, 2016, vol. 5, no 2, pp. 92–100 (In Russ.; abstr. in Engl.).

2. Verbyuggen A.A. Zashchitnye mekhanizm yi koping-strategii u detej s dvigatel'nymi narusheniyami i ih roditelej: Avtoref. diss. ... kand. psihol. nauk [Protective mechanisms and coping strategies in children with motor disorders and their parents. PhD. (Psychology) Thesis]. Saint-Petersburg, 2008. 23 p. (In Russ.).

3. Gucunaeva S.V. Koping-strategii podrostkov s razlichnym urovnem zhiznestojkosti [Teenagers' coping strategies with different hardiness level]. *Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij [International Journal of Applied and Fundamental Research]*, 2015, no. 3–1, pp. 92–95 (In Russ., abstr. in Engl.).

4. Kyshtymova K.V. Osobennosti koping-strategij podrostkov s narusheniem funkcionirovaniya oporno-dvigatel'nogo apparata [Coping strategies of adolescents with disorders of the musculoskeletal system]. *Vestnik Hakasskogo gosudarstvennogo universiteta im. N.F. Katanova [Bulletin of Khakass state University named by N.F. Katanov]*, 2015, no. 14, pp. 93–97 (In Russ.).

5. Lazarus R. Teoriya stressa i psihofiziologicheskie issledovaniya [Stress theory and psychophysiological studies]. *Emocional'nyj stress [Emotional stress]*. Moscow: Nauka, 1970. Pp. 178–208 (In Russ.).

6. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestoikosti [Hardiness Test]. Moscow: Smysl, 2006. 63 p. (In Russ.).

7. Marakushina I.G., Zajceva E.S. Psihologicheskij analiz koping-strategij u podrostkov s detskim cerebral'nym paralichom [Psychological analysis of coping strategies in adolescents with cerebral palsy] [Electronic source]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya [The modern problems of science and education]*, 2014, no. 3, pp. 647 (In Russ.). URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=13198> (Accessed 26.03.2019).

8. Plotnikova A.L. Osobennosti koping-strategij u detej s narusheniem oporno-dvigatel'nogo apparata [Coping strategies of children with disorders of the musculoskeletal system]. In E.Yu. Boginskaya (ed.), *Pedagogika, psihologiya i obrazovanie: ot teorii k praktike. Sbornik nauchnyh trudov po itogam mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii [Pedagogy, psychology and education: from theory to practice. Proceedings of the international scientific-practical conference]*. Moscow: publ. of ICRNiO, 2017, pp. 95–98 (In Russ.).

9. Sirota N.A., Yaltonskij V.M. Koping-povedenie i psihoprofilaktika psihosocial'nyh rasstrojstv u podrostkov [Coping-behavior and prevention of psychosocial disorders in adolescents]. Moscow: Genезis, 2001. 215 p. (In Russ.).

10. Tokarskaya L.V., Polyakova T.A. Osobennosti zhiznestojkosti podrostkov s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Hardiness of adolescents with disorders of the musculoskeletal system]. In E.V. Bakshutova, O.V. Yusupova, E.Yu. Dvoynikova (eds.), *Chelovek v usloviyah neopredelennosti. Sbornik nauchnykh trudov nauchno-prakticheskoy*

konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. V 2-kh tomakh [Person in the conditions of uncertainty. Proceedings of scientific-practical conference with international participation. In 2 vol.], vol. 1. Samara: publ. of SGTU, 2018, pp. 242–248. (In Russ.).

11. Uvarova O.M. Cherty lichnosti i koping-strategii podrostkov s raznym urovnem zhiznестojkosti [Personal features and coping-strategies of adolescents with different levels of hardiness]. In A.L. Zhuravlev, E.A. Sergienko (eds.), *Materialy VII Mezhdunarodnoj konferencii molodyh uchenyh «Psihologiya – nauka budushchego» Proceedings of the VII International conference of young scientists "Psychology-the science of the future"*. Moscow: publ. of IP RAN, 2017, pp. 861–864. (In Russ.).

12. Fominova A.N. Zhiznестojkost' lichnosti [Personal hardiness]. Moscow: Prometej, 2012. 152 p. (In Russ.).

13. Shcherbakova A.M., Gudilina O.N. Sravnitel'naya harakteristika otnosheniya k ogranichennym vozmozhnostyam svoego zdorov'ya lic s vrozhdennymi i priobretennymi narusheniyami statodinamicheskoy funkcii [The comparative characteristics of attitudes towards the limited capabilities of own health in people with congenital and acquired disorders of static-dynamic functions]. *Psihologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2010, no.5, pp. 77–86. URL: http://psyjournals.ru/files/33751/psyedu_2010_n5_Sherbakova.pdf (accessed 26.03.2019) (In Russ.; abstr. in Engl.).

14. Compas B.E., Connor-Smith J.K., Saltzman H., Thomsen A.H., Wadsworth M.E. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 2001, no. 127, pp. 87–127. doi:10.1037//0033-2909.127.1.87.

15. Karatas Z., Cakar F.S. Self-Esteem and hopelessness, and resiliency: an exploratory study of adolescents in Turkey. *International Education Studies*, 2011, vol. 40, no. 4, pp. 84–91.

16. Rutter M. Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 1993, no. 14, pp. 626–631. doi:10.1016/1054-139X(93)90196-V.

17. ŞahinBaltacı N., Karataş Z. Perceived social support, depression and life satisfaction as the predictor of the resilience of secondary school students: the case of Burdur. *Eurasian Journal of Educational Research*, 2015, no.60, pp. 111–130. Doi 10.14689/ejer.2015.60.7.

Ценности и страхи: связь между ценностными предпочтениями и страхом перед нарушениями здоровья

Иосифян М.А.,

кандидат психологических наук, научный сотрудник, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия, marina.iosifyan@gmail.com

Арина Г.А.,

старший преподаватель, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия, g.a.arina@yandex.ru

Николаева В.В.,

доктор психологических наук, профессор, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия, valentvas99@mail.ru

Оценка нарушений здоровья пациентом играет важную роль в принятии им медицинских решений. Данная оценка включает как когнитивный, так и аффективный компоненты. Так, эмоция страха играет важную роль в поведении по отношению к здоровью. Однако неясно, почему некоторые нарушения здоровья пугают больше, чем другие. В данном исследовании изучалась связь между страхом перед нарушениями здоровья и индивидуальными ценностными предпочтениями. В дизайне корреляционного исследования респонденты оценивали 14 нарушений здоровья от наиболее к наименее пугающим, также выбирали три ценности, которые окажутся под угрозой в случае каждого из нарушений здоровья. Кроме того, респонденты заполняли опросник ценностных предпочтений Ш. Шварца. Было обнаружено, что связь между ценностными предпочтениями и страхом опосредуется двумя параметрами: значимостью ценностей и их содержанием. Во-первых, наиболее страшные нарушения здоровья ассоциируются с угрозой наиболее значимым личностным ценностям. Во-вторых, чем больше нарушения здоровья ассоциируются с ценностями самостоятельности и безопасности, тем более пугающими они являются; в то время как с ценностями гедонизма и универсализма ассоциируются наименее пугающие нарушения здоровья. В целом

исследование показало, что аффективная оценка нарушений здоровья, а именно страх перед этими состояниями, связана с ценностными предпочтениями человека.

Ключевые слова: ценности, страх, здоровье, теория ценностей Шварца, мотивации и эмоции.

Для цитаты:

Иосифян М.А., Арина Г.А., Николаева В.В. Ценности и страхи: связь между ценностными предпочтениями и страхом перед нарушениями здоровья [Электронный ресурс]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2019, vol. 8, no. 1, pp. 103–117. doi: 10.17759/psycljn.2019080107

For citation:

Iosifyan M.A., Arina G.A., Nikolaeva V.V. Values and Fears: Value Priorities and Fear of Health Impairments [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2019, vol. 8, no. 1, pp. 103–117. doi: 10.17759/psycljn.2019080107 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

В современной медицине развивается пациент-центрированная парадигма, которая подразумевает, что пациент активно участвует в принятии решений, связанных с его здоровьем [6]. Эти решения могут касаться выбора метода лечения или отказа от лечения, причем они могут быть сопряжены как с относительно невысокими потенциальными потерями (например, принимать или не принимать таблетки от простудного заболевания, если они могут вызвать аллергию), так и с крайне высокими и драматичными. Так, в ряде случаев перед пациентами может встать задача выбора между болезненным методом лечения, который способен на какое-то время продлить жизнь, или менее болезненным паллиативным лечением. Для того, чтобы оказывать пациентам помощь, сопровождая их в период принятия важного решения, связанного со здоровьем, необходимо понять, как именно эти решения принимаются.

Процесс принятия решений, связанных со здоровьем, можно изучать, опираясь на когнитивный и аффективный аспекты этого процесса. Когнитивный аспект связан с изучением представлений пациентов о заболевании и методах его лечения, которые оказывают влияние на принятие решений, связанных со здоровьем [14]. Аффективный аспект представлен эмоциями, которые возникают у человека по отношению к заболеванию и способам его лечения. Такие эмоциональные состояния, как депрессия, тревога и страх могут возникать в связи с заболеванием и необходимостью принятия медицинских решений [8; 12].

Настоящее исследование посвящено изучению одного из аффективных аспектов принятия решений, связанных со здоровьем, – страху перед нарушениями

здоровья, который может оказывать влияние на процесс принятия решений, затрагивающих здоровье. Так, было показано, что вместе с возрастанием страха увеличивается готовность изменить свое поведение ради защиты здоровья [13; 17]. Разные нарушения здоровья вызывают разный по интенсивности страх, а некоторые нарушения здоровья оцениваются людьми как более пугающие, чем сама смерть [5]. Однако факторы, которые способны объяснить страх перед нарушениями здоровья, изучены недостаточно.

Одно из возможных объяснений страха дает мотивационный подход к эмоциям: страх возникает при отдалении от достижения желаемых целей, заданных мотивацией [10; 15]. Близкая точка зрения по данному вопросу была сформулирована П.В. Симоновым и В.К. Виллюнасом [2]. В рамках теории ценностей Ш. Шварца было показано, что ценности связаны с эмоцией страха [19]. Было высказано предположение, которое получило частичное эмпирическое подтверждение, что страх за себя и свое ближайшее окружение ассоциируется с ценностями, связанными с собственным благополучием (ценности гедонизма, достижений, власти, безопасности, стимуляции и самостоятельности). В то же время страхи, связанные не столько с личным благополучием, сколько с благополучием других (такие как страх войны или страх экологической катастрофы), ассоциируются с ценностями самотрансцендентности (ценности универсализма и доброты).

Эмпирически было показано, что люди с высокой значимостью ценностей универсализма и доброты испытывают больший страх перед войной, чем люди с относительно низкой значимостью этих ценностей [20]; люди с высокой значимостью ценности безопасности, традиций и конформности испытывают больший страх перед преступностью [3].

Таким образом, подобный подход позволяет расширить представления о роли мотивации в происхождении страха, включив в мотивационный аспект ценностную систему человека. Ценности определяются как абстрактная мотивация, не привязанная к конкретным ситуациям, но способная задавать жизненные цели и регулировать поведение на пути к достижению этих целей [1; 18]. Руководствуясь данным подходом, можно предположить, что люди испытывают страх перед некоторыми нарушениями здоровья, потому что эти состояния ассоциируются у них с угрозой значимым ценностям. Однако эмпирических доказательств к настоящему времени не получено.

Данное исследование направлено на изучение связи между ценностями и страхом перед нарушениями здоровья. Для этого проверяются следующие гипотезы:

1) наиболее пугающие нарушения здоровья связаны с наиболее значимыми личностными ценностями, в то время как наименее пугающие нарушения здоровья – с наименее значимыми ценностями;

2) наиболее пугающие нарушения связаны с ценностями гедонизма, достижений, власти, безопасности, стимуляции и самостоятельности, в то время как наименее значимые – с ценностями доброты и универсализма.

Методы

Выборка. Размер выборки составил 154 человека в возрасте от 18 до 76 лет (средний возраст – 25,95 лет; стандартное отклонение – 11,24 года; 30 мужчин, 124 женщины). Все респонденты приняли участие в исследовании добровольно.

Методики. Была разработана методика оценки угрозы ценностям в ситуации болезни. Респондентов просили проранжировать 14 состояний здоровья от наиболее к наименее пугающим. Таким образом, ранг 1 получало наиболее пугающее состояние, а ранг 14 – наименее пугающее. Состояния здоровья включали наиболее тяжелые нарушения, связанные с физическими, сенсорными, когнитивными и социальными ограничениями: паралич нижних и верхних конечностей, слепота, глухота, немота, аносмия, сексуальная дисфункция, утрата способности к обучению чему-либо, утрата умственной работоспособности, психическое расстройство, нарушение памяти, потеря возможности общаться с другими людьми, потеря привлекательной внешности, ожирение, сексуальная дисфункция.

Далее респондентов просили выбрать три ценности, которые могут оказаться под угрозой у человека в связи с каждым из этих состояний здоровья («Представьте, что внезапно вследствие заболевания или травмы человек переживает паралич верхних конечностей. Что из списка, который приведен ниже, в первую очередь потеряет такой человек?»). Список включал 10 основных ценностей в соответствии с теорией ценностей Ш. Шварца: гедонизм (удовольствия), власть (авторитет, контроль и деньги), безопасность (стабильность), конформность (самодисциплина, уважение социальных норм, вежливость), достижения (успех, амбиции), традиция (уважение традиций, скромность), доброта (альтруизм, помощь другим), универсализм (толерантность, мир, справедливость), самостоятельность (независимость, креативность и свобода), стимуляция (активная, стимулирующая жизнь).

Респонденты также заполнили опросник ценностных ориентаций Шварца в российской адаптации [16; 18]. Опросник включает 57 пунктов. Респондентам необходимо было оценить каждый пункт по шкале от -1 (противоположно моим ценностям) до 7 (исключительно важная ценность).

Статистический анализ. Для проверки гипотезы о том, что ценности, связанные с наиболее пугающими состояниями здоровья, являются наиболее значимыми, была измерена значимость ценностей по результатам опросника Шварца, а также значимость ценностей через их ассоциацию с пугающими состояниями здоровья. Значимость ценностей по результатам опросника Шварца определялась следующим образом: были посчитаны средние значения ценностей, затем они были центрированы относительно показателя MRAT (среднее значение по всем пунктам опросника).

Значимость ценностей через их ассоциацию с пугающими состояниями здоровья была подсчитана с помощью следующей формулы:

$$V = \sum (Hr) \times \left(\frac{1}{Vr}\right),$$

где V – значимость ценности; Hr – ранг пугающего состояния здоровья, с которым ассоциируется ценность (от 1 (наиболее пугающее) до 14 (наименее пугающее)); Vr – ранг ценности (от 1 (в первую очередь будет утрачена у человека с данным состоянием здоровья) до 3 (в третью очередь будет утрачена у человека с данным состоянием здоровья)).

Алгоритм данной формулы заключается в том, что чем чаще ценность ассоциируется с наиболее пугающими состояниями здоровья, тем значимей она считается. И наоборот: чем чаще ценность ассоциируется с наименее пугающими состояниями здоровья, тем менее значимой она является.

Затем был проведен корреляционный анализ между 10 ценностями, измеренными с помощью опросника Шварца, и 10 ценностями, измеренными через ассоциацию с пугающими состояниями здоровья, как описано выше. Коэффициенты корреляции Ч. Спирмена были подсчитаны для каждого человека индивидуально. Затем были оценены значимость отличия от нуля и знак среднего коэффициента корреляции по всей выборке. Данный коэффициент позволяет оценить, согласуются ли ценности, измеренные двумя разными способами: опросником Шварца и через ассоциацию с пугающими состояниями здоровья.

Для проверки гипотезы о связи между типом ценностей и страхами перед потерей здоровья была создана линейная регрессионная модель, в которой зависимой переменной выступал страх перед нарушениями здоровья, а независимой переменной – 10 ценностей, ассоциирующихся с каждым из этих нарушений здоровья. Возраст и пол были включены в модель, чтобы проконтролировать их потенциальный вклад в вариативность зависимой переменной. Регрессионная модель учитывала номер респондентов как повторяющийся фактор. Модель была создана в R (www.R-project.org/) с помощью пакета lme4 для регрессионных моделей со смешанными эффектами [4]. Предварительно был проведен анализ на наличие мультиколлинеарности среди независимых переменных (ценностей).

Также с помощью теста Фридмана было показано, отличаются ли 14 нарушений здоровья по степени ассоциаций со страхом. То есть являются ли одни нарушения более пугающими, чем другие.

Результаты

Какие нарушения здоровья являются наиболее пугающими?

Состояния здоровья значимо отличались друг от друга по степени ассоциаций со страхом, как показал тест Фридмана ($\chi^2(13)=1111,345$, $p<0,00001$). Среди наиболее пугающих состояний оказались утрата умственной работоспособности, психическое расстройство, слепота и паралич конечностей. Среди наименее пугающих – утрата привлекательной внешности, аносмия (потеря чувства вкуса) и ожирение (рис. 1).

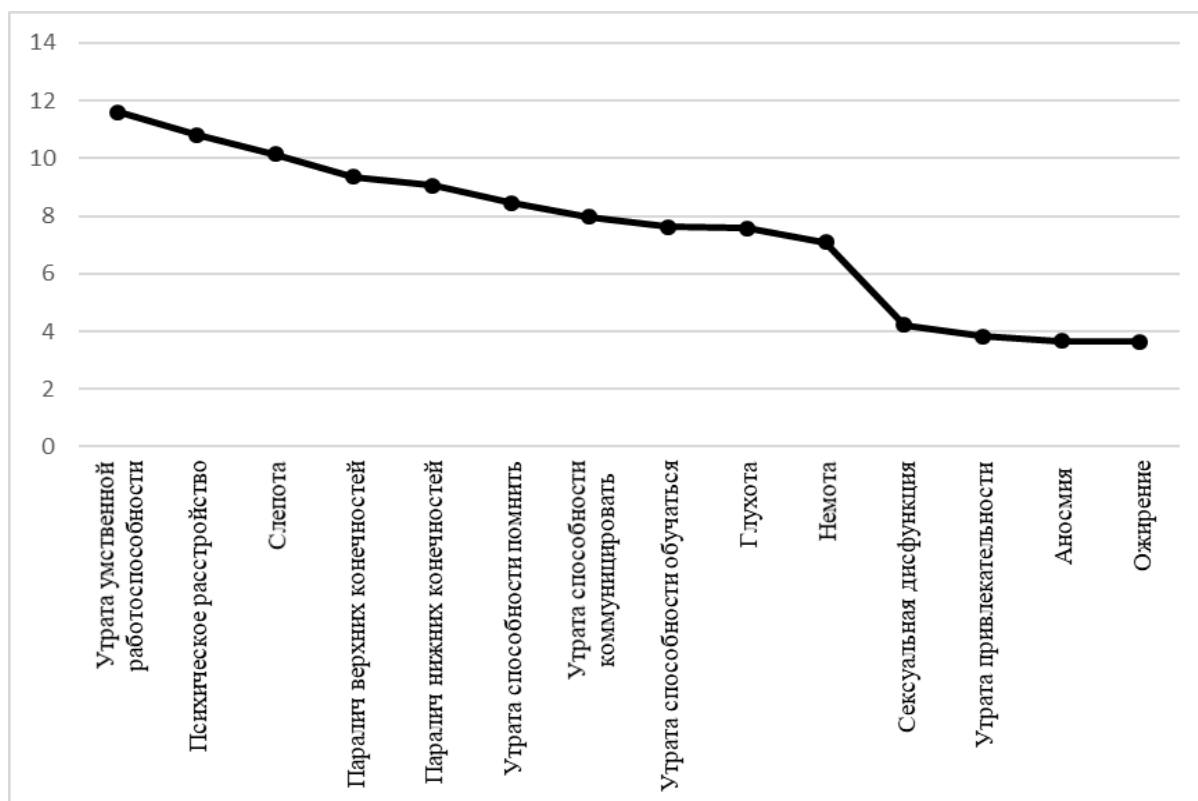


Рис. 1. Средняя оценка страха перед нарушениями здоровья: от наиболее к наименее пугающим (0 – наименее пугающее, 14 – наиболее пугающее)

Как ценности связаны с наиболее пугающими нарушениями здоровья?

Была проверена гипотеза о том, что ценности, связанные с наиболее пугающими состояниями здоровья, являются наиболее значимыми (по результатам опросника ценностей Шварца). Проверка этой гипотезы была осуществлена через построение индивидуальных корреляций между ценностями, измеренными этими двумя способами. Средний коэффициент корреляции между 10 ценностями, измеренными с помощью опросника Шварца, и 10 ценностями, измеренными с помощью ассоциаций с пугающими состояниями здоровья, по всей выборке (N=148 человек) составил $r=0,248$. Одновыборочный тест Вилкоксона показал, что он значительно отличается от нуля (стандартизированный коэффициент=8,038, стандартная ошибка=0,522, $p<0,0001$). То есть ценности, измеренные двумя разными способами, значительно связаны друг с другом, несмотря на способ измерения (рис. 2).

Далее была подготовлена регрессионная модель, чтобы проверить гипотезу о связи между типом ценностей и страхами перед состояниями здоровья. Предварительный анализ выявил мультиколлинеарность (значения нескольких ценностей высоко коррелировали между собой), поэтому в регрессионную модель были включены не все переменные (ценности), а только те, которые коррелировали со страхом перед состояниями здоровья на уровне $p<0,01$. После того как была устранена проблема мультиколлинеарности, была создана регрессионная модель,

где независимыми переменными выступили пять ценностей (гедонизм, безопасность, достижения, универсализм, саморазвитие), а зависимой переменной – страх перед состояниями здоровья (табл. 1). Регрессионная модель объяснила 18% вариативности зависимой переменной ($R^2=0,184$). При этом размер эффекта был средним ($f^2=0,225$).

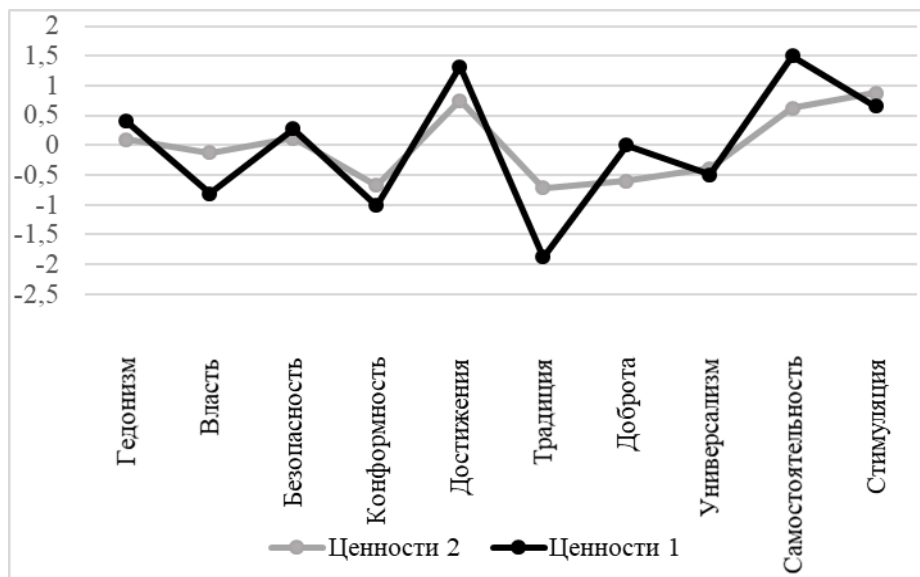


Рис. 2. Ценности, измеренные с помощью опросника ценностных ориентаций Шварца (Ценности 1), и ценности, измеренные через ассоциацию со страхом перед нарушениями здоровья (Ценности 2).

Таблица 1

Регрессионная модель, объясняющая страх перед нарушениями здоровья с помощью ценностей

Переменные	Estimate	SE	t	p
Пол	0,050	0,191	0,262	0,793
Возраст	-0,005	0,007	-0,672	0,502
Ценности				
Гедонизм	-0,855	0,072	-11,920	0,0001
Безопасность	0,303	0,079	3,799	0,0002
Достижения	0,025	0,068	0,371	0,711
Универсализм	-0,366	0,127	-2,888	0,005
Самостоятельность	0,346	0,076	4,551	0,0001

Примечание. Estimate – оценка, SE – стандартная ошибка. Значимые переменные выделены жирным шрифтом.

Результаты регрессионного анализа показывают, что ценности безопасности и самостоятельности положительно связаны со страхом перед нарушениями здоровья. В то время как ценности универсализма и гедонизма – отрицательно связаны с ним. Ценность достижения не была значимо связана со страхом, как и показатели возраста и пола.

Обсуждение результатов

В данном исследовании были изучены связи между ценностями и страхом перед нарушениями здоровья. Было показано, что связь между ценностями и страхом перед нарушениями здоровья опосредована не только видом ценностей (ценности, ориентированные на личное благо, положительно связаны с выраженностью страха, в то время как ценности, ориентированные на общее благо, отрицательно), но и индивидуальной значимостью этих ценностей. Так, было показано, что декларируемые человеком ценности (измеренные по опроснику Шварца) коррелируют с ценностями, значимость которых измерена через ассоциацию с пугающими состояниями здоровья. Это означает, что чем больше нарушение здоровья ассоциируется с угрозой значимой для данного человека ценности, тем более пугающим оно является.

Вторым важным результатом является то, что ценностные предпочтения связаны с вариативностью страха перед нарушениями здоровья. Ценности безопасности, универсализма, самостоятельности и гедонизма были значимо связаны со страхом перед нарушениями здоровья и объяснили его вариативность на 18%. Чем больше нарушение здоровья ассоциируется с угрозой ценностям безопасности и самостоятельности, тем более пугающим оно является. Чем больше нарушение здоровья ассоциируется с угрозой ценности универсализма, тем менее пугающим оно является. Этот результат частично подтверждает гипотезу, выдвинутую в рамках теории ценностей Шварца о том, что ценности, ориентированные на собственное благополучие, связаны со страхами и волнениями о собственном благо; в то время как ценности, связанные с общим, а не личным благополучием, не связаны или связаны отрицательно с этими страхами [20]. Так, ценности безопасности и самостоятельности ориентированы на собственное благополучие и потому положительно связаны со страхом перед нарушениями здоровья; в то время как ценность универсализма связана с общим, а не личным благом и поэтому отрицательно связана со страхом перед нарушениями здоровья.

Однако результаты данного исследования лишь частично соответствуют теории Шварца. Так, ценность гедонизма была отрицательно связана со страхом перед нарушениями здоровья. Это означает, что чем больше состояние здоровья ассоциируется с угрозой возможности получить удовольствия, тем менее пугающим оно является. Данный факт противоречит теории Шварца, так как ценность гедонизма является ценностью, ориентированной на личное благо, и должна быть положительно связана со страхом перед нарушениями здоровья. Этому факту можно дать следующее объяснение: одними из наименее пугающих нарушений здоровья были сексуальная дисфункция, потеря привлекательной внешности и аносмия (потеря чувства вкуса). Эти состояния действительно могут быть связаны с угрозой

гедонистическим мотивам и побуждениям в большей степени, чем с другими ценностями. Сам выбор таких форм нарушения здоровья как наименее пугающих и может создавать подобную отрицательную связь с ценностью гедонизма.

Наконец, исследование также показало, что люди по-разному оценивают нарушения, связанные со здоровьем: некоторые из них являются более пугающими, чем другие. В частности, нарушения здоровья, связанные с когнитивными функциями (утрата умственной работоспособности, психическое расстройство), являются наиболее пугающими. Похожий результат был получен в исследовании Р.Н. Ditto и коллег [5], которые обнаружили, что некоторые нарушения здоровья оцениваются людьми настолько негативно, что даже смерть является более предпочтительной.

В целом, тот факт, что угроза значимым ценностям связана со страхом перед нарушениями здоровья укладывается в классические представления о мотивационных и эмоциональных процессах: отдаление от достижения значимых целей (например, из-за нарушения здоровья) связано с активацией эмоции страха. Похожие результаты были получены при изучении связи между ценностями универсализма/мира и страхом войны. Чем выше значимость этих ценностей, тем выше страх войны [20]. При этом смысловое содержание ценностей универсализма/мира совпадает с содержанием страха войны, которая напрямую угрожает этим ценностям. Нарушения здоровья напрямую угрожают лишь ценностям безопасности и ценности здоровья, которая к ним относится. Как было показано в данном исследовании, нарушения здоровья ассоциируются не только с угрозой безопасности и здоровья, но и с угрозой другой ценности, такой как ценность самостоятельности (творчества и свободы). Тот факт, что нарушения здоровья могут ассоциироваться с угрозой самым разным ценностям, заслуживает дальнейшего исследования. Например, если люди ассоциируют нарушения здоровья с угрозой и потерей некоторых ценностей, то это может быть связано со стигматизацией по отношению к людям, у которых есть эти нарушения здоровья. Изучение ассоциаций между состояниями здоровья и ценностями может внести свой вклад в понимание проблемы стигматизации людей с нарушениями здоровья (как физического, так и психического). В свою очередь, стигматизация играет важную роль в несвоевременном обращении за медицинской помощью и принятии медицинских решений в целом [7; 23].

Важно учитывать некоторые ограничения при интерпретации полученных результатов. Во-первых, в исследовании не учитывался личный опыт болезни участников, а также их ближайшего окружения. Личный опыт болезни мог оказать влияние на страх перед нарушениями здоровья. Во-вторых, выборка была недостаточно сбалансирована по полу; женщин в ней было больше, чем мужчин. В-третьих, так как ценности и ценностное отношение к здоровью связаны с культурными различиями [9; 11], полученные результаты могут быть ограничены культурными особенностями выборки. Наконец, дизайн данного исследования корреляционный, поэтому нельзя сделать однозначных выводов о направленности связи между ценностями и страхом перед нарушениями здоровья. Возможно, что именно ценности вызывают усиленный страх перед нарушениями здоровья. Но

возможно также, что страх перед этими состояниями усиливает значимость некоторых ценностей. Будущие исследования могут ответить на вопрос о направленности связи между ценностями и страхом перед нарушениями здоровья. Так, например, следует проверить гипотезу о том, что активация ценности гедонизма снижает страх перед нарушениями здоровья, в то время как активация ценностей безопасности и самостоятельности повышает этот страх. Результаты подобных исследований могут иметь не только теоретическую значимость, проясняя связь между ценностными и аффективными процессами, но и обладать клинической значимостью. Известно, что страх может влиять на принятие решений, связанных со здоровьем [8; 12], а нарушения в регуляции этой эмоции связаны с множеством расстройств, таких как генерализованное тревожное расстройство, фобическое расстройство, паническое и посттравматическое стрессовое расстройство [22].

Выводы

1. Нарушения здоровья, связанные с физическими, сенсорными, когнитивными и социальными ограничениями, вызывают разный по интенсивности страх. Ценностные предпочтения у здоровых людей способны частично объяснить эту вариативность страха перед нарушениями здоровья.

2. Страх перед нарушениями здоровья связан со значимостью ценностей, которые ассоциируются с этими нарушениями. Чем больше нарушение здоровья ассоциируется с угрозой значимым ценностям, тем более пугающим оно является, и наоборот.

Содержание ценностей может частично объяснять интенсивность страха перед нарушениями здоровья. Чем больше нарушения здоровья ассоциируются с ценностями, связанными с собственным благополучием (безопасность, самостоятельность, кроме ценности гедонизма), тем более пугающими они являются. В то время как с ценностями, связанными с благополучием других (ценность универсализма), ассоциируются наименее пугающие нарушения здоровья.

Литература

1. Леонтьев Д.А. Ценностные представления в индивидуальном и групповом сознании: виды, детерминанты и изменения во времени // Психологическое обозрение. 1998. № 1. С. 13–25.

2. Психология эмоций. Тексты. Под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. Москва, Издательство Московского университета, 1984. 288 с.

3. Barni D., Vieno A., Roccato M., Russo S. Basic personal values, the country's crime rate and the fear of crime // Social Indicators Research. 2015. V. 129. № 3. P. 1057–1074. doi.org/10.1007/s11205-015-1161-9

4. Bates D., Mächler M., Bolker B., Walker S. Fitting linear mixed-effects models using lme4. ArXiv:1406.5823 [Stat] [Электронный ресурс]. 2014. URL: <http://arxiv.org/abs/1406.5823> (Дата обращения: 03.04.2019).
5. Ditto P.H., Druley J.A., Moore K.A., Danks J.H., Smucker W.D. Fates worse than death: the role of valued life activities in health-state evaluations // *Health Psychology*. 1996. Vol. 15. № 5. P. 332–343.
6. Donovan J. L. Patient Decision Making: The Missing Ingredient in Compliance Research // *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1995. Vol. 11. № 3. P. 443–455. <https://doi.org/10.1017/S0266462300008667>
7. Hackler A.H., Vogel D.L., Wade N.G. Attitudes toward seeking professional help for an eating disorder: the role of stigma and anticipated outcomes // *Journal of Counseling & Development*. 2011. Vol. 88. № 4. P. 424–431. doi.org/10.1002/j.1556-6678.2010.tb00042.x
8. Halpern J., Arnold R.M. Affective forecasting: an unrecognized challenge in making serious health decisions // *Journal of General Internal Medicine*. 2008. Vol. 23. № 10. P. 1708–1712. doi.org/10.1007/s11606-008-0719-5
9. Hornsey M. J., Bain P. G., Harris E. A., Lebedeva N., Kashima E. S., Guan Y., González R., Chen S. X., Blumen S. How Much Is Enough in a Perfect World? Cultural Variation in Ideal Levels of Happiness, Pleasure, Freedom, Health, Self-Esteem, Longevity, and Intelligence // *Psychological Science*. 2018. Vol. 29. № 9. P. 1393–1404. doi.org/10.1177/0956797618768058.
10. Lazarus R.S. Cognition and motivation in emotion // *American Psychologist*. 1991. Vol. 46. № 4. P. 352–367. doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.352
11. Lebedeva R., Dimitrova J., Berry J.W. Changing Values and Identities in Post-Communist World. Berlin: Springer, 2018. 434 p.
12. Loewenstein G. Hot-cold empathy gaps and medical decision making // *Health Psychology*. 2005. Vol. 24. № 4. P. 49–56. doi.org/10.1037/0278-6133.24.4.S49.
13. Maddux J.E., Rogers R.W. Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change // *Journal of Experimental Social Psychology*. 1983. Vol. 19. № 5. P. 469–479. [doi.org/10.1016/0022-1031\(83\)90023-9](https://doi.org/10.1016/0022-1031(83)90023-9).
14. Meyer D., Leventhal H., Gutmann M. Common-sense models of illness: the example of hypertension // *Health Psychology*. 1985. Vol. 4. № 2. P. 115–135.
15. Novacek J., Lazarus R.S. The structure of personal commitments // *Journal of Personality*. 1990. Vol. 58. № 4. P. 693–715. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1990.tb00250.x>.
16. Panyusheva T., Efremova M. A Validation study of a Russian version of the Schwartz Value Survey (SVS) Using cognitive interviewing [Электронный ресурс]. Rochester, NY:

Social Science Research Network. 2012. URL: <https://papers.ssrn.com/abstract=2185920>
(Дата обращения: 03.04.2019).

17. *Rogers R.W.* A Protection motivation theory of fear appeals and attitude change // *The Journal of Psychology*. 1975. Vol. 91. № 1. P. 93–114. doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803

18. *Rokeach M.* The nature of human values. New York: Free Press. 1973. 438 p.

19. *Schwartz S.H.* A proposal for measuring value orientations across nations [Электронный ресурс] // In Questionnaire development report of the European Social Survey. 2003. URL: http://naticent02.uuhost.uk.uu.net/questionnaire/chapter_07.doc.
(Дата обращения: 03.04.2019).

20. *Schwartz S.H., Sagiv L., Boehnke K.* Worries and values // *Journal of Personality*. 2000. Vol. 68. № 2. P. 309–346.

21. *Schwartz S.H.* A proposal for measuring value orientations across nations [Электронный ресурс] // In Questionnaire development report of the European Social Survey. 2003. URL: http://naticent02.uuhost.uk.uu.net/questionnaire/chapter_07.doc.
(Дата обращения: 03.04.2019).

22. *Taylor S.* The structure of fundamental fears // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1993. Vol. 24. № 4. P. 289–299. Doi: 10.1016/0005-7916(93)90053-Y

23. *Wrigley S., Jackson H., Judd F., Komiti A.* Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town // *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005. Vol. 39. № 6. P. 514–521. Doi: 10.1080/j.1440-1614.2005.01612.x.

Values and Fears: Value Priorities and Fear of Health Impairments

Iosifyan M.A.,

PhD (Psychology), Research Associate, Department of neuro- and pathopsychology, Faculty of psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, marina.iosifyan@gmail.com

Arina G.A.,

Senior lecturer, Department of neuro- and pathopsychology, Faculty of psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, g.a.arina@yandex.ru

Nikolaeva V.V.,

PhD (Psychology), Professor, Department of neuro- and pathopsychology, Faculty of psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, valentvas99@mail.ru

The evaluation of health states is involved in a patient's medical decision making. This evaluation includes cognitive and affective components. The affective component of this evaluation may include the emotion of fear. For instance, some health states are more frightening than others. However, it is not yet known why. The present study investigates the link between the fear of health impairments and individual value priorities. Participants evaluated 14 health impairments from most to least frightening and selected three valued goals which could be lost in the event of those previously evaluated health states. Participants also answered the Schwarz's Values Survey. The results confirm that value preferences are related to the fear of different health states. From one side, this link is related to personal importance of value priorities: the most frightening health states are associated with the loss of preferred value goals. From another side, this link is related to value types: the more a health state is associated with a loss of security and self-direction, the more frightening it is; the more a health state is associated with a loss of hedonism and universalism, the less frightening it is. Overall, the study showed that affective evaluation of negative health states, particularly, fear of negative health states, is related to value preferences.

Keywords: values, fear, health, Schwartz theory of basic values, motivation and emotion.

References

1. Leont'ev D.A. Tsennostnye predstavleniia v individualnom i gruppovom soznanii vidy determinanty i izmeneniia vo vremeni. [Values in individual and social consciousness.]. *Psikhologicheskoe obozrenie*, 1998, no. 1, pp. 13–25.

2. *Psihologiya ehmocij. Teksty [Psychology of emotions. Texts.]*. In V.K. Vilyunasa, Yu.B. Gippenrejtser (eds.). Moscow, publ. of MSU, 1984. 288 p. (Accessed: 03.04.2019).
3. Barni D., Vieno A., Roccato M., Russo S. Basic personal values, the country's crime rate and the fear of crime. *Social Indicators Research*, 2015, vol. 3, no. 129, pp. 1057–1074. doi.org/10.1007/s11205-015-1161-9
4. Bates D., Mächler M., Bolker B., Walker S. Fitting linear mixed-effects models using lme4 [Electronic resource]. *ArXiv:1406.5823 [Stat]*, 2014. URL: <http://arxiv.org/abs/1406.5823> (Accessed: 03.04.2019).
5. Ditto P.H., Druley J.A., Moore K.A., Danks J.H., Smucker W.D. Fates worse than death: the role of valued life activities in health-state evaluations. *Health Psychology*, 1996; vol. 15, no. 5, pp. 332–343.
6. Donovan J.L. Patient Decision Making: The Missing Ingredient in Compliance Research. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1995, vol. 11, no. 3, pp. 443–455. Doi: 10.1017/S0266462300008667.
7. Hackler A.H., Vogel D.L., Wade N.G. Attitudes toward seeking professional help for an eating disorder: the role of stigma and anticipated outcomes. *Journal of Counseling & Development*, 2011, vol. 88, no. 4, pp. 424–431. Doi: 10.1002/j.1556-6678.2010.tb00042.x.
8. Halpern J., Arnold R.M. Affective forecasting: an unrecognized challenge in making serious health decisions. *Journal of General Internal Medicine*, 2008, vol. 23, no. 10, pp. 1708–1712. Doi: 10.1007/s11606-008-0719-5.
9. Hornsey M. J., Bain P. G., Harris E. A., Lebedeva N., Kashima E. S., Guan Y., González R., Chen S. X., Blumen S. How Much Is Enough in a Perfect World? Cultural Variation in Ideal Levels of Happiness, Pleasure, Freedom, Health, Self-Esteem, Longevity, and Intelligence. *Psychological Science*, 2018, vol. 29, no. 9, pp. 1393–1404. Doi: 10.1177/0956797618768058.
10. Lazarus R.S. Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 1991, vol. 46, no. 4, pp. 352–367. Doi: 10.1037/0003-066X.46.4.352.
11. Lebedeva R., Dimitrova J., Berry J.W. Changing Values and Identities in Post-Communist World. Berlin: Springer, 2018. 434 p.
12. Loewenstein G. Hot-cold empathy gaps and medical decision making. *Health Psychology*, 2005, vol. 24, no. 4, pp. 49–56. Doi: 10.1037/0278-6133.24.4.S49.
13. Maddux J.E., Rogers R.W. Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1983, vol. 19, no. 5, pp. 469–479. Doi: 10.1016/0022-1031(83)90023-9.
14. Meyer D., Leventhal H., Gutmann M. Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, 1985, vol. 4, no. 2, pp. 115–135.

15. Novacek J., Lazarus R.S. The structure of personal commitments [Electronic resource]. *Journal of Personality*. 1990, vol. 58, no. 4, pp. 693–715. URL: [https://doi:10.1111/j.1467-6494.1990.tb00250.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1990.tb00250.x) (Accessed: 03.04.2019).
16. Panyusheva T., Efremova M. A Validation study of a Russian version of the Schwartz Value Survey (SVS) Using cognitive interviewing [Electronic resource]. Rochester, NY: Social Science Research Network. 2012. URL: <https://papers.ssrn.com/abstract=2185920> (Accessed: 03.04.2019).
17. Rogers R.W. A Protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology*, 1975, vol. 91, no. 1, pp. 93–114. doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803
18. Rokeach M. The nature of human values. New York: Free Press. 1973. 438 p.
19. Schwartz S.H. A proposal for measuring value orientations across nations [Electronic resource]. In *Questionnaire development report of the European Social Survey*. 2003. URL: http://naticent02.uuhost.uk.uu.net/questionnaire/chapter_07.doc. [Accessed: 03.04.2019].
20. Schwartz S.H., Sagiv L., Boehnke K. Worries and values. *Journal of Personality*, 2000, vol. 68, no. 2, pp. 309–346.
21. Schwartz S.H. A proposal for measuring value orientations across nations [Electronic resource]. In *Questionnaire development report of the European Social Survey*. 2003. URL: http://naticent02.uuhost.uk.uu.net/questionnaire/chapter_07.doc. [Accessed: 03.04.2019].
22. Taylor S. The structure of fundamental fears. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1993, vol. 24, no. 4, pp. 289–299. doi.org/10.1016/0005-7916(93)90053-Y
23. Wrigley S., Jackson H., Judd F., Komiti A. Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2005, vol. 39, no. 6, pp. 514–521. doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01612.x.

Identification of Challenges and Strengths of Children with Special Educational Needs in Their Musical Improvisations

Lipský M.,

PhD., Director, Centrum Tloskov (Residential Social Care Facility for Persons with Intellectual and Multiple Disability), Neveklov, Czech Republic, lipskym@tloskov.cz

Kantor J.,

Assistant professor, Faculty of Education, Institute of Special Education Studies, Palacký University in Olomouc, Olomouc, Czech Republic, jiri.kantor@upol.cz

The study of therapeutic uses of musical improvisation can help to improve music therapy assessment which is the aim of this paper. This paper identifies 1. the individual challenges and strengths that may help to deal with problems reflected in musical improvisations of children with special needs and, 2. ways of their identification while listening to the children's musical expression. Data were collected from 180 verbal descriptions of musical improvisations of four children with special needs and then analysed using grounded theory as well as content analysis of documents. It was found that music reflects children's problems (with mainly bio-behavioural character) as well as their strengths that may be helpful in coping with those problems. Some theoretical guidelines for analysis of musical improvisation and the planning of music therapy intervention were suggested based on these findings.

Keywords: special needs, assessment, music therapy, musical improvisation, musical expression, analysis.

Для цитаты:

Липски М., Кантор Ж. О зонах роста и сильных сторонах детей с особыми образовательными потребностями в процессе музыкальной импровизации [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 118–136. doi: 10.17759/psyclin.2019080108

For citation:

Lipský M., Kantor J. Identification of Challenges and Strengths of Children with Special Educational Needs in Their Musical Improvisations [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2019, vol. 8, no. 1, pp. 118–136. doi: 10.17759/psycljn.2019080108 (In Engl., abstr. in Russ.)

Introduction

In many music therapy approaches there is a strong belief that music improvisations contain information about individual challenges (that can be explained through personal diagnoses and symptoms) as well as about personal strengths that can help to overcome these problems. However, this assumption is more experience-based than evidence-based since research in this area is limited.

One example of evidence can be found in Morphologic music therapy. S. Kunkel [15] developed a methodology for the analysis of musical improvisations of persons with schizophrenia. She posed one essential question to music therapy students who recorded their feelings and opinions of clients' music therapy improvisations: *"Which interactive signs and forms of relationship occur during initial meetings?"* She found that, even in the absence of client information, students' phenomenological descriptions contained accurate information about clients' diagnoses and the phases and development of the music therapy process. Similar comparative studies that included other groups of clients (borderline personality disorder, chronic pain and mental anorexia) have been done [15].

Another example from internationally published studies is the research of H. Smeijsters [11]. He states that it is possible to identify analogies in musical-pathological and musical-therapeutic processes within musical content. Possible indicators of therapeutic change may be noticed in non-verbal speech and choice of instrument, and especially in the music itself, including emotional response [17]. Out of psychoanalytic approaches one theory that deserves to be mentioned here is the theory of transference and countertransference. In the context of musical interaction, it was elaborated on by K. Bruscia [3], M. Priestley [9] and other authors. Moreover, there are also music therapy approaches for children with special educational needs (SEN). Most of the evidence is based on descriptions of case studies, e. g. [1], [6] or [7].

Research methodology

The authors' observations of music therapy practice led them to believe that also the music of children with SEN reflected their current emotional state, representing inner mental processes connected to the symptoms and resources to overcome them. Moreover, it seemed that changes in musical content and music itself may be helpful to detect changes occurring in children before they are more noticeably manifested in their behaviour [7].

Therefore, the aim of this study is to explore what kind of information in terms of individual challenges and strengths can be found in musical improvisations of children with SEN and how this information may be detected. Findings may be applied in the improvement of music therapy assessment and planning.

Research questions:

- What individual challenges and strengths can be found in verbal descriptions of musical improvisations of children with SEN?
- How can these challenges and strengths be identified based on listening to musical improvisations of children with SEN?

The research experiment suggested by S. Kunkel [15] was used in this study with some modification:

- The study sample included children with SEN, the typical client group in author's practice.
- The theoretical framework of this study was not built on morphological theory, rather on the integrative background and interdisciplinary perspective used by authors.
- The research participants analysed sound-recordings of musical improvisations of 4 children with SEN in which their therapist, although being in the room, did not participate.
- Among research participants were also students of music therapy courses due to low numbers of professional therapists in the Czech Republic. The impact of this limitation was minimised by involving a large number of participants (n=180) and them studying a music therapy course that was directly aimed at gaining skills necessary for the research.

Research experiment design

In Phase 1 audio recordings of children with SEN (sample 1) were selected based on the following criteria:

- The musical structure of their improvisations was to be rich enough for the analysis purposes as to avoid schematic, monotonous or other negative impacts of some conditions, for example, a severe physical disability.
- The musical instrument chosen for the research was the piano, since it allows a wide variety of notes, expression of dynamics, etc.
- It was decided to obtain the recordings on or after the fifth session of individual therapy, which is usually about one month of therapeutic process. At that point, the technique of play had usually become consistent enough and improvisations had become

free from the uneasiness sometimes felt at the beginning of the process, e.g. because of using a new instrument.

- The therapy sessions that involved the collection of data typically comprised two phases: 1. Child's improvisation with the therapist, although present in the room, not being involved. 2. Improvisation of the child and the therapist together.

4 audio recordings had been obtained in total. The duration of the play was left to each child to decide. At the beginning of data collection informed consents had been acquired from the legal guardians of all children.

In Phase 2 the recorded material was presented to 180 students attending courses on musical analysis in music therapy (sample 2). These participants received no information about the children. They were given the following instructions: "Write down an unlimited number of responses to the question: 'What is the music you hear like?'" The participants were told the number of the recording that was to be played. They listened to it twice, and then were asked to write down their thoughts.

Research sample

For the purpose of this study two research samples were formed: children with SEN (sample 1) and music therapy students (sample 2).

Sample 1: Children with special educational needs involved in the research were assigned identification codes consisting of gender information (M-F), age and recording number (1-4). A short characteristic of each child had been assembled based on the content analysis of relevant data from pedagogical/psychological and music therapy records and from interviews with parents (see Table 1).

Table 1

Sample characteristics – children with SEN (sample 1)

Audio recording 1	
Identification code	M5/1
Gender	Boy
Diagnosis	Asperger's syndrome, Neurofibromatosis von Recklinghausen (type 1), ADHD
Characteristics	Hyperactivity, spatial imagination and construction skills on the level of a 3-year old, impulsive-aggressive reactions, bizarre thoughts with aggressive fantasies, strong verbal reactivity with a need to interact with adults, no attempts to initiate contact with peers, inability to adjust to social context and overall weak interconnection of social, emotional and communicational behavioural patterns.

Audio recording 2	
Identification code	F5/2
Gender	Girl
Diagnosis	Developmental disability associated with prenatal infection by CMV with dominance of severe intellectual disability, microcephaly
Characteristics	Evenly delayed psychomotor development, in communication dominance of pre-verbal expressions (approximately on the level of a 1-year-old), calm, positive mood with frequent expressions of joy, mostly short concentration, muscle hypotony and hypermobility of tendons and joints, delayed development of gross and fine motor functions – walking possible only for a short time and with support.
Audio recording 3	
Identification code	M5/3
Gender	Boy
Diagnosis	Atypical autism
Characteristics	Moderate intellectual disability with dominance of non-verbal and practical skills, uneven psychomotor development. Severe disorder of speech development with dominance of pre-verbal expressions and possible understanding by strong intonation and gestures. Strong inclination to hyperactivity and impulsive behaviour with short concentration. Social behaviour approximately on the level of 24-28-month-old, positive mood in social interaction, however, contact with others is not sought. Dysharmonic emotional mood ranging from expressions of anxiety and fear to positive initiative. Autodestructive attacks. Motor functions – dyscoordination and mild hypotony.
Audio recording 4	
Identification code	M5/4
Gender	Boy
Diagnosis:	Severe multiple disability associated with genetic abnormality and multiple visual disability
Characteristics:	Uneven psychomotor development. Multiple visual disability (myopy, strabism, cortical visual disorder), severe disorder of communication with speech on the pre-verbal level (the boy also rejects alternative communication systems), severe intellectual disability, endocrinological and cardiological defects, short concentration. Completely dependent on assistant, fed by PEG. Walking unstable, problems with balance, difficult orientation in space and low motor initiative. Low motivation for manipulation with objects (guidance of the hand needed).

Sample 2: 180 students of short music therapy courses led by this study’s authors were all of Czech nationality living in the Czech Republic. There were 31 men (17%) and 149 women (83%). 107 participants (59.44%) were university graduates, 13 (7.22%) had completed specialised training and 60 participants (33.33%) had finished secondary education. The participants’ age distribution and music therapy practice and experience is shown in Table 2. Each participant received a unique code.

Table 2

Characteristics of research participants – age and years of practice in music therapy (sample 2)

Age		Practice in music therapy	
Age group	Number of participants	Years of practice	Number of participants
25-29	37	Less than 1	42
30-34	53	1-4	57
35-39	49	5-9	65
40-44	26	10-14	13
45 and more	15	15-20	3

Methods of data analysis

The qualitative research analysis was carried out using grounded theory [8]. In the process of *open coding*, categories were formed for each child by contextual comparing and sorting the smallest meaningful units (codes) and by attempting to differentiate whether the units were independent or related to any other. The codes were grouped together according to content similarities, creating categories and subcategories. The codes, which belonged to semantically different categories, were coded repeatedly since the qualitative analysis allows assigning a unit of text to more than one category simultaneously [13]. Some subcategories were further specified to determine different qualities (e.g. high and low activity). Data regarding the children were analysed using content analysis [5]. Data in this process were divided into several essential categories (age, gender, child’s diagnosis, symptoms, functional state, family background information and other information). Information from music therapy documents were extracted by the same procedure searching for the individual challenges, strengths and the course of the music therapy process. Combination of these methods enabled to synthesise horizontal perspective (represented by the research experiment) with vertical perspective (represented by case studies of children). However, because of space limitations information concerning case studies is not presented here. During the *axial coding* relevant contextual relationships were searched on different levels:

- Between categories and subcategories created from the verbal descriptions. The same or similar statements found in categories related to musical and non-musical

characteristics at once may indicate important theoretical guidelines for music improvisation analysis.

- Between categories connected to improvisation and to personal anamnesis of each child (e.g. the connection between perseverance in a child’s behaviour and frequent use of one tone or rhythmical cluster). This relationship may indicate how the challenges and strengths of children are reflected in their music.
- Throughout the comparison of children’s cases.

On the level of *selected coding* some theoretical principles for analysis of children’s music were suggested and important relationships among these categories were visualised using a combination of graphical schemes and models. Finally, new theoretical suggestions and hypothesis for future research were formulated.

Results

This chapter presents the results divided according to individual cases of the children.

Case 1: M5/1. Categories connected to verbal descriptions of M5/1 are summarised in Table 3. M5/1 suffers from Asperger’s syndrome, ADHD and Neurofibromatosis von Recklinghausen type 1. Aggression, tension and perseveration as his dominant symptoms were manifested in descriptions of musical improvisation (see Table 7). The moments, relating to personal strengths of the child, were categorised as:

- Abreaction that may create a channel for the release of aggression and inner tension in socially accepted ways.
- Playfulness, which is important for the development of the boy’s creativity and overcoming the perseverance patterns.
- Concentration based on interventions that support participation in the creation of music (later in the music therapy process used to foster learning processes).

Table 3

Categories and subcategories created from verbal descriptions of M5/1

Categories	Subcategories	Presence	Examples from data
Technique of the play		17	Banging, thumping, staccato, no key omitted, precise play, short strokes...
Music dynamics	Intensity-related	37	Dynamic, intense, loud...
	Vigour-related	12	Vigour, accents...
Articulation	Energetically	18	Energetically, a lot of energy
	Joyfully	13	Joyfully
	Dramatically	10	Nervous, panic, indignantly, dramatic, screaming...

Articulation	Sharply	10	Sharp, sharply
	Dominantly	8	Authoritative, dominant, directive...
	Roughly	6	Explosive, wild, rough, striking, tough, intense
	Playfully	5	Playful, high-spirited...
Articulation/ emotional expression	Aggressively	54	Aggression, aggressive impression, letting the anger out, in an aggressive mode...
	Angrily	16	Anger, fury...
	Anxiously/hopeless	10	Hopelessness, anxiety, an inconceivable situation...
	Happiness	6	Happiness, happily, happiness from high tones...
Rhythm	14	Regular...	
Tempo	12	Vivid, fast...	
Instrumentation	6	Simple, structured, ascendant, graduating...	
Form	13	Graduating, with clear closing...	
Melody/pitch	8	Without melody, only high pitch, singing of birds...	
Style	1	A soundtrack, Phill Glass music	
Unpleasant listening	9	Unpleasant, sends shivers down the spine, annoying, from hell	
Communication	22	Loquacity, a call, chattering, searching for contact, a challenge...	
Personality	Relating to personality	18	Hyperactivity, temperament, obsession, destructive, hysterical, authoritative, stubborn, unstable
	Reflecting the inner void	6	Without fantasy, missing purpose, showing hopelessness...
Concentration	4	Concentrated, concentration, absorption...	
Perseveration	Monotonous	63	Monotonous, repetitive, rigid, stereotyped, keeping the same rhythm...
	Only high tones-pitch	19	High tones, significant heights, only in the highest position...
Aggression and statements related to aggression	Aggression	56	Aggressive, aggression...
	Statements related to aggression	51	Rage, hit it, attack, I'll beat him up...
Abreaction	High energy	43	Energetic, much energy, fire...
	Abreaction of energy	39	Channel, release of energy, release of aggression, freeing tension, catharsis...
Tension and anxiety	Urgency	19	Yelling for help, urgency, screaming
	Tension	20	Constraint, compulsion, tension...
	Unrest	9	Nervous, unrest...
	Anxiety	11	Anxious, hopeless...

Case 2: F5/2. Categories connected to verbal descriptions of F5/2 are summarised in Table 4. F5/2 suffers from developmental disability associated with prenatal infection. Distractedness, which is one of the most dominant symptoms and also a category in verbal descriptions, correlates with short attention span and low concentration (symptoms often mentioned in medical history, see Table 7). Despite this fact, there were moments with focused concentration and joy for musical activity found in the improvisation, and also other positive behavioural patterns in the history (e.g. calm and positive mood with frequent expressions of joy) match the subcategories of verbal descriptions (e.g. joy, cheerfulness and happiness). Furthermore, statements about the girl’s musical talent were noted.

Table 4

Categories and subcategories created from verbal descriptions of F5/2

Categories	Subcategories	Presence	Examples from data
Technique of play		11	Ease, meticulousness, spontaneity, spontaneous, virtuous, all over the keyboard, plays several tones together ...
Music dynamics		4	Dynamic
Precision		11	Confidant, precise, careful, experienced...
	Merrily	10	Merrily
	Playfully	10	Playful, we play together...
Articulation	Dramatically	9	Expressive, dramatic, adventurous, expression of strong emotions ...
	Softly/gently	9	Softness, gently, sensibly, cute, smooth...
Articulation/ emotional expression	Joyously	35	Joy, joy from sounds, skipping “hopity hop”, I play for joy...
	Happily	16	Satisfaction, enjoys playing, enjoys music, satisfaction from being nearly perfect, she has fun ...
	Melancholic	3	Melancholic
Rhythm		1	Rhythmical
Tempo		10	Lively, vital, calm, slow...
Instrumentation		2	Rich, high-middle positions
Harmony		3	Attempt for harmony, dysharmonic, (tones) fit together
Talent		7	Virtuoso, almost a pro, artistic, musical...
Form		13	Graduating, focused on the form rather than content

Style		2	Jazz, modern
Theme-water		11	Water, rain, puddles, waves in the water...
Listening to music with pleasure		2	Pleasant
Communication		2	She communicates with the instrument, self-expression
Non-classified associations		10	The first path, orange-black, skating...
Participants without statement		17	---
Concentration	Exploratory	13	The world of discoveries, curiosity, exploring, discovery...
	Accuracy	11	Confident, accurate, careful...
Distractedness	Misconception	15	Disordered, confused, chaotic...
	Inner restlessness	2	Restless, insistent

Case 3: M5/3. Categories connected to verbal descriptions of M5/3 are summarised in Table 5. His history includes atypical autism and uneven psychomotor development. The psychological history describes him as a positive child sometimes experiencing deep and obvious sadness. Whereas in verbal descriptions the subcategory *sadness* was most saturated with statements (and also *depression, fear and anxiety*), the subcategory *joy* did not receive any statement. Among the subcategories related to autism only *low concentration* and *tension* were highly saturated with statements, whereas *perseverance* received few statements. A new subcategory *introvert* emerged in this case, filed under the subcategory *temperament* and obviously related to atypical autism (see Table 7).

In contrast to the pathological symptoms manifested in M5/3's improvisation, the *concentration* and *playfulness* subcategories also emerged. Both *low concentration* and *good concentration* were noted here, which indicates that musical improvisation may become an effective assessment as well as intervention tool, since it may foster the development of concentration, similarly as in case F5/2. This corresponds with data gained from the music therapy process.

Table 5

Categories and subcategories created from verbal descriptions of M5/3

Categories	Subcategories	Presence	Examples from data
Technique		3	Long, subtle play, as though he wasn't playing...
Music dynamics		5	Silent
Articulation	Softly/gently	15	Sensitivity, inwardness, softness, poetic, emotional...
	Dark/sombre	12	Dark mood, gloomy, death, pain in the soul, a cursed prince in a tower...
	Playfully	5	Playfully, spontaneous

Articulation/ emotional expression	Fearfully	20	Fear, tense, anxiety, he fears, distressed...
	Melancholic	14	Melancholy, dreaming, nostalgia...
	Depressive	21	Helplessness, depressive, agitated, desperate...
	Gloomy	36	Gloomy, sad song...
Tempo		13	Slow, tired, calm, suspicion, lazy...
Form		8	Closed form, dramatic introduction, a song, evidently coming to the end...
Melody/tones		11	Tones, sensitive tones selection, (melodic) zones are close together, long tones...
Harmony		4	Double tones, dysharmonic, effort to achieve harmony...
Style		7	Barocco, minimalism, classical music, impressionism...
Listening		1	Interesting
Communication		9	"May I?", call for help, alerting himself, dialogue with the piano, "Enough, please?"...
Concentration	Thoughtful	15	Reasonable, thoughtful, serious, contemplative, deep...
	Searching/exploring/discovering	16	Curiosity, experiment, searching, exploring tones, discovering, spontaneously created...
Decreased concentration	Distractedness	29	Distracted, short attention span, blurry...
	Misconception	22	Split, inconsistent, disorganised, chaotic, unbalanced ...
	Unrest	42	Unrested, unrestrained...
Uncertainty and caution		27	Uncertainty, hesitation, caution ...
Stagnation		5	Perseveration, short stagnation, a bit clingy, one tone...
Introversion		21	Loneliness, dreaming, introversion, dejection, only in his own world ...

Case 4: M5/4. Categories connected to verbal descriptions of M5/4 are summarised in Table 6. There are very few statements related to symptoms of M5/4 found in the subcategory *perseverance* (see Table 7). Statements related to his resources fall mostly within the subcategory *concentration*, with some in *playfulness* and *musical talent*. Although low concentration is repeatedly mentioned in the history, he was able to focus on playing the piano as well as on individual notes, he showed vigour and a balanced overall volume of musical expression in relation to auditory feedback (extracted from verbal descriptions). The playfulness manifested in the musical improvisation indicated potential for developing the child's creativity.

Table 6

Categories and subcategories created from verbal descriptions of M5/4

Categories	Subcategories	Presence	Examples from data
Musical dynamic		6	Loud, vigorous...
Technique of the play	Technique	16	Waits for each tone to finish, hitting keys, focusing on single tones...
	Precision	28	Precise, meticulous, accurate...
	Sharply	6	Sharply
Articulation	Heavy	4	Heavy.
	Strikingly	5	Strikingly, curtly.
	Playfully	5	Playfully.
Articulation/emotional expression	Softly/sensitively	9	Gently, softly, sensitive...
	Joyously	4	Joy, joyfully.
	Melancholic	8	Melancholic.
	Gloomy	19	Gloomy, sadness.
Rhythm		9	Rhythmical, structured, ordered...
Tempo		11	Calm, lazy, slow, a slow melodic walk...
Style		4	Classical music.
Instrumentation		8	Simple, structured.
Form		15	Ordered, organised, with an optimistic closure, structured, balanced...
Melody		46	Single tones, a scale, search for melody, diverse melodies, a pentatonic scale...
Harmony		3	Harmonic, harmony.
Musical talent		12	A composer, has got a talent, virtuosos...
Communication		10	Effort to communicate, he wants to express something, sad story, I want somebody to hear me, Narrowing a tale...
Pleasant music listening		12	Pleasant, contentment, positive, optimistic...
Concentration	Accurate	29	Certitude, precise play, precision, clear, step by step...
	Contemplative	15	Contemplative, sophisticated, philosophical, intellectual, he wants to learn, well thought out...
	Cautious	8	Cautious, controlled...
Perseveration	Searching/exploring/discovering	29	Search for something, explorative, attempts, searching for melody, experiment, exploration of the piano...
		16	Repeating one tone, one tune, one tone, stereotypical, monotonous, "up-down, up-down" ...

Table 7

Summary of findings comparing categories from verbal descriptions and history

Code of the child	Categories and subcategories from verbal descriptions	
	Personal history	Verbal descriptions
M3/1	<i>Aggressive behaviour</i> (impulsive aggressive reactions, aggressive fantasies). This may be a symptom of all diagnoses of the child	Category Aggression and Statements related to aggression)
	<i>Tension</i> This may be a symptom of all diagnoses of the child with subcategories ...	Category Tension (with subcategories Urgency ,Unrest, Tension, Anxiety)
	<i>Perseveration</i> Symptom of Asperger syndrome	Category Perseveration (with subcategories Monotonous and Only high tones-pitch)
F5/2	<i>Distractedness</i> Short attention span and low concentration (from medical history)	Category Distractedness (with subcategories Misconception and Inner restlessness)
M5/3	Sometimes experiencing deep and obvious <i>sadness</i> (from psychological history)	Subcategories Sadness, Depression, Fear and Anxiety
	<i>Low concentration and tension</i> (symptoms of atypical autism)	Subcategories Low concentration and Tension
M5/4	<i>Perseverance</i> (found in history related to multiple disability and visual disorder)	Subcategory Perseveration

Interpretation and discussion

This chapter will be dealing with two subjects related to the two research questions: one concerning the individual challenges and strengths in musical improvisations and the other the ways of their identification. At the end, the chapter contains a brief reflection of the study.

Individual challenges and strengths being reflected in musical improvisations. Statements about children’s challenges (related to diagnoses and clinical symptoms), such as aggression, tension, perseverance, low concentration and statements about typical

emotions were noticeably present in the verbal descriptions of their musical improvisations. The patterns were most pronounced in categories related to *musical behaviour* and also in other psychological characteristics (e.g. emotions). The prevalence of the behavioural characteristics in the findings may be explained by the dominance of bio-behavioural characteristics typical for diagnoses of children with SEN (sample 1).

The statements of participants (sample 2) seem little related to cognitive functions which may be caused by the selection of music therapy methods. Music therapy usually employs structured improvisation techniques and methods of re-creation and composition for the development of cognitive functions [10], [14] or [16].

Individual strengths were also identified in the musical improvisations of children; these are mostly opposites of pathological symptoms, e.g. aggression/abreaction, perseverance/creativity and experimentation, low concentration/good concentration, etc. The child's musical talent seems to be an important factor for music therapy intervention.

Suggestion of a model for analysis of musical improvisation. The findings were discussed and interpreted from various interdisciplinary perspectives – psychological, educational, musical, etc. Based on these interpretations several important relationships seem to emerge from data. During axial coding categories and subcategories were divided into 2 central categories (musical and non-musical) and 4 main categories:

- compositional (metro-rhythmic, instrumental, musical and genre-related),
- interpretational characteristics (technique, dynamics and articulation),
- related to emotions (with low and high activity, positive and negative valence),
- related to musical behaviour (desirable, undesirable, behaviour related to temperament and behaviour according to activity level).

The overlaps among these categories (codes may belong to more than one category at the same) may be interpreted as sharing mutual relationships:

- Emotions in musical content were perceptible in interpretational characteristics, mainly musical articulation. Despite the findings of M. Pavlicevic [8] who states that *“expressive musical articulation corresponds with dynamic forms of emotions”*, also well saturated relationships to technique and dynamics were found here.

- The compositional characteristics most related to expressions of emotions in the music are rhythm and tempo. Melody does not determine the character of emotions. This observation is supported by a general interpretational proficiency at playing the same melody in a wide variety of ways using different articulation, e.g. sadly or joyously.

- The characteristics in the category of musical behaviour also emerge in the music, mainly from the interpretational characteristics of music (an important role is played by *dynamics* and *technique* of play). From among the compositional characteristics the metro-

rhythmic as well as melodic are important for the category of behaviour. For example, perseverance may be recognised in melody by rigid monotonous lingering on notes.

- The possible musical talent of the child may be assessed by observing an even distribution of all *compositional characteristics*.

In the phase of selective coding a model for analysis of musical improvisation was created and visually described (Figure 1). In music therapy practice this model can be used to enhance understanding of musical expression and to plan music therapy intervention. Theoretically, this model belongs into the category of therapeutic assessments [4] with a significant clinical importance (it helps to identify the potential of music therapy intervention). The authors are aware that these suggestions are only hypotheses and future research will be needed for their verification.

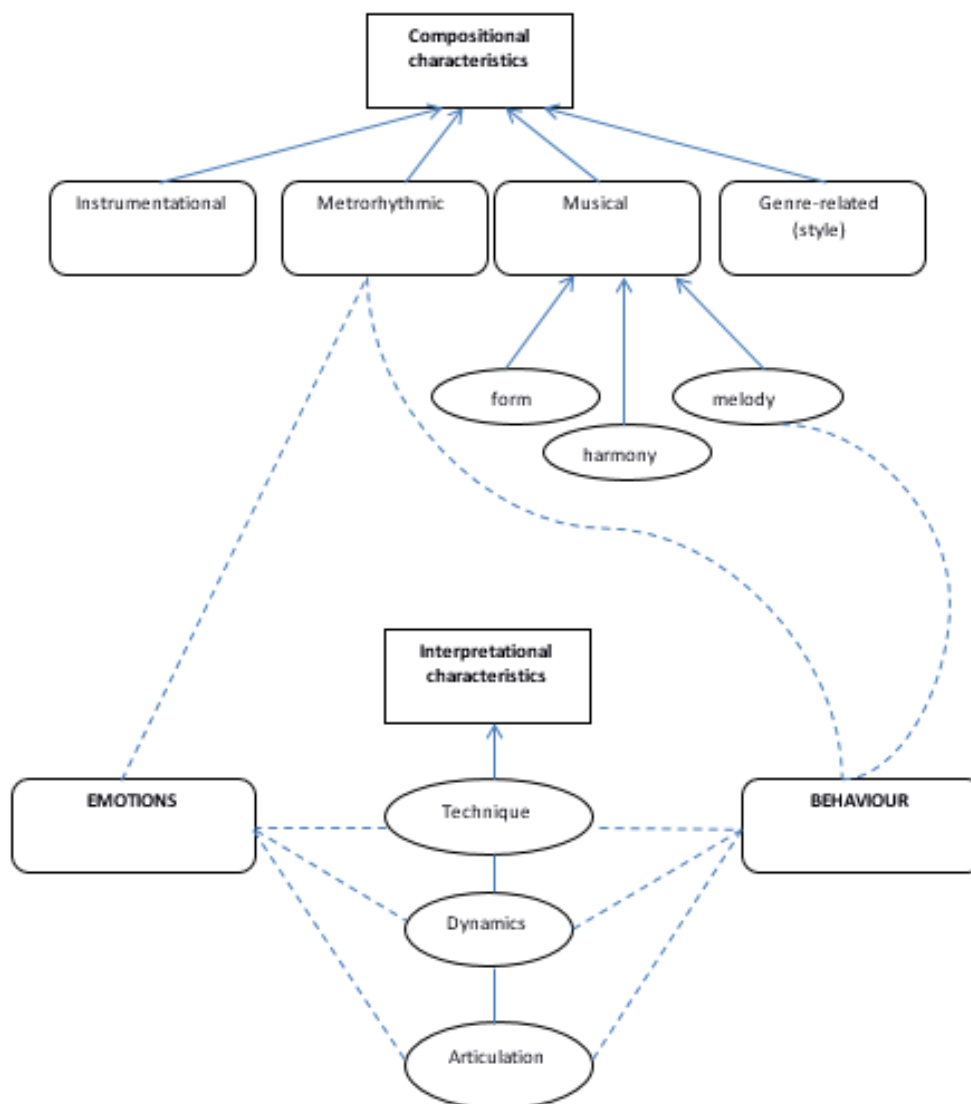


Fig. 1. A suggestion of a model for analysis of musical improvisation

Reflection of the research

Validity of the research was examined by different methods, e.g. triangulation of data sources or research supervision. Also other strengths of the research were present, e.g. great amount of data, interdisciplinary team cooperation and a deep and long-term knowledge of children's cases. However, there were some limitations:

- Low number of acquired audio recordings (4) and a limited sample that cannot take into account the full range of SEN, ages or potential client characteristics.
- Only a short part of the music therapy process (the 5th session) was captured in the data set, therefore they do not reflect the development of the therapy.
- It should be borne in mind that study was realised exclusively in a Czech population and there is no evidence that the theory presented here may be transferred outside the Czech cultural context.

Conclusion

This study suggests that musical expression is highly beneficial for understanding children with SEN because it may yield important information relating to their individual challenges as well as strengths. Although this conclusion is well documented in music therapy literature, the experiment of this study had not as yet been realised in the population of children with SEN. The categories related to diagnoses and symptoms are mostly of bio-behavioural character reflecting the nature of SEN. In the music therapy process, the findings can be used for formulating and testing hypotheses about further development of the intervention. Several theoretical guidelines for the analysis of musical improvisations were suggested however they must be subjected to future rigorous analysis.

Funding

Publication of this work was supported by the University of Palacky in Olomouc, the Czech Republic [Dean grant of the Faculty of education: The Creative Means as a Part of Education of Pupils with Special Needs, 2016].

References

1. De Backer J. Containment in music therapy. Ch. 3. In M. Heal, A. Storr, *Music therapy in health and education*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers, 1993.
2. Decker Woigt H.H., Weyman E. *Lexikon Musiktherapie*. Hogrefe, Germany: Göttingen 2009, 2009. 420 p.

Липски М., Кантор Ж. О зонах роста и сильных сторонах детей с особыми образовательными потребностями в процессе музыкальной импровизации
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 118–136.

Lipský M., Kantor J. Identification of Challenges and Strengths of Children with Special Educational Needs in Their Musical Improvisations
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 118–136.

3. Bruscia K.E. The dynamics of music psychotherapy. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 1998. 560 p.
4. Feder B., Cruz R.F. The Art and Science of Evaluation in the Arts Therapies. 2nd ed. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher, 2013. 396 p.
5. Hendl J. Kvalitativní výzkum. Praha, Czech Republic: Portal, 2016.
6. Karkou V. Arts therapies in schools. London: Jessica Kingsley, 2010.
7. Nordoff, P., Robbins, C. Creative Music Therapy: A Guide to Fostering Clinical Musicianship. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2007. 516 p.
8. Pavlicevic M. Dynamic Interplay in Clinical Improvisation. *Journal of British Music Therapy*, 1990, vol. 4, no. 2, pp. 5–9.
9. Priestley M. Essays on Analytical Music Therapy. Pheonixville, PA: Barcelona Publishers, 1994. 335 p.
10. Särkämö T. Tervaniemi M., Laitinen S. Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain*, 2008, no. 131, pp. 866–876. doi:10.1093/brain/awn013.
11. Smeijsters H. Sounding the self: Analogy in improvisational music therapy. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2005. 214 p.
12. Strauss A.L., Corbinová J. Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. Vyd. 1. Boskovice, Czech Republic: Albert, 1999, 196 s.
13. Tesch R. Qualitative research: Analysis Types and Software Tools. New York: Falmer, 1990.
14. Thaut M., Hoemberg V. The Handbook of Neurologic Music Therapy. Oxford: Oxford University Press, 2014. 384 p.
15. Weymann E., Tüpker R. Morphological Research. In B. Wheeler (ed.), *Music Therapy Research*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2004.
16. Wong E. Clinical Guide to Music Therapy in Adult Physical Rehabilitation Settings. Silver Spring, MD: American Music Therapy Association, Inc., 2004.
17. Zeleiová, J. Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe. Praha, Czech Republic: Portál, 2007, 254 s.

О зонах роста и сильных сторонах детей с особыми образовательными потребностями в процессе музыкальной импровизации

Липски М.,

кандидат психологических наук, директор, Центр «Тлосков» (Социальный центр интернатного типа для лиц с ограниченными интеллектуальными возможностями и множественными нарушениями), Невеклов, Чешская Республика, lipskym@tloskov.cz

Кантор Ж.,

доцент факультета образования, Институт специальных исследований образования, Университет Палацкого в Оломоуце, Оломоуц, Чешская Республика, jiri.kantor@upol.cz

Целью данной статьи стало исследование терапевтического эффекта музыкальной импровизации. В настоящей статье описываются индивидуальные проблемные и сильные стороны, которые могут помочь справиться с проблемами, выявленными при музыкальной импровизации детей с особыми образовательными потребностями, а также пути определения сильных и слабых сторон в ходе оценки детских музыкальных импровизаций. Были собраны данные 180 устных описаний музыкальных импровизаций четырех детей с особыми образовательными потребностями, затем полученные данные были проанализированы с помощью Grounded Theory (GT) и контент-анализа. Обнаружено, что музыка отражает проблемы детей (связанные преимущественно с биоповеденческими факторами), а также их сильные стороны. На основе этих результатов были предложены некоторые теоретические рекомендации для анализа музыкальной импровизации и планирования музыкальной терапии.

Ключевые слова: особые образовательные потребности, оценка, музыкальная терапия, музыкальная импровизация, музыкальное выражение, анализ.

Финансирование

Публикация данной работы была поддержана Университетом Палацкого в Оломоуце, Чешская республика [Грант декана факультета образования: Творческие средства как часть воспитания учеников с особыми потребностями, 2016].

Липски М., Кантор Ж. О зонах роста и сильных сторонах детей с особыми образовательными потребностями в процессе музыкальной импровизации
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 118–136.

Lipský M., Kantor J. Identification of Challenges and Strengths of Children with Special Educational Needs in Their Musical Improvisations
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 118–136.

Литература

1. *De Backer J.* Containment in music therapy. Ch. 3. In M. Heal, A. Storr, Music therapy in health and education. London, UK: Jessica Kingsley Publishers, 1993.
2. *Decker Woigt H.H., Weyman E.* Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Germany: Göttingen 2009, 2009. 420 p.
3. *Bruscia K.E.* The dynamics of music psychotherapy. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 1998. 560 p.
4. *Feder B., Cruz R.F.* The Art and Science of Evaluation in the Arts Therapies. 2nd ed. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher, 2013. 396 p.
5. *Hendl J.* Kvalitativní výzkum. Praha, Czech Republic: Portal, 2016.
6. *Karkou V.* Arts therapies in schools. London: Jessica Kingsley, 2010.
7. Nordoff, P., Robbins, C. Creative Music Therapy: A Guide to Fostering Clinical Musicianship. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2007. 516 p.
8. *Pavlicevic M.* Dynamic Interplay in Clinical Improvisation. Journal of British Music Therapy, 1990, vol. 4, no. 2, pp. 5–9.
9. *Priestley M.* Essays on Analytical Music Therapy. Pheonixville, PA: Barcelona Publishers, 1994. 335 p.
10. *Särkämö T.* Tervaniemi M., Laitinen S. Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. Brain, 2008, no. 131, pp. 866–876. doi:10.1093/brain/awn013.
11. *Smeijsters H.* Sounding the self: Analogy in improvisational music therapy. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2005. 214 p.
12. *Strauss A.L., Corbinová J.* Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. Vyd. 1. Boskovice, Czech Republic: Albert, 1999, 196 s.
13. *Tesch R.* Qualitative research: Analysis Types and Software Tools. New York: Falmer, 1990.
14. *Thaut M., Hoemberg V.* The Handbook of Neurologic Music Therapy. Oxford: Oxford University Press, 2014. 384 p.
15. *Weymann E., Tüpker R.* Morphological Research. In B. Wheeler (ed.), Music Therapy Research. Gilsum, NH: Barcelona Publishers, 2004.
16. *Wong E.* Clinical Guide to Music Therapy in Adult Physical Rehabilitation Settings. Silver Spring, MD: American Music Therapy Association, Inc., 2004.
17. *Zeileiová, J.* Muzikoterapie: východiska, koncepty, principy a praxe. Praha, Czech Republic: Portál, 2007, 254 s.

Особенности формирования комплаентного поведения у пациентов стоматологической клиники

Ситкина Е.В.,

ассистент, кафедра общей и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, sitkina_evgenya@mail.ru

Исаева Е.Р.,

доктор психологических наук, заведующая кафедрой, кафедра общей и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, isajeva@yandex.ru

Тачалов В.В.,

кандидат медицинских наук, доцент, кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, tachalov@mail.ru

Искренко К.К.,

выпускник факультета клинической психологии, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, 9564940@mail.ru

Трегубенко И.А.,

кандидат психологических наук, доцент, кафедра общей и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, ia2312@yandex.ru

Рассматриваются различия мужчин и женщин в соблюдении рекомендаций врача-стоматолога по уходу за полостью рта. Описаны психологические характеристики пациентов, выполняющих и не выполняющих рекомендации. В исследовании приняли участие 98 человек (63 женщины и 35 мужчин). Исследовались

стоматологические индексы: CPITN, PMA, Saxer&Muhlemann, Silness&Loe, Green-Vermillion. Для анализа личностных качеств пациентов использовались психодиагностические методики: Многомерный опросник по здоровью, Тест «Диагностика межличностных отношений», Характерологический опросник Леонгарда-Шмишека, Анкета самооценки состояния Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Личностный опросник Бехтеревского института, Стоматологический опросник (Л.Ю. Ореховой и соавторов). Были получены индексы стоматологического здоровья полости рта при I и II осмотрах, которые отражают качество выполнения пациентом врачебных рекомендаций. Выявлены особенности личности женщин и мужчин, связанные с комплаентным поведением. Женщины, обладающие хорошей гигиеной полости рта, имели такие характеристики личности как: экстраверсия, внутренний локус контроля, авторитарный тип межличностных отношений, гипертимный или демонстративный типы акцентуации характера. Для мужчин с хорошей гигиеной полости рта характерны сотрудничающий и альтруистический типы межличностных отношений.

Ключевые слова: особенности личности, комплаентность, приверженность лечению, приверженность рекомендациям стоматолога, гендерные различия.

Для цитаты:

Ситкина Е.В., Исаева Е.Р., Тачалов В.В. и др. Особенности формирования комплаентного поведения у пациентов стоматологической клиники [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 137–161. doi: 10.17759/psycljn.2019080109

For citation:

Sitkina E.V., Isaeva E.R., Tachalov V.V., et al. Features of Formation of Compliance Behavior in Patients of Dental Clinic [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 1, pp. 137–161. doi: 10.17759/psycljn.2019080109 (In Russ., abstr. in Engl.)

Актуальность

Почти 100% взрослого населения планеты имеют различные заболевания зубов и полости рта (от кариеса и гингивита до пародонтоза, остеомиелита и адентии). На протяжении своей жизни каждый человек сталкивается с необходимостью посетить стоматологический кабинет. Перед врачами-стоматологами проходит поливозрастной состав пациентов, нередко отягощенных сопутствующей патологией [13]. Любые нарушения целостности зуба приводят к дефектам жевания и впоследствии к эстетическим дефектам, что негативно сказывается на качестве жизни людей. Эстетические дефекты повышают замкнутость, затрудняют процесс коммуникации [13; 17].

Среди причин, приводящих к снижению приверженности терапии, выделяют причины, связанные с личностью пациента, с отношениями в семье пациента, с взаимодействием системы «врач–пациент», с характером заболевания и трудностью терапии, с социально-экономическими условиями и т.д. [14]. При взаимодействии в системе «врач–пациент» для врача необходимо проявлять такие качества, как дипломатичность, организованность, общительность, творческий подход к своей работе [15]. От эффективного, грамотно выстроенного межличностного взаимодействия и индивидуального, персонализированного подхода во многом зависит успешность лечения и выполнение медицинских рекомендаций пациентом [2; 10; 18]. Одним из критериев, свидетельствующих о комплаентности пациента, является регулярное и своевременное посещение врача-стоматолога. Наличие пропусков визита к врачу может отражать черты неприверженности и приводить к преждевременному прекращению лечения [16].

Зарубежные специалисты в изучении приверженности стоматологическому лечению делают акцент на отношениях, складывающихся между врачом-стоматологом и пациентом. Авторы утверждают, что позитивные терапевтические отношения между врачом и пациентом способствуют активному участию пациентов в планировании лечения, успеху в достижении лечебных целей. Описывая гуманистический, личностно-ориентированный подход к терапевтическим взаимоотношениям, авторы говорят о трех наиболее фундаментальных его элементах – конгруэнтности (подлинности), безусловных положительных отношениях и эмпатии. В ежедневных медицинских консультациях применение этих элементов может способствовать успеху в терапевтическом процессе [20].

Таким образом, на уровень комплаентности пациента влияют различные факторы, однако одним из наиболее важных и значимых факторов остается учет личностных особенностей пациента.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова. Были обследованы 98 пациентов, из которых 63 женщины (средний возраст $38,6 \pm 14,6$) и 35 мужчин (средний возраст $37,2 \pm 13,1$). Использовались психодиагностические **методики**:

1. Многомерный опросник по здоровью (К.А. Wallson), позволяющий определить экстернальность или интернальность локуса контроля человека [4];

2. Тест «Диагностика межличностных отношений» (Т. Лири), направленный на изучение стиля поведения человека во взаимоотношениях с окружающими: тест позволяет выявить преобладающий тип отношения к людям [11; 12];

3. Характерологический опросник Леонгарда–Шмишека (взрослый вариант), предназначенный для диагностики типа акцентуации личности. [6];

4. Анкета самооценки состояния (АСС), разработанная сотрудниками военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Методика предназначена для оценки субъективного самочувствия человека и наличия у него соматических жалоб [7];

5. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), разработанный для диагностики типов отношения к болезни [9].

Определялись следующие стоматологические индексы: CPITN – индекс применяется для мониторинга состояния пародонта, индекс измеряет нуждаемость в лечении; РМА – папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс, используется для оценки тяжести гингивита; индекс Saxer–Muhlemann (Саксера–Мюллемана), используется для оценки кровоточивости зубов; индекс Silness–Loe (Силнес–Лое), отражающий толщину налета в придесневой области зуба; индекс Green–Vermillion (Грина–Вермильона; ОНI-S), используется для оценки площади поверхности зуба покрытой налетом или зубным камнем.

Математико-статистическая обработка данных проводилась с использованием t-критерия Стьюдента для независимых выборок; для изучения взаимосвязи показателей проводился корреляционный анализ с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение

Исследование осуществлялось в два этапа. На первом этапе пациенты проходили стоматологическое обследование с измерением индексов стоматологического здоровья, заполняли батарею психодиагностических методик и получали подробные разъяснения и рекомендации врача по правильному уходу за полостью рта. Второй этап исследования проводился через один месяц; у пациентов повторно измерялись стоматологические индексы. При соблюдении рекомендаций, полученных от врача-стоматолога, индексы должны были снижаться. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от половой принадлежности.

Сравнивались стоматологические индексы гигиены полости рта при первом и повторном осмотрах. По замыслу исследователей, разница в их показателях отражала качество выполнения пациентом врачебных рекомендаций и динамику состояния пародонта через месяц. В таблице 1 представлены средние значения стоматологических индексов пациентов на первом и втором приемах.

Согласно полученным результатам в обеих группах респондентов ко второму осмотру снизился уровень кровоточивости десен, а также снизились площадь и толщина зубного налета. У женщин при повторном осмотре отмечалось снижение воспаления десен. Таким образом, можно говорить о том, что испытуемые более тщательно стали ухаживать за полостью рта после первой консультации, в ходе которой доктор разъяснил им алгоритм и правила ухода за полостью рта, и выполняли рекомендации врача.

Таблица 1

**Сравнительный анализ средних показателей
стоматологических индексов (в баллах)**

Стоматологические индексы	Мужчины (n=35) M(SD)		p-value	Женщины (n=63) M(SD)		p-value
	Первый осмотр	Повторный осмотр		Первый осмотр	Повторный осмотр	
СРITN (нуждаемость в лечении)	0,738±0,8	0,384±0,6	-	0,906±0,8	0,591±0,8	-
РМА (воспаление десны)	0,297±0,2	0,18±0,2	-	0,276±0,2	0,148±0,2	p≤0,05
Saxer-Muhleman (кровоточивость десен)	0,973±0,9	0,426±0,6	p≤0,05	0,932±0,8	0,435±0,5	p≤0,05
Green-Vermillion (площадь зубного налета)	0,875±0,7	0,374±0,3	p≤0,05	0,947±0,8	0,437±0,6	p≤0,05
Silness-Loe (толщина зубного налета)	1,027±0,8	0,408±0,4	p≤0,05	1,01±0,8	0,554±0,7	p≤0,05

Далее с целью выявления прогностических критериев комплаентного поведения нами были проанализированы взаимосвязи между личностными характеристиками пациентов, уровнем стоматологического здоровья и степенью приверженности соблюдению врачебных рекомендаций, отдельно в группах женщин и в группах мужчин.

Оценка типа межличностных отношений была проведена с целью определения преобладающего стиля поведения пациентов в межличностном взаимодействии. Предполагалось, что на основе этих данных будет в дальнейшем производиться выбор оптимальной стратегии общения врача с пациентом с целью повышения уровня комплаентности. В таблице 2 представлены корреляционные связи между типом межличностных отношений и стоматологическими индексами.

Было обнаружено, что у женщин с выраженностью покорно-застенчивого типа в межличностных отношениях чаще наблюдалась кровоточивость десен. При низких показателях авторитарного типа межличностных отношений чаще отмечалось воспаление пародонта, и присутствовала кровоточивость десен. Иными словами, у женщин с чертами неуверенности, зависимости, застенчивости в межличностных отношениях, с подверженностью чужому влиянию, показатели стоматологического здоровья были хуже. Полученные результаты, по нашему мнению, можно объяснить

повышенными чувством вины и уровнем тревожности, характерными для представителей данного типа. Согласно концепции стоматологического страха У. Берггрена [19], чувство вины является следствием плохого ухода за полостью рта и избегания общения с врачом-стоматологом.

Таблица 2

Корреляционные связи между типом межличностных отношений и стоматологическими индексами в группах женщин и мужчин (r_s)

Шкала	Стоматологический индекс						
	Saxer- Muhleman 1	Saxer- Muhleman 2	PMA 1	PMA 2	CPITN 1	CPITN 2	Green- Vermillion 2
Женщины							
Покорно-застенчивый тип	0,313*	0,291*	-	-	-	-	-
Авторитарный тип	-0,360**	-0,258*	-0,251**	-	-	-	-
Независимый тип	-0,253*	-	-	-	-	-	0,259*
Мужчины							
Агрессивный тип	-	-	-	-	0,388*	-	-
Зависимый тип	-	-	-	-	-	-0,372*	-
Сотрудничающий тип	-	-0,400*	-0,378*	-0,444*	-0,412*	-0,453**	-
Альтруистический тип	-	-0,426**	-0,344*	-0,411*	-0,496**	-	-

Примечание: * – связи значимы на уровне $p \leq 0,05$; ** – связи значимы на уровне $p \leq 0,01$.

У пациенток независимого типа межличностных отношений не наблюдалось кровоточивости десен при первом посещении врача-стоматолога, однако при повторном посещении был обнаружен зубной налет, что свидетельствовало о несоблюдении врачебных рекомендаций. Т.е. у женщин уверенность в себе и независимость суждений сопровождалась тенденцией критически относиться к рекомендациям со стороны окружающих, оспаривать чужое мнение, в т.ч. врача-стоматолога, что может препятствовать приверженности лечению и потребует от врача дополнительных усилий в разъяснении правил гигиены и мотивировании пациента.

В таблице 2 также показано, что мужчины с преобладанием черт агрессивного типа в межличностных отношениях чаще нуждались в лечении. У пациентов-мужчин выраженность альтруистического и сотрудничающего типов поведения в межличностных отношениях коррелировала с индексами стоматологического здоровья: они реже нуждались в лечении, а также у них реже обнаруживалась кровоточивость и воспаление десен. При повторном осмотре врача у данных пациентов обнаруживалась положительная динамика. Можно предположить, что пациенты альтруистического и сотрудничающего типов в связи с высокой социальной направленностью поведения лучше следят за состоянием полости рта и соблюдают врачебные рекомендации.

У мужчин с выраженностью зависимого типа поведения в межличностных отношениях также наблюдалась положительная динамика стоматологического здоровья при повторном осмотре, снижался индекс нуждаемости в лечении, что свидетельствовало о соблюдении пациентами данного типа гигиены полости рта. Возможно, это связано с характерной для данного типа зависимостью от чужого мнения и высоким уровнем мотивации одобрения со стороны окружающих, в т.ч. лечащего врача.

В многочисленных исследованиях неоднократно показана роль личностных особенностей в возникновении тех или иных заболеваний [1; 3; 5]. Более того, в условиях болезни или недомогания личностные черты пациентов в значительной степени заостряются, отражая состояние временной психической дезадаптации, возникающей при столкновении с ситуацией неопределенности или витальной угрозой [8]. В стоматологии влияние личностных особенностей пациентов на лечебный процесс и приверженность лечению пока изучено недостаточно. В таблице 3 представлены корреляционные связи между акцентуациями характера и стоматологическими индексами у женщин.

Было установлено, что выраженность черт тревожно-боязливой типа акцентуации характера у женщин сопровождалась низкими показателями стоматологического здоровья: пациентки тревожно-боязливой типа чаще нуждались в лечении врача-стоматолога. На повторном приеме у врача-стоматолога был обнаружен зубной налет у пациенток данного типа, что говорит о несоблюдении ими рекомендаций лечащего врача.

Выраженность возбудимого и циклотимического типов акцентуаций характера у женщин была положительно связана с показателями зубного налета при втором посещении врача-стоматолога. Т.е. данные черты характера у женщин также препятствовали устойчивому соблюдению рекомендаций врача-стоматолога из-за ослабленного контроля и неустойчивости эмоциональных состояний.

Женщины с преобладанием гипертимного типа акцентуации характера не нуждались в лечении у врача-стоматолога, также у них не было обнаружено зубного налета, кровоточивости и воспаления десен, что свидетельствует о выполнении ими рекомендаций врача. У пациенток демонстративного типа также не было

обнаружено кровоточивости и воспаления десен. Вероятно, из-за высокой социальной направленности данных типов характера женщины склонны в большей степени следить за своей внешностью и стоматологическим здоровьем. Следовательно, данные черты характера следует отнести к благоприятным факторам, способствующим выполнению рекомендаций.

Таблица 3

**Корреляционные связи между акцентуациями характера
и стоматологическими индексами у женщин (r_s)**

Типы акцентуации характера	Стоматологический индекс							
	CPITN 1	CPITN 2	Saxer- Muhleman 1	Saxer- Muhleman 2	PMA 1	PMA 2	Silness- Loe 1	Green- Vermillion 2
Возбудимый	-	-	-	-	-	-	-	0,313*
Циклотими- ческий	-	-	-	-	-	-	-	0,257*
Тревожно- боязливый	0,376**	0,339**	-	-	-	-	-	0,261*
Гипертимный	-0,289*	-	-0,357**	-0,276*	-0,362**	-	-0,343**	-
Демонстра- тивный	-0,289*	-	-	-	-0,356**	-0,272*	-	-

Примечание: * – связи значимы на уровне $p \leq 0,05$; ** – связи значимы на уровне $p \leq 0,01$.

В таблице 4 представлены корреляционные связи между типом отношения к болезни и стоматологическими индексами у женщин.

Были получены корреляционные связи между типами отношения к болезни/лечению и индексами стоматологического здоровья в женской выборке. Высокие индексы воспаления пародонта и зубного налета пациентов при первом посещении врача-стоматолога были взаимосвязаны с показателями тревожного и фобического типов отношения к болезни. Вероятно, легко возникающие страхи и высокая тревожность у данного типа пациенток (что перекликается с исследованиями других авторов) могли быть причиной редкого обращения к врачам-стоматологам, «запущенности» полости рта.

При выраженности у женщин неврастенического и сенситивного типов отношения к болезни чаще наблюдалось воспаление десен. Возможно предположить, что плохая переносимость неприятных процедур и болевых ощущений, раздражительность и нетерпеливость в обследовании и лечении могут

способствовать тому, что женщины неврастенического типа будут избегать регулярного посещения врача-стоматолога. А такие черты как повышенная застенчивость, робость и впечатлительность, могут приводить к тому, что пациентки сенситивного типа также будут избегать лечения, боясь осуждения со стороны врача, поскольку считают состояние своей полости рта неудовлетворительным.

Таблица 4

Корреляционные связи между типом отношения к болезни, направленностью локус-контроля и стоматологическими индексами у женщин (r_s)

Шкала	Стоматологические индексы				
	Green- Vermillion 1	PMA 1	PMA 2	CPITN 1	Saxer- Muhleman 2
Тревожный тип	-	0,347**	0,251*	-	-
Фобический тип	-	0,276*	-	-	-
Неврастенический тип	0,259*	0,268*	-	-	-
Сенситивный тип	-	0,306*	-	-	-
Шкала внутреннего локуса контроля	-	-	-	-0,272*	-
Шкала контроля «могущественными другими»	-	-	-	-	-0,264*

Примечание: * – связи значимы на уровне $p \leq 0,05$; ** – связи значимы на уровне $p \leq 0,01$.

Установлено, что у женщин высокие показатели по шкале внутреннего локуса контроля отрицательно коррелировали с показателями стоматологического неблагополучия при первом посещении стоматологического кабинета. Показатели по шкале контроля «могущественными другими» были отрицательно связаны с уровнем кровоточивости десен при втором посещении. Т.е. внутренняя ответственность пациенток за состояние своего стоматологического здоровья может способствовать стремлению контролировать свое здоровье, следить за состоянием полости рта, а зависимость от чужого авторитетного мнения – соблюдению рекомендаций врача-стоматолога.

В группе мужчин не обнаружено взаимосвязей между выполнением рекомендаций врача и личностными особенностями. Возможно, в формировании приверженности лечению у мужчин более важными являются факторы, не

связанные с личностными особенностями, такие как: тяжесть заболевания, выраженность болевого синдрома и т.д.

Выводы

1. Динамика стоматологических индексов через один месяц после первого приема врача-стоматолога показала, что состояние стоматологического здоровья (здоровья полости рта и зубов) пациентов достоверно улучшилось после подробных разъяснений врача по правильной гигиене, что свидетельствует о соблюдении ими врачебных рекомендаций.

2. Для мужчин и для женщин характерны различные взаимосвязи личностных характеристик с отношением к гигиене полости рта и индексами стоматологического здоровья. В женской выборке уровень стоматологического здоровья был выше у пациенток с высокими показателями экстраверсии, внутренним локусом контроля, с гипертимным или демонстративным типами акцентуации характера и ниже – у пациенток с покорно-зависимым типом межличностных отношений. В мужской выборке состояние стоматологического здоровья было выше у пациентов с сотрудничающим, зависимым и альтруистическим типами межличностных отношений и ниже – у пациентов с агрессивным типом. Взаимосвязей между типами акцентуаций характера, типами отношения к болезни и индексами стоматологического здоровья в группе мужчин обнаружено не было.

Заключение

В ходе исследования показано, что существует связь личностных особенностей пациента с приверженностью лечению в стоматологии. Личностные характеристики мужчин и женщин, стиль межличностных взаимоотношений и отношение к болезни тесно взаимосвязаны с соблюдением гигиены полости рта и выполнением рекомендаций врача-стоматолога. Установлено, что мужчины и женщины по-разному относятся к выполнению рекомендаций. Эти данные помогут врачу-стоматологу подобрать индивидуальный подход к каждому пациенту, основываясь на данных психологической экспресс-диагностики, что позволит улучшить систему отношений «врач–пациент» и влиять на повышение приверженности лечению пациента. Таким образом, на примере представленного исследования показано, что комплексная экспресс-оценка индивидуально-личностных особенностей пациентов и приверженности лечению должна проводиться на этапе профилактики или диагностическом этапе лечебного процесса и являться частью психологического сопровождения пациентов в рамках персонализированной медицины. Целесообразно участие медицинского психолога в формировании мотивации пациентов к выполнению врачебных рекомендаций при стоматологическом лечении, в работе по снятию напряжения и снижению уровня тревоги пациентов перед медицинскими манипуляциями. Дальнейшие исследования позволят нам разработать способ эффективной экспресс-диагностики пациентов для подбора персонифицированных стратегий ведения пациента врачом-стоматологом.

Литература

1. Ананьев В.А. Психология здоровья. Кн. 1. Концептуальные основы психологии здоровья. СПб.: Речь, 2006. 384 с.
2. Айер У. Психология в стоматологической практике. СПб.: Питер, 2008. 219 с.
3. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика, обучение. СПб.: Академия, 2004. 736 с.
4. Гринберг С.Д. Управление стрессом. 7-е изд. СПб.: Питер, 2002. 496 с.
5. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: межкультурные и междисциплинарные аспекты на примере 40 историй болезни. М.: Медицина, 1996. 463 с.
6. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: Бахрах, 1998. 672 с.
7. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2006. 670 с.
8. Психология кризисных и экстремальных ситуаций [Электронный ресурс] / под ред. Н.С. Хрустальной. СПб.: изд-во СПбГУ, 2018. 748 с. URL: <https://e.lanbook.com/book/109474> (дата обращения 15.01.2019).
9. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / Под ред. Л.И. Вассермана. СПб.: изд-во СПб НИПНИ им. Бехтерева, 2005. 33 с.
10. Пичугина Е.Н., Арушанян А.Р. Индивидуальный подход к лечению пациентов стоматологического профиля в зависимости от их психологического статуса // Бюллетень медицинских Интернет- конференций. Т. 4. № 4. 2014. С. 354–356.
11. Собчик Л.Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений. Речь, 2003. 96 с.
12. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики. Вып. 3. Диагностика межличностных отношений. Модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири. Методическое Руководство. М.: МКЦ ГУ по труду и социальным вопросам Мосгорисполкома, 1990. 48 с.
13. Тимохова Е.С., Грицкевич Е.Р. Влияние стоматологического статуса полости рта на уровень качества жизни // Сахаровские чтения 2018 года: экологические проблемы XXI века: материалы 18-й международной научной конференции. Под ред. С.А. Маскевича, С.С. Позняка. Минск: ИВЦ Минфина, 2018. Ч. 1. С. 349–350.
14. Федотова А.В. COMPLAINTS. Эффективная коммуникация врач-пациент // Вейновские чтения [Электронный ресурс]. 2009. URL: <http://www.paininfo.ru/events/vein09/2544.html> (дата обращения 15.02.2017).

Ситкина Е.В., Исаева Е.Р., Тачалов В.В., Искренко К.К.,
Трегубенко И.А. Особенности формирования
комплаентного поведения у пациентов
стоматологической клиники
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 1. С. 137–161.

Sitkina E.V., Isaeva E.R., Tachalov V.V., Iskrenko K.K.,
Tregubenko I.A. Features of Formation of
Compliance Behavior in Patients of Dental Clinic
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 1, pp. 137–161.

15. Фирсова И.В. Исследование комплаентности стоматологических пациентов // Вестник новых медицинских технологий. 2008. Т. 15. № 1. С. 123–124.

16. Ялтонский В.М., Малый А.Ю., Макурдумян Д.А. и др. К проблеме приверженности/неприверженности лечению в ортопедической стоматологии // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием / Под.ред. Н.А. Сироты. М.: изд-во МГМСУ, 2011. с. 105–108.

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

18. Aslam I., Feldman S.R. Practical Strategies to Improve Patient Adherence to Treatment Regimens // Southern Medical Journal. 2015. Vol. 108. № 6. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26079456> (дата обращения 13.12.2018)

19. Berggren U., Meynert G. Dental fear and avoidance – causes, symptoms and consequences // Journal of the American Dental Association. 1984. Vol. 109. № 2. P. 247–251. doi.org/10.14219/jada.archive.1984.0328.

20. Nicholls C. Periodontal disease incidence, progression and rate of tooth loss in a general dental practice: The results of a 12-year retrospective analysis of patient's clinical records // British dental journal. 2003. Vol. 194. P. 485–488. doi: 10.1038/sj.bdj.4810062.

Features of Formation of Compliance Behavior in Patients of Dental Clinic

Sitkina E.V.,

Assistant, Department of general and clinical psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, sitkina_evgenya@mail.ru

Isaeva E.R.,

Doctor in psychological sciences, Head of the Department of general and clinical psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, isajeva@yandex.ru

Tachalov V.V.,

Ph.D. in medical sciences, Associate Professor, Department of therapeutic stomatology and periodontology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, tachalov@mail.ru

Iskrenko K.K.,

Graduate, Faculty of clinical psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, 9564940@mail.ru

Tregubenko I.A.,

Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Department of general and clinical psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, ia2312@yandex.ru

The differences between men and women in compliance with the recommendations of the dentist in caring for the oral cavity are considered. The psychological characteristics of patients who fulfill and do not follow the recommendations are described. The study involved 98 people (63 women and 35 men). Dental indices: CPITN, PMA, Saxer & Muhlemann, Silness & Loe, Green-Vermillion. Psychodiagnostic methods: Multidimensional Questionnaire on Health, Test "Diagnosis of Interpersonal Relations", Characteristic Questionnaire Leonhard - Shmishek, Self-Assessment Questionnaire of the State of the Military Medical Academy, Personal Questionnaire Bekhterevsky Institute, Dental Questionnaire (Orekhova L.Yu., Kudryavtseva T.V., Tachalov V.V.). Indices of dental oral health during the I and II examinations, which reflect the quality of the patient's medical recommendations were obtained. Identified personality features of women and men

associated with compliant behavior. Women with good oral hygiene had such personality characteristics as: extraversion, internal locus of control, authoritarian type of interpersonal relations, hyperthymic or demonstrative type of accentuation of character. For men with good hygiene, cooperative and altruistic types of interpersonal relationships are characteristic.

Keywords: personality traits, compliance, adherence to treatment, adherence to the recommendations of the dentist, gender differences.

References

1. Anan'ev V.A. *Psikhologiya zdorov'ya*. Kn. 1. Kontseptual'nye osnovy psikhologii zdorov'ya. [Health psychology. Book 1. Conceptual Foundations of Health Psychology]. Saint-Petersburg: Rech', 2006. 384 p. (In Russ.).
2. Aier U. *Psikhologiya v stomatologicheskoi praktike* [Psychology in dental practice]. Saint-Petersburg: Piter, 2008. 219 p. (In Russ.).
3. Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu. *Meditinskaya psikhodiagnostika: teoriya, praktika, obuchenie* [Medical psychodiagnosics: theory, practice, training]. Saint-Petersburg: Akademija, 2004. 736 p. (In Russ.).
4. Grinberg S.D. *Upravlenie stressom* [Stress management]. 7th ed. Saint-Petersburg: Piter, 2002. 496 p. (In Russ.).
5. Pezeshkian N. *Psikhosomatika i pozitivnaya psikhoterapiya: mezhkul'turnye i mezhdistsiplinarnye aspekty na primere 40 istorii bolezni* [Psychosomatics and Positive Psychotherapy: Intercultural and Interdisciplinary Aspects on the example of 40 case histories]. Moscow: Meditsina, 1996. 463 p. (In Russ.).
6. *Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy: uchebnoe posobie* [Practical psychodiagnosics. Methods and tests: a tutorial]. In D.Ya. Raigorodskii (ed.). Samara: Bakhrakh, 1998. 672 p. (In Russ.).
7. *Psikhologiya zdorov'ya: Uchebnik dlya vuzov* [Workshop on Health Psychology]. In G.S. Nikiforov (ed.). Saint-Petersburg: Publ.Piter, 2006. 670 p. (In Russ.).
8. Khrustaleva N.S. *Psikhologiya krizisnykh i ekstremal'nykh situatsii* [Psychology of crisis and extreme situations] [Electronic resource]. Saint-Petersburg: Publ. of SPbGU, 2018. 748 p. URL: <https://e.lanbook.com/book/109474>. (Accessed 15.01.2019). (In Russ.).
9. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni. Posobie dlya vrachei* [Psychological diagnosis of the relationship to the disease. A Handbook for Doctors]. In L.I. Vasserman (ed.). Saint-Petersburg: Publ. of SPb NIPNI im. Bekhtereva, 2005. 33 p. (In Russ.).

10. Pichugina E.N., Arushanyan A.R. Individual'nyi podkhod k lecheniyu patsientov stomatologicheskogo profilya v zavisimosti ot ikh psikhologicheskogo statusa [Individual approach to the treatment of dental patients, depending on their psychological status]. *Byulleten' meditsinskikh Internet- konferentsii [Bulletin of Medical Internet Conferences]*, 2014, vol. 4, no. 4, pp. 354–356. (In Russ.).

11. Sobchik L.N. Diagnostika individual'no-tipologicheskikh svoystv i mezhlichnostnykh otnoshenii [Diagnostics of individual-typological properties and interpersonal relations]. Saint-Petersburg: Rech', 2003. 96 p. (In Russ.).

12. Sobchik L.N. Metody psikhologicheskoi diagnostiki. Vyp. 3. Diagnostika mezhlichnostnykh otnoshenii. Modifitsirovannyi variant interpersonal'noi diagnostiki T. Liri. Metodicheskoe Rukovodstvo [Methods of psychological diagnosis. Diagnosis of interpersonal relationships. A modified version of the interpersonal diagnosis T. Leary]. Moscow: Publ. of MKC GU po trudu i social'nym voprosam Mosgorispolkoma, 1990. 48 p. (In Russ.).

13. Timokhova E.S., Gritskevich E.R. Vliyanie stomatologicheskogo statusa polosti rta na uroven' kachestva zhizni [Impact of the oral status of the oral cavity on the quality of life]. In S.A. Maskevich, S.S. Poznjak (eds.), *Sakharovskie chteniya 2018 goda: ekologicheskie problemy XXI veka: materialy 18-i mezhdunarodnoi nauchnoi konferentsii [Sakharov Readings 2018: Environmental Problems of the XXI Century: Proceedings of the 18th International Scientific Conference]*. Minsk: Publ. of IVC Minfina, 2018, vol. 1, pp. 349–350. (In Russ.).

14. Fedotova A.V. Komplaens. Effektivnaya kommunikatsiya vrach-patsient [Compliance. Effective communication doctor-patient] [Electronic resource]. In *Veinovskie chteniya [Veynovskie Readings]*, 2009. URL: <http://www.paininfo.ru/events/vein09/2544.html> (Accessed 15.02.2017). (In Russ.).

15. Firsova I.V. Issledovanie komplaentnosti stomatologicheskikh patsientov [Dental Compliance Research patients]. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologii [Bulletin of New medical Technologies]*, 2008, vol. 15, no. 1, pp. 123–124. (In Russ.).

16. Yaltonskii V.M., Malyi A.Yu., Makurdumyan D.A. i dr. K probleme priverzhennosti/neprieverzhennosti lecheniyu v ortopedicheskoi stomatologii [To the problem of adherence / non-adherence to treatment in orthopedic dentistry]. In N.A. Sirota (ed.), *Vserossiiskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiem [All-Russian scientific-practical conference with international participation]*. Moscow: Publ. of MGMSU, 2011, pp. 105–108. (In Russ.).

17. Yaremenko A.I., Isaeva E.R., Kolegova T.E., et al. Udovletvorennost' kachestvom zhizni patsientov s minimal'nymi rubtsovymi deformatsiyami litsa i shei [Satisfaction of the quality of life of patients with minimal cicatricial deformities of the face and neck] [Electronic resource]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2018, vol. 7, no. 1, pp. 75–90. doi:10.17759/cpse.2018070106. (In Russ.).

18. Aslam I., Feldman S.R. Practical Strategies to Improve Patient Adherence to Treatment Regimens [Electronic source]. *Southern Medical Journal*, 2015, vol. 108, no. 6. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26079456>. (Accessed 13.12.2018).
19. Berggren U., Meynert G. Dental fear and avoidance – causes, symptoms and consequences. *Journal of the American Dental Association*, 1984, vol. 109, no. 2, pp. 247–251. doi.org/10.14219/jada.archive.1984.0328.
20. Nicholls C. Periodontal disease incidence, progression and rate of tooth loss in a general dental practice: The results of a 12-year retrospective analysis of patient's clinical records. *British Dental Journal*, 2003, vol. 194, pp. 485–488. doi: 10.1038/sj.bdj.4810062.

Особенности формирования мышления в условиях цифровой среды

Алехин А.Н.,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии и психологической помощи, ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия, termez59@mail.ru

Грекова А.А.,

клинический психолог, психолог медико-психолого-социального центра университета ИТМО, ФГАОУ ВО Санкт-Петербургский национальный исследовательский университет информационных технологий, механики и оптики, Санкт-Петербург, Россия, aliya-grekova@yandex.ru

Целью исследования стало описание особенностей мышления людей, психическое развитие которых осуществлялось в условиях виртуализации различных сфер жизнедеятельности (в сетевом обществе). В исследовании приняли участие 319 практически здоровых респондентов – студентов вузов Санкт-Петербурга, обучающихся по специальностям, связанным с компьютерными технологиями. Контрольную группу составили 45 респондентов в возрасте 35–50 лет. Выбор контрольной группы был обусловлен тем, что психическое развитие людей этой возрастной категории осуществлялось в отсутствии информационных средств широкого пользования. В программу исследований включены классические экспериментальные патопсихологические методики: «Исключение лишнего» и «Сравнение понятий». Анализ мышления представителей современной молодежи выявил частую встречаемость таких феноменов в мышлении, которые правомерно обозначить как «псевдопатопсихологические» (ППФ). В качестве ППФ рассматривались результаты выполнения патопсихологических методик, содержащие обобщения, основанные на латентных признаках, различные варианты искажения обобщений или их отсутствие. Анализировался вероятный культурно-исторический генез выявленных феноменов. Сравнение двух выборок по частоте встречаемости ППФ методом углового преобразования Фишера показало, что различия в распространенности исследуемого признака между группами достоверны. Обобщения, основанные на латентных признаках, широкие обобщения, а также ряд признаков, характеризующих искажения мышления, отмечались у практически здоровых людей и не являлись специфическими. Полученные результаты следует учитывать при анализе результатов патопсихологических

экспериментов для уточнения признаков нормы и патологии мыслительной деятельности.

Ключевые слова: мышление, патопсихологическая диагностика, обобщения, психопатология, молодежь, норма и патология мышления.

Для цитаты:

Алехин А.Н., Грекова А.А. Особенности формирования мышления в условиях цифровой среды [Электронный ресурс]. // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 162–176. doi: 10.17759/psycljn.2019080110

For citation:

Alekhin A.N., Grekova A.A. Peculiarities of Thinking Formation in the Digital Environment [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 1, pp. 162–176. doi: 10.17759/psycljn.2019080110 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Психическое здоровье и психическое расстройство – явления культурно-исторически обусловленные, поскольку формирование и развитие психики человека определяются культурно опосредованной исторически развивающейся практической деятельностью [2]. Уникальное изменение орудий труда и деятельности произошло с развитием и широким распространением цифровых технологий. Жизнь и деятельность все большего числа людей осуществляются в информационной среде, виртуализирующей значимые отношения человека с человеком и с действительностью. Люди все больше времени проводят в пространстве симулякров, не взаимодействуя с реальными вещами и другими людьми, не переживая ситуаций такого взаимодействия. Дети и молодежь, чье психическое развитие опосредовано ИКТ, относятся к «цифровому поколению» и фактически представляют собой новый эволюционировавший вид человека – «*Nomosapiensdigital*» [19; 20]. Масштаб эволюционных изменений психической деятельности человека в мире цифровых технологий сопоставим с эволюционным скачком, произошедшим в результате развития книгопечатания. Высокая скорость и большой объем информационных потоков, требования к скорости принятия решений, вплоть до изменений физиологических стереотипов работы с информацией (движение глаз при работе с текстом, микродвижения рук), отличают представителей цифрового поколения от «цифровых эмигрантов», для которых включение в цифровую среду является скорее вынужденным, фрагментарным, а не привычным [5; 18; 20].

Изменяются и формы общественных отношений: в цифровую эпоху иерархический принцип построения общества сменяется сетевым, отличительными чертами которого являются отсутствие очевидного ядра и периферии [4], что обуславливает и изменения организации мышления у цифрового поколения, меняя

операции мышления, особенно классификации и категоризации [6; 10; 15]. Релевантным способом коммуникации в новой социальной структуре стал гипертекст. Его отличительными особенностями являются нелинейность, принципиальная открытость, множественность, одновременный поток разнотипной, даже противоположной по смыслу информации. Гипертекстуальный способ мышления фиксирует отсутствие однозначно значимых иерархических признаков, существенного и несущественного [7]. Это ассоциативный процесс, заключающийся в непрерывном связывании и надстраивании знаков над знаками. Таким образом, формирующиеся способы мышления по своим проявлениям могут быть сходны с мышлением при шизофрении, при которой в результате патологического ослабления функций лимбической системы значение информации размывается, становится неопределенно-многозначным, оценивается искаженно и парадоксально [8].

Патологическая структура мышления при шизофрении может рассматриваться как детерминированная культурой, в которой возникло, сформировалось и функционирует мышление человека. В таком случае логично полагать, что радикальные трансформации культурно-исторического контекста формирования и развития психики сопровождаются появлением новых форм «культурной патологии», изменениями психических процессов и, соответственно, представлений об их нормах [16]. Потенциальными новообразованиями такого мышления становятся нечувствительность к задачам, требующим системного и углубленного анализа; снижение побуждений к самостоятельности, обдумыванию, воображению, критическому мышлению и индуктивному анализу [5; 10; 18]. В связи с задачами психопрофилактики, коррекции, экспертизы психических состояний представляется актуальным исследование таких новых форм мышления в их психологическом и патопсихологическом аспектах.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 319 респондентов, получающих высшее профессиональное образование в национальном исследовательском университете информационных технологий, механики и оптики г. Санкт-Петербург, в Санкт-Петербургском государственном электротехническом университете им. В.И. Ульянова (Ленина), а также в Санкт-Петербургском горном университете. Возраст респондентов – 18–20 лет ($19,2 \pm 0,9$ лет), гендерное распределение – 55% юношей, 45% девушек. Контрольная выборка была представлена двумя группами.

1. 45 респондентов в возрасте 35–50 лет ($41,9 \pm 4,9$) с высшим образованием по специальностям: инженер-конструктор, инженер-технолог, врач, экономист, психолог. Гендерный состав: 52% респондентов мужского пола, 48% – женского. Все респонденты этой группы социально активны, владеют компьютером, пользуются интернетом. В выборе данной контрольной группы мы исходили из того, что мышление людей этой возрастной категории было сформировано в доцифровую эпоху.

2. 23 респондента в возрасте 28–33 лет ($29,7 \pm 1,6$); все респонденты с высшим образованием по специальностям: инженер-эколог, педагог, бухгалтер, врач.

Гендерный состав: 44% респондентов мужского пола, 56% – женского. Психическое развитие респондентов данной подгруппы проходило в условиях отсутствия массового распространения смартфонов, а компьютер и интернет еще не были столь интенсивно включены в жизнь семей, как это произошло позднее.

Целью исследования стало выявление особенностей формирования мышления людей, психическое развитие которых осуществлялось в условиях виртуализации основных сфер жизнедеятельности (в мультимедийной сетевой среде).

Для исследования использовались классические **методики** патопсихологического эксперимента: «Исключение лишнего» и «Сравнение понятий». Выбор этих методик диктовался необходимостью сопоставить полученные результаты с данными, полученными в результате многочисленных патопсихологических экспериментов, сделанных в первой половине и середине XX в.

1. Методика «Исключение лишнего» (визуальный ряд) предназначена для исследования аналитико-синтетической мыслительной деятельности больных, их способности строить обобщения и дает представление о мыслительных категориях, которыми оперирует человек. Способность к обобщению базируется на способности выделить существенное из частных признаков. Респондентам предъявлялись карточки с изображениями четырех предметов на каждой по образцу экспериментальных исследований С.Я. Рубинштейн. После устного ответа с респондентами проводилось устное обсуждение содержания карточек [14].

2. Методика «Сравнение понятий» (карточки с картинками) позволяет увидеть результат аналитико-синтетической деятельности, требующей дифференцировки существенных признаков на общие и различные для нескольких объектов [14].

Результаты исследования и обсуждение

Отчеты респондентов были разделены на две условные группы: «нормативные» и «ненормативные». Ненормативные ответы условно обозначены нами как «псевдопатопсихологические» феномены мышления (далее по тексту ППФ). Природа ППФ обусловлена не патологическим психическим процессом, а культурно-историческим контекстом. По своей форме ППФ схожи с патологическими проявлениями, регистрируемыми ранее в классических патопсихологических экспериментальных исследованиях при расстройствах шизофренического спектра. ППФ включают в себя обобщения, основанные на латентных признаках, ответы, в которых отсутствует сам акт обобщения, а также различные искажения процесса обобщения.

В отдельную пограничную категорию были выделены «широкие обобщения», представляющие по своей сути обобщения с пропуском ближайшего обобщающего понятия. Новые родовые понятия, такие как «информация», «физические свойства» и др., теряют тесную связь с человеческой деятельностью и часто приводят респондентов к противоположным выводам и логическим ошибкам [1]. Широкие обобщения составили 11% ответов, другие ППФ – 12% от всех ответов.

Характерно, что привычное обобщение по родовым категориям воспринималось молодыми людьми как «стандартное», «банальное», «слишком простое». Мышление современных студентов оперирует за пределами видимого и очевидного, перебирает различные точки зрения, варианты восприятия. Современные психически здоровые молодые люди озадачиваются поиском чего-то спрятанного за видимым, анализом различных вариантов решения тривиальных задач.

В классической литературе такой «проникающий вглубь» взгляд, выискивающий нечто глобальное, описывался как иллюстрация патологического расстройства психики. Так, В.В. Плотников приводит пример: исключая лишнее из четырех предметов (весы, часы, термометр, очки) женщина с диагнозом «шизофрения» заявила: «Здесь имеются подходы разные. От частного к общему: три предмета бытовые, а очки профилактические. Но при более широком подходе можно все оставить: все это для блага человека. Но если более строго подходить, то это измерительные приборы и вдруг очки. Здесь они ни к чему. Но при более широком подходе необходимы для блага человека» [11, с. 218].

Автор, комментируя это, называет такое мышление «многозначным» и поясняет, что в ситуации, которая для здоровых людей несомненно выглядит однозначной, она видит «миллион подходов». При этом подчеркивается, что больная отчетливо сознает все объективно существующие связи между объектами (существенные и малозначачие), но для нее они равноценны, и поэтому у нее возникают затруднения в отборе значимой информации [11].

У современных психически здоровых респондентов мы часто встречали примеры подобной многозначности мышления. Например, респондент (22 года, магистрант, психически здоров) анализирует карточку с четырьмя предметами – пила, шуруп, штопор, топор – следующим образом: «Я вижу четыре варианта. Можно исключить штопор – это бытовой прибор, не инструмент, не может ничего особого создавать, открывать. Можно исключить по парам: штопор и шуруп (вкручивание), топор и пила (пилят, разрубает). Можно исключить шуруп – у него нет ручки, рукоятки. Можно исключить шуруп, все остальное разделяет, а он связывает». На вопрос «на каком варианте ответа Вы остановитесь?» респондент задумался и выбрал последний вариант, объяснив свой выбор тем, что это более творческий подход.

Новые принципы и подходы мышления становятся очевидными, когда сравниваются латентные признаки объектов (часы, весы, термометр, очки) из заданий на исключение лишнего у представителей доцифровой и цифровой эпох. Так, в исследовании В.А. Литвак [9] эти понятия были обозначены словами, а в данном исследовании они представлены картинками. Типовыми решениями для этого задания в исследованиях В.А. Литвак были такие суждения как: «лишние – очки, остальное измерительные приборы»; «весы, остальные предметы имеют в конструкции стекло»; «термометр, остальные предметы имеют круглые очертания».

Из приведенных примеров латентных свойств в проводимых исследованиях В.А. Литвак часто встречался первый вариант (таблица 1): «Лишние – очки

и секундомер; весы, градусник – за что-то можно подвесить», «Очки нельзя повесить, нет крючка» и т.п. Однако встречались и другие оригинальные решения этого задания.

Таблица 1

Сопоставление суждений респондентов о латентных свойствах объектов при решении заданий на исключение лишнего в 1980-х и в 2017–2018 гг.

Латентные свойства (1982–1983 гг.)	Латентные свойства (2017–2018 гг.)
✓ часы, весы, термометр – висят	✓ часы, весы, термометр – висят
✓ к часам, очкам, термометру не нужны дополнения, а к весам нужны гири	✓ часы, весы, термометр – не способны оказать помощь человеку с плохим зрением*
✓ очки, часы, термометр – бесшумные	✓ часы, весы, термометр – человек смотрит на них для получения информации, а не сквозь них*
✓ часы, весы, очки в своей основе имеют рычажный принцип работы*	✓ часы, весы, термометр можно использовать как приборы для исследования*
✓ у весов, термометра, очков есть высшие и низшие точки*	✓ часы, весы, термометр – состояние этих трех предметов меняется динамически в зависимости от окружения*
✓ часы, очки, термометр – запотевают	✓ часы, термометр, секундомер показывают точное текущее состояние окружающей среды*
	✓ часы, очки, весы – присутствуют вращательные детали (Л)
	✓ часы, весы, очки употребляются во множественном числе (Л)

Примечание: * – широкие обобщения, (Л) – обобщения по латентным признакам.

Сравнение данных, полученных в разное время, показывает, что латентные признаки, выявляемые в 1980-х годах, часто более конкретны, чем латентные признаки начала XXI в. Современные люди оперируют более глобальными и сложными суждениями при аргументации выбора лишнего предмета. Это становится возможным при использовании широких обобщений (таблица 2). Обобщение по латентным признакам часто становится результатом установки на многомерный анализ, выискивание оригинальных, неочевидных с первого взгляда признаков. Очевидно, что в этом проявляется увеличение объема привлекаемой из памяти информации, в том числе за счет привлечения и использования латентных, малозначимых свойств. В 60–70-е годы прошлого столетия такие особенности отмечались лишь у людей с шизофренией, в то время как психически здоровые

испытуемые испытывали затруднения при необходимости в нетривиальной ситуации увидеть такие свойства [13]. В.А. Литвак выявила, что психически здоровым людям свойственны тенденции мышления, типичные для их родственников с шизофренией [9]. В настоящее время круг коммуникантов, демонстрирующих подобные способы мышления, по-видимому, расширяется в результате изменения культурно-исторических условий. Эти предположения подтверждаются исследованиями, сделанными на других выборках респондентов с использованием патопсихологических методик [6]. Можно полагать, что подобные формы мышления отражают результат увеличивающегося разрыва между мышлением (как опосредованной знаками деятельности) и человеческой деятельностью в предметном мире (практикой). Уместно вспомнить феномен аномальной избирательности мышления, обозначенный Ю.Ф. Поляковым как явление, характерное для больных с расстройствами мышления. Причиной аномальной избирательности он считал ослабление детерминации мышления опытом практического взаимодействия с предметами окружающей действительности [12]. Вероятно, респонденты цифровой эпохи подходят к заданиям с иными установками. Они воспринимают изображения не как предметы реальной действительности, а как симулякры или «знаки над знаками», и это приводит к иным, более произвольным способам работы с образами.

Кроме обобщений на основе латентных признаков и широких обобщений в исследовании было зафиксировано полное отсутствие обобщения понятий (предметов). При проведении сравнительного анализа использовалась классификация ППФ, предложенная Т.В. Чередниковой [17], которая детализирует различные нарушения операциональной стороны мышления, описанной Б.В. Зейгарник [3].

В нашем исследовании были зафиксированы 16 из 20 признаков, выделенных в 2011 году Т.В. Чередниковой, и добавлен один новый (см. табл. 2, добавлен параметр № 12). Наиболее распространенными в данной выборке оказались следующие ППФ: латентные признаки, неадекватность, соскальзывание, актуализация конкретно-чувственных свойств, обобщенные вербализации, разноплановость. У больных шизофренией наиболее часто встречались такие феномены, как алогизм, фрагментарность, амбивалентность, абстрактность, обобщенные вербализации. Такие параметры как абстрактность, символизм, атактические замыкания, фрагментарность в представленной выборке отсутствовали.

Общее количество выявленных ППФ было распределено по уровням в соответствии с частотой их встречаемости на одного респондента. Средний показатель (частота феноменов) составил 3,6. Минимальный показатель наличия ППФ в ответах у одного человека – 0, максимальный показатель – 14. Количество ППФ от 0 до 1 в соответствии с теоретическими источниками и принятыми нормами считается нормальным (выявлено у 15,6% респондентов в нашем исследовании). Несмотря на смягчение оценки частоты присутствия ППФ от 0 до 3 у каждого респондента, у 40% были выявлены более высокие показатели: 4 ППФ – у 11,6% человек; 5–6 – у 16,3% респондентов; 7–8 ППФ – у 8,5% и 9 и более ППФ – у 3,8% респондентов.

Таблица 2

Примеры ППФ и их представленность по параметрам

ППФ (частота встречаемости)	Основные признаки	Примеры суждений респондентов
1. Латентные признаки (17,7%)	своеобразные, уникальные суждения или ассоциации, раскрывающие неотъемлемые, хотя и вторичные, неявные свойства объектов	Термометр лишний, внутри опасное вещество – ртуть.
2. Неадекватность (17,4%)	недостаточное соответствие суждений принятым в обществе представлениям и чувственному опыту каждого взрослого человека	Книга и яблоко. Оба предмета «потомки» деревьев. Яблоко и книга. Общий предок – дерево.
3. Соскальзывания (12,1%)	нарушение целенаправленного хода мыслей, отклонение от смысловой связующей линии внутри предложений или между ними, со сменой или без смены темы	Тут может быть неточность. Но сходство в первопричине. А первопричина – дерево. Различие в том, что книга может считаться источником информации для человека, а яблоко же только в более широких масштабах.
4. Актуализация конкретно-чувственных свойств (10,4%)	актуализация признаков на уровне допонятийных обобщений и суждений	Топор имеет зазубрины и бороздки.
5. Обобщенные вербализации (9%)	обобщения с пропуском ближайшего обобщающего понятия, которое заменяется более широкими категориями	Письмо – информация, передаваемая в виде текста.
6. Разноплановость (6%)	замена логической и объективной аргументации субъективными ассоциациями – ссылками на собственные вкусы, оценки, воспоминания и др.	Зонт. Затрудняюсь ответить. Но все остальное ассоциируется с военным парадом: представление военной силы и сплоченности, самое новое оборудование, самая лучшая форма, люди, идущие в такт под барабаны, система, никогда не дающая сбой.
7. Множественность (3,9%)	несколько вариантов ответа при обобщении или сравнении свойств объектов	Лодка – нет колес, мотоцикл и велосипед – у них есть сидушки. Тачка и лодка, в них можно перевести больше груза.

ППФ (частота встречаемости)	Основные признаки	Примеры суждений респондентов
8. Амбивалентность (3,8%)	объединение в одно целое противоположно направленных и/или несовместимых вещей без понимания или ощущения их взаимоисключающего характера	Роза и шуба. Роза зафиксирована внизу стеблем, шуба вверху вешалкой.
9. Неологизмы (3,4%)	использование известных слов или словосочетаний в приблизительном, необычном или странном смысле; искажение формы слов при сохранении их значений	Яблоко и книга. Сходство – пища: яблоко – физическая, книга – духовная.
10. Алогизм (2,6%)	разные виды нарушения смысловой связи в суждениях или между ними	Оба колючие, но роза, которая вручена не искренне, не согреет.
11. Резонерство (2,6%)	искусственная попытка подвести под формально строгое и/или универсальное по значению понятие любой предмет, имеющий простое житейское определение	Топор делает предназначенное ему одним движением, остальные предметы – с поступательной силой и постепенно.
12. Введение дополнительных условий (2,6%)	обобщение на основании произвольно выбранных допущений относительно свойств, характеристик предметов	Яблоко и книга. Если книга учебник по физике, их объединяет Исаак Ньютон.
13. Вычурность (2,5%)	необычная и неуместная сложность в суждениях и/или в их формальном выражении, часто гротескная по форме и содержанию	Роза и шуба. Оба предмета – это следствие существования человека: селекция и использование животных ресурсов
14. Сверхвключаемость (2,2%)	включение в одну категорию разнородных предметов	Яблоко и книга. Оба предмета помогают реализовать свои идеи, понять что-то новое.
15. Формализм (2%)	суждение, сделанное на основе формальных характеристик	Роза – четыре буквы, шуба – четыре буквы.
16. Метафоричность (1,6%)	употребление метафор, часто неточных и приблизительных по смыслу	Термометр, остальное можно связать с судебным процессом: время – ограничения, весы – справедливость, очки – мудрость.
17. Парадоксальность (0,2%)	суждение, намеренно заключающее в себе двойной смысл, один из которых противоречит другому	Штаны лишние, так как они не имеют особых отличий от остальных.

«Ненормативные» обобщения в первой и второй контрольных группах оказались малораспространенными (17,8 % и 21,7% от суммарного количества ответов). Они представлены двумя параметрами в первой группе: обобщенными вербализациями (37,5% от всех «ненормативных» ответов) и актуализацией конкретно-чувственных свойств (62,5%); и тремя параметрами во второй группе: обобщенными вербализациями (60%), актуализацией конкретно-чувственных свойств (20%), латентными признаками (20%). Количество ППФ на одного респондента варьировалось от 0 до 3. Сравнение выборок (основная группа и контрольные группы) по частоте встречаемости ППФ методом углового преобразования Фишера показало, что различия между процентными долями по распространенности исследуемого признака между основной группой и первой контрольной группами значимы ($\varphi_{\text{эмп.}}=3,14$, $p=0,01$), а между основной и второй контрольной группой находятся в зоне неопределенности ($\varphi_{\text{эмп.}}=1,862$, $p=0,05$).

Заключение

Мышление как высшая психическая функция формируется в онтогенезе человека и несет в себе черты тех культурно-исторических практик, которые реализуются в конкретный исторический период в конкретной языковой среде и составляют социокультурные условия психического развития. Мышление как деятельность, опосредованная знаками, определяется качеством связей знака – значения-смысла, где значения можно рассматривать в качестве фрагментов психологического опыта взаимодействия с вещами и другими людьми. Виртуализация ведущих форм деятельности в онтогенезе (игры, деятельности, общения) сопровождается нарушением традиционных отношений знака и значения, когда знак из-за дефицита опыта непосредственного взаимодействия с вещами, приобретает характер «многозначности», то есть становится симулякром. Операции с симулякрами в таком случае утрачивают те ограничения, которые устанавливаются на знак значениями. Открываются возможности использования разных аспектов вещей, означенных таким образом, и разнообразие возможностей включения знака в систему суждения. Результаты патопсихологических экспериментальных исследований свидетельствуют о том, что мышление психически здоровых молодых людей становится более многозначным, отмечается ослабление связи суждений с практической стороной действительности. Наблюдается увеличение количества ППФ, которые проявляются у здоровых респондентов хаотично и по форме схожи с патологическими расстройствами мышления, при которых отмеченный разрыв связи знака и значения также существенен, но обусловлен патологическим процессом в самой мыслительной деятельности. Обобщения, основанные на латентных признаках, широкие обобщения, а также ряд признаков, характерных по своей форме для искажения мышления и встречающиеся у здоровых молодых людей, имеют иной генез, и нет оснований рассматривать их в качестве специфических признаков расстройств мышления. Однако полученные данные могут оказаться полезными при оценке результатов патопсихологических экспериментов, при оценке особенностей мышления у представителей различных этнических групп и при решении других аналогичных задач. Представляется актуальным исследование мышления на разных стадиях индивидуального онтогенеза в интересах оптимизации дидактических

технологий, используемых в образовательной среде. Особенности мышления несомненно накладывают свой отпечаток на социальное поведение человека, характер его переживаний и отношений с собой и другими людьми, поэтому понимание особенностей мышления детей и подростков становится необходимым условием эффективности психологической коррекции их поведения.

Литература

1. Алехин А.Н., Грекова А.А. «Псевдопсихопатологические» формы мышления в современных условиях // Вестник психотерапии. 2018. Т. 71. № 66. С. 137–151.
2. Выготский Л.С. Психология развития человека. М.: Смысл: Эксмо, 2005. 1136 с.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Юрайт, 2017. 367 с.
4. Кастельс М. Информационная эпоха: экономика, общество и культура / Под ред. О.И. Шкаратана. М.: ГУ-ВШЭ, 2000. 608 с.
5. Карр Н. Пустышка. Что интернет делает с нашими мозгами. Пер. с англ. П. Миронова. СПб.: Бест Бизнес Букс, 2012. 356 с.
6. Кобзова М.П., Зверева Н.В., Щелокова О.А. О некоторых особенностях вербально-логического мышления в норме и при шизотипическом расстройстве (на примере методики «Четвертый лишний») [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7. № 3. С. 100–118. doi:10.17759/cpse.2018070306 (дата обращения: 10.10.2018).
7. Курбатов В.И. Символическое, виртуальное, сетевое мышление: новая эпоха или эпоха новостей // Гуманитарий юга России. 2013. № 1. С. 1–11.
8. Лагун И.Я. Причинность шизофрении: конспект-анализ проблемы. Липецк: Ориус, 2008. 248 с.
9. Литвак В.А. Нарушение избирательности мышления и их связь с шизофреническим процессом: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1983. 174 с.
10. Павлова Е.Д. Сознание в информационном пространстве. М.: Академия, 2007. 668 с.
11. Плотников В.В. Характеристика мышления больных шизофренией при различных клинических вариантах ремиссии: дисс. ... канд. мед. наук. М., 1968. 317 с.
12. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М.: Медицина, 1974. 168 с.
13. Поляков Ю.Ф., Гиндилис В.М., Критская В.П. и др. Использование многомерных методов в генетическом анализе некоторых характеристик

познавательных процессов при шизофрении // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы. Научное издание. Коллективная монография по проблемам современной медицинской (клинической) психологии / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рожиной. Москва: МГППУ, 2013. С. 11–36.

14. *Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2010. 384 с.

15. *Султанова А.С., Иванова И.А.* К проблеме нормативных показателей в патопсихологической диагностике [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Т. 6. № 2. С. 83–96. doi:10.17759/cpse.2017060207 (дата обращения: 07.07.2018).

16. *Тхостов А.Ш., Сурнов К.Г.* Культура и патология: побочные эффекты социализации // Национальный психологический журнал. 2006. Т. 1. № 1. С. 20–27.

17. *Чередникова Т.В.* Информационная модель мышления Л.М. Веккера в исследованиях расстройств мышления при шизофрении методом факторного анализа [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. Т. 17. № 3. URL: <http://psystudy.ru/num/2011n3-17/495-cherednikova17> (дата обращения: 05.06.2018).

18. *Шнитцер М.* Антимозг: цифровые технологии и мозг. М.: АСТ, 2014. 288 с.

19. *Prensky M.* Digital natives, Digital immigrants // On the Horizon. 2001. Vol. 9. №. 5. P. 1–6. doi.org/10.1108/10748120110424816.

20. *Tapscott D.* Grown Up Digital: How the Net Generation is Changing Your World. New York: McGraw-Hill, 2008. 384 p.

Peculiarities of Thinking Formation in the Digital Environment

Alekhin A.N.,

Dr. (medicine), Head of the clinical psychology Department, The Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint-Petersburg, Russia, termez59@mail.ru

Grekova A.A.,

Clinical psychologist, Psychologist of Medical, Psychological and Social Assistance Center, Saint-Petersburg National Research University of Information Technologies, Mechanics and Optics, Saint-Petersburg, Russia, aliya-grekova@yandex.ru

The purpose of the research is to identify the features of young men's thinking, whose mental development carried out in conditions of life virtualization (in a network society). Material and methods. The study involved 319 mentally healthy respondents who study in the universities of St. Petersburg at the specialties associated with computer technology. The control group consists of the 45 respondents from 38 to 50 years. The choice of the control group is related to the fact that the thinking of people of this age category was formed in the pre-digital era. The research program includes classical pathopsychological methods "Exclusion of excess" and "Comparison of concepts". Results and conclusion. The modern youth thinking diagnosis revealed the existence of "pseudo-psychopathological" thinking phenomena (PPF). The answers based on latent signs, various variants of distortion of generalization and lack of generalization were assigned to PPF. PPF considered as having cultural and historical genesis. Comparison of the two samples according to the incidence rate of the PTP by Fisher's angular transformation method showed that the differences between the percentages of the prevalence of the test feature between the groups are significant. The research of the modern youth` thinking shows the increasing of the PPF `number specific to the modern mental norm. Generalizations based on latent signs, broad generalizations, as well as a number of parameters characteristic of distortion of thinking, should not be considered as specific indicators of thinking disorders, since they can occur normally. The results should be considered in evaluation of the results of pathopsychological experiments for clarification of norm and pathology of mental activity markers.

Keywords: thinking, thinking disorders, pathopsychology, generalization, pseudopsychopathology, young people, norm and pathology.

References

1. Alekhin A.N., Grekova A.A. «Psevdopsikhopatologicheskie» formy myshleniya v sovremennykh usloviyakh [Pseudopsychopathic forms of thinking in modern terms]. *Vestnik psihoterapii [The Bulletin of Psychotherapy]*, 2018, vol. 71, no. 66, pp. 137–151. (In Russ.).
2. Vigotskii L.S. *Psikhologiya razvitiya cheloveka [Psychology of human development]*. Moscow: Smisl, 2005. 1136 p. (In Russ.).
3. Zeygarnik. B.V. *Patopsikhologiya [Pathopsychology]*. Moscow: Yurajt, 2017. 367 p. (In Russ.).
4. Castells M. *Informatsionnaya epokha: ekonomika, obshchestvo i kul'tura [Information Age: Economy, Society and Culture]*. In O.I. Shkaratan (ed.). Moscow: publ. of GU-VShE, 2000. 608 p. (In Russ.).
5. Carr N. *Pustyshka. Chto internet delaet s nashimi mozgami [The Shallows: What the Internet is Doing to Our Brains]*. In P. Mironov (ed.). Saint-Petersburg: Best Biznes Buks, 2012. 356 p. (In Russ.).
6. Kobzova M.P., Zvereva N.V., Shelokova O.A. O nekotorykh osobennostyakh verbal'no-logicheskogo myshleniya v norme i pri shizotipicheskom rasstroistve (na primere metodiki «Chetvertyi lishnii») [On Some Features of Verbal-Logical Thinking in the Norm and in Schizotypic Disorder (Using the Example of the Fourth Extra Technique)]. [Electronic resource]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija [Clinical Psychology and Special Education]*, 2018, vol. 7, no. 3, pp. 100–118. doi: 10.17759/psycljn.2018070306 (In Russ., abstr. in Engl.). (Accessed: 10.10.2018).
7. Kurbatov V.I. Simvolicheskoe, virtual'noe, setevoe myshlenie: novaya epokha ili epokha novostei [Symbolic, virtual, networked thinking: a new era or the era of news]. *Gumanitarij uga Rossii [Humanitarian of the south of Russia]*, 2013, no. 1. pp. 1–11. (In Russ.).
8. Lagun I.Ya. Prichinnost' shizofrenii: konspekt - analiz problemy [Causation of schizophrenia: synopsis-analysis problems]. Lipeck: Orius, 2008. 248 p. (In Russ.).
9. Litvak V.A. Narushenie izbiratel'nosti myshleniya i ikh svyaz' s shizofrenicheskim protsessom. Diss. kand. psiholog. nauk [Violation of selectivity of thinking and their connection with the schizophrenic process. PhD diss.]. Moscow, 1983. 174 p. (In Russ.).
10. Pavlova. E.D. Soznanie v informatsionnom prostranstve [Consciousness in the information space]. Moscow: Academia, 2007. 668 p. (In Russ.).
11. Plotnikov V.V. Kharakteristika myshleniya bol'nykh shizofreniei pri razlichnykh klinicheskikh variantakh remissii. Diss.kand. med. nauk [Characteristics of thinking of patients with schizophrenia in various clinical variants of remission. PhD diss.]. Moscow, 1968. 317 p. (In Russ.).

12. Polyakov Yu.F. Patologiya poznavatel'noi deyatel'nosti pri shizofrenii. [Pathology of cognitive activity in schizophrenia]. Moscow: Medicina, 1974. 168 p. (In Russ.).
13. Polyakov Yu.F., Gindilis V.M., Kritskaya V.P., et al. Ispol'zovanie mnogomernykh metodov v geneticheskom analize nekotorykh kharakteristik poznavatel'nykh protsessov pri shizofrenii [The use of multidimensional methods in genetic analysis of some characteristics of cognitive processes in schizophrenia]. In N.V. Zvereva, I.F. Roshchina (eds.), *Medicinskaya (klinicheskaya) psihologiya: tradicii i perspektivy [In medical (clinical) psychology: traditions and prospects]*. Moscow: MSUPE, 2013. pp. 11–36. (In Russ.).
14. Rubinshtein S.Ya. Eksperimental'nye metodiki patopsikologii i opyt primeneniya ikh v klinike [Experimental methods of pathopsychology and experience of their application in the clinic]. Moscow: Aprel'-Press, Psikhoterapiya, 2010. 384 p. (In Russ.).
15. Sultanova A.S., Ivanova I.A. K probleme normativnykh pokazatelei v patopsikologicheskoi diagnostike [To the Problem of Normative Data in Pathopsychological Diagnostics] [Electronic resource]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija [Clinical Psychology and Special Education]*, 2017, vol. 6, no. 2, pp. 83–96. doi: 10.17759/psycljn.2017060207. (In Russ., abstr. in Engl.). (Accessed: 07.07.2018).
16. Tkhostov A.Sh., Surnov K.G. Kul'tura i patologiya: pobochnye efekty sotsializatsii [Culture and Pathology: Side Effects of Socialization]. *Nacionalnii psihologicheskii jurnal [National Psychological Journal]*, 2006, vol. 1, no. 1, pp. 20–27. (In Russ., abstr. in Engl.).
17. Cherednikova T.V. Informacionnaya model' myshleniya L.M. Vekker v issledovaniyah rasstrojstv myshleniya pri shizofrenii imetodom faktornogo analiza. [L.M. Vekker information model of thinking in studies of schizophrenic thought disorders using factor analysis]. *Psihologicheskie Issledovaniya [Psychological Studies]*, 2011, vol. 17, no. 3. (in Russian, abstr. in English). URL: <http://psystudy.ru/num/2011n3-17/495-cherednikova17>. (Accessed: 05.06.2018).
18. Spitzer M. Antimozg: tsifrovye tekhnologii i mozg. [Antibrain: digital technology and the brain]. AST, 2014. 288 p.
19. Prensky M. Digital natives, Digital immigrants. *On the Horizon*, 2001, vol. 9, no. 5, pp. 1–6. doi.org/10.1108/10748120110424816.
20. Tapscott D. Tapscott D. Grown Up Digital: How the Net Generation is Changing Your World. New York: McGraw-Hill, 2008. 384 p.

О коррекции психического состояния немедикаментозным способом при рассеянном склерозе

Резникова Т.Н.,

доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН (ИМЧ РАН), Санкт-Петербург, Россия, tnreznikova@ihb.spb.ru

Селиверстова Н.А.,

кандидат психологических наук, научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН (ИМЧ РАН), Санкт-Петербург, Россия, seliverstova@ihb.spb.ru

В работе представлены обобщенные результаты клинико-психологического обследования 56 больных рассеянным склерозом в динамике немедикаментозного воздействия методом формирования и активаций искусственных стабильных функциональных связей мозга. Выявлены положительные эффекты со стороны активационной, гностической, эмоциональной и личностной составляющих психического состояния, а также особенности психологических перестроек у больных рассеянным склерозом за период 10 сеансов активаций путем фотостимуляций заданной частоты.

Ключевые слова: психическое состояние, рассеянный склероз, коррекция, искусственные стабильные функциональные связи мозга.

Для цитаты:

Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А. О коррекции психического состояния немедикаментозным способом при рассеянном склерозе [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 177–188. doi: 10.17759/psyclin.2019080111

For citation:

Reznikova T.N., Seliverstova N.A. On the Correction of a Mental State in the Non-Drug Way at Multiple Sclerosis [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya], 2019, vol. 8, no. 1, pp. 177–188. doi: 10.17759/psyclin.2019080111 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

В настоящее время проблема изучения психического состояния сохраняет свою актуальность, особенно для больных людей, поскольку связана со всеми аспектами жизнедеятельности человека. Под психическим состоянием понимается сложная структура взаимосвязанных, динамичных и взаимодействующих компонентов, среди которых основными являются активационная, гностическая, эмоциональная и личностная составляющие. При многих заболеваниях важны не только психодиагностика этих составляющих, но и их соотношение в общей структуре психического состояния, определяющее, с одной стороны, направленность поведения больного человека, с другой – взаимосвязи со всеми системами организма, которые влияют на процесс выздоровления или, наоборот, провоцируют прогрессирование болезни.

Нарушения в структуре психического состояния важны не только для самого человека и его здоровья, но и для окружающего социума. Особенно это имеет значение при болезнях человека, механизмы развития которых обусловлены и органической, и функциональной патологией. Примером такой болезни является рассеянный склероз (РС) – тяжелое аутоиммуноаллергическое заболевание, характеризующееся полиморфной неврологической симптоматикой и непредсказуемым течением, поражающее людей трудоспособного возраста и приводящее к ранней инвалидизации [1; 3; 8]. Вместе с тем характер течения заболевания, тяжелые симптомы, инвалидизация в молодом возрасте, составляющие специфику РС, способствуют невротизации больных и возникновению у них социально-психологической дезадаптации, напряженности психологических защитных механизмов, повышенной тревоги [1; 9; 10].

Кроме того, психологические исследования больных РС подтверждают наличие широкого диапазона нарушений в сфере психической деятельности, включающей когнитивные функции, эмоциональные процессы, личность, образ Я, внутреннюю картину болезни [1; 3; 9–11]. При этом характер нарушений психической деятельности и патогенез этих расстройств при данном заболевании могут иметь как органическую, так и функциональную природу [8; 10]. В связи с этим, исследования психического состояния приобретают особое значение в плане диагностики, лечения, реабилитации и психологической коррекции больных РС.

В последнее время в лечебных и реабилитационных целях стали широко использоваться немедикаментозные способы коррекции эмоциональных и личностных расстройств, такие как БОС, музыкотерапия и другие. Особое место среди них занимает метод формирования и активаций искусственных стабильных функциональных связей (АСФС) мозга человека, позволяющий оптимизировать его психофизиологическое состояние [12].

Разработка новых неинвазивных вариантов и модификаций метода формирования и активаций АСФС, основанных на сенсорных импульсных воздействиях заданной частоты, и их эффективное применение для лечения больных заболеваниями органического генеза и функциональными расстройствами

нервной системы дало основание оценивать этот метод не только как клинко-физиологический, но и как нейропсихологический. В этом плане было показано значение направленного импульсного воздействия данным способом как регулятора психической деятельности человека (психического состояния, структуры внутренней картины болезни и психопатологических отклонений личности), что может использоваться для психологической коррекции [11]. Подобного рода исследований в литературе недостаточно, хотя использование немедикаментозной коррекции при РС чрезвычайно актуально, поскольку в «традиционной» терапии данного заболевания применяются сильнодействующие фармакологические препараты, которые могут иметь побочные нежелательные эффекты.

Целью работы стало изучение психического состояния больных РС в процессе воздействия методом формирования и активаций АСФС.

Основные задачи:

1. Исследование особенностей исходного психического состояния больных РС.
2. Определение взаимосвязей показателей психического состояния с клинко-анамнестическими данными.
3. Исследование динамики психического состояния больных РС в процессе воздействия методом формирования и активаций АСФС.

Эмпирическая база

Обследованы 56 больных РС с ремиттирующей формой болезни (44 женщины и 12 мужчин) в возрасте $39,4 \pm 10$ лет с длительностью заболевания от 1 до 18 лет и тяжестью по шкале EDSS [15] от 1,5 до 4,5 баллов (от легкой до умеренной). Все больные на момент обследования находились в состоянии ремиссии и не имели отчетливой очаговой неврологической симптоматики.

Со всеми больными проводилось клинко-психологическое исследование, включающее беседу, наблюдение и комплекс психологических **методик** (табл. 1), с целью изучения активационной, когнитивной, эмоциональной и личностной составляющих психического состояния до и после курса воздействия методом формирования и активаций АСФС.

С больными РС проводились курсы воздействия методом формирования и активаций АСФС, которые состояли из 10 сеансов активаций, представляющих собой ритмические фотостимуляции заданной частоты (при которой формировались АСФС) [12]. Каждый сеанс включал 6 серий фотостимуляций частотой 20 Гц, интенсивностью 0,3 Дж и длительностью по 10 секунд, подаваемых последовательно с интервалами 3–5 мин. В среднем курс коррекции составлял 2-3 недели для каждого больного. Фотостимуляции проводились с помощью тренажера функциональной активности мозга «Мираж».

Таблица 1

Комплекс методик, использованных при психологическом исследовании больных рассеянным склерозом

Предмет исследования	Психологические тесты
1 Кратковременная память (объем непосредственной и оперативной памяти, индекс кратковременной памяти)	• «Двойной тест» [6]
2 Внимание (концентрация, устойчивость, пропускная способность зрительно-моторной системы)	• Корректирующая проба (вариант с кольцами Ландольта) [4]
3 Эмоционально-личностная сфера (тревога, депрессия, агрессия, структура личности)	• Шкала тревоги Дж. Тейлора (адаптация Т.А. Немчина) [7]; • тест М. Люшера (адаптация Л.Н. Собчик) [2]; • Шкала депрессии В. Зунга (адаптация Т.И. Балашовой) [13]; • Опросник агрессивности А. Басса и А. Дарки (адаптация А.К. Осницкого) [2]; • Hand-test (адаптация Т.Н. Курбатовой) [5], опросник СМЛ [14]

Обработка полученных данных была проведена с помощью программы Statistica 10.0. Для изучения изменений психологических показателей до и после воздействия методом АСФС использовался критерий Вилкоксона для связанных выборок. Для определения взаимосвязей между показателями психологических тестов с клинико-anamnestическими данными – ранговый коэффициент корреляции Ч. Спирмена.

Результаты

Из беседы с больными было выявлено, что в исходном состоянии их основные жалобы, как правило, совпадали с умеренными неврологическими нарушениями (двигательными, чувствительными и др.). Активные жалобы на когнитивные и эмоциональные расстройства (агрессию, депрессию и страх) практически не встречались. Вместе с тем при подробном опросе в 60,7% случаев больные отмечали проблемы эмоционального характера в виде тревоги, беспокойства, раздражительности, сниженного фона настроения.

Клинико-психологическое обследование больных РС выявило разноплановые умеренно выраженные психические нарушения: интеллектуально-мнестических

функций (памяти, внимания, мышления), нейродинамики психической деятельности (снижение продуктивности и неустойчивость умственной работоспособности, истощаемость психических процессов), эмоционально-личностной сферы [9].

Уровень тревоги по шкале Дж. Тейлора в группе больных РС оказался выше нормы у 82,1% лиц. Среди них у 35,7% больных выявлен средний уровень тревоги (с тенденцией к высокому); у 46,4% – высокий уровень тревоги; в 17,9% случаев уровень тревоги был в пределах нормы. По тесту Люшера в 85,7% случаев показатель тревоги был выше нормы, при этом он был высоким у 53,6% лиц, а повышенным – у 32,1%. Нормативные значения имели 14,3% больных.

Таким образом, больные РС в подавляющем большинстве имели высокий уровень тревоги, что говорит о стрессогенности ситуации, связанной с развитием заболевания.

Повышенная агрессивность по тесту Басса–Дарки у больных РС выявилась в 89,3% случаев; у 51,8% лиц (от общего количества людей с повышенными показателями агрессии) встречалось повышенное чувство вины, вероятно, связанное с затяжными конфликтами и переживаниями проблемных ситуаций, предшествующих заболеванию. Вместе с тем, повышенные уровни общей агрессии и враждебности (вычисляемые по специальной формуле) отмечались лишь у небольшого количества лиц (в 12,5% и в 18% случаев соответственно). По данным Hand test, склонность к открытому проявлению агрессии наблюдалась у 51,8% больных, несмотря на отсутствие такого рода жалоб.

По тесту СМИЛ в усредненном профиле было выявлено повышение значений по шкалам невротического сверхконтроля (80 ± 9), пессимизма (82 ± 11), эмоциональной лабильности (76 ± 9), импульсивности (71 ± 11) и индивидуалистичности (80 ± 10), что, видимо, отражает дезадаптивные эмоционально-личностные нарушения, которые в условиях тяжелого хронического заболевания могут способствовать психосоматическим расстройствам и даже дезинтеграции личности. Полученные данные о повышении показателей по шкале депрессии и отсутствие депрессии по шкале Зунга отражают психологический характер депрессивного состояния больных. Нужно отметить, что тест Зунга позволяет оценить клинический уровень депрессии и определить степень выраженности депрессивного расстройства, в то время как значения по шкале депрессии в опроснике СМИЛ являются показателем общего психологического дискомфорта, пессимистичности и неудовлетворенности своей жизнью.

Отметим выраженную вариабельность психологических показателей при данном заболевании, что, скорее всего, является характерной чертой психического состояния больных РС, о чем свидетельствуют многочисленные исследования, и что, по всей видимости, связано с непредсказуемостью течения и вовлеченностью в патологический процесс разных систем организма, психики и мозга человека, а также с неустойчивостью общего функционального состояния [1; 3; 8–10].

Между психологическими данными (по тестам Тейлора, Люшера, Басса–Дарки, Зунга и опроснику СМИЛ) и тяжестью заболевания (по EDSS) выявлено большое количество корреляций, что подтверждает взаимосвязи эмоциональных нарушений с ухудшением состояния здоровья у больных РС (рис.1).

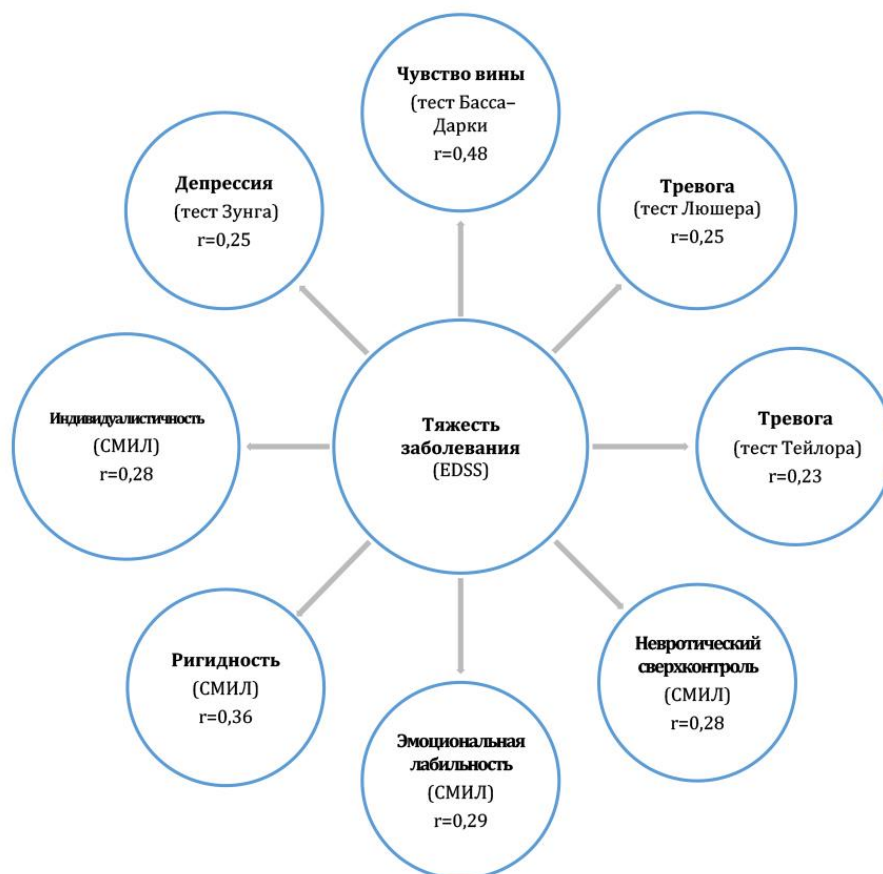


Рис. 1. Корреляции между шкалой тяжести заболевания (EDSS) и показателями психологических тестов (r Спирмена)

Примечание: корреляции значимы при $p \leq 0,05$.

Длительность заболевания коррелировала только с тревогой по тесту Люшера ($r=0,37$, при $p \leq 0,001$).

Таким образом, проведенный корреляционный анализ подчеркивает значимость эмоционально-личностной сферы в общем развитии заболевания. Наряду с этим корреляционный анализ не выявил взаимосвязей скрытой агрессии (склонности к агрессивному поведению) по Hand-test с личностными особенностями, возрастом, длительностью и тяжестью заболевания.

После курса воздействия методом АСФС был проведен анализ динамики психического состояния в обследованной группе больных РС. Прежде всего следует подчеркнуть, что большинство больных РС отмечали улучшение общего

самочувствия, повышение настроения, активности и уверенности, восстановление ночного сна.

По данным корректурной пробы, у 67,8% больных выявлено повышение пропускной способности зрительного анализатора ($t=71,5$ при $p\leq 0,01$). По Двойному тесту у 60,7% больных наблюдалось повышение оперативной памяти ($t=76,5$ при $p\leq 0,05$) и индекса кратковременной памяти ($t=106$ при $p\leq 0,01$). Все это свидетельствовало об улучшении когнитивных процессов.

Уровень тревоги по тестам Дж. Тейлора ($t=206,5$ при $p\leq 0,01$) и М. Люшера ($t=14$ при $p\leq 0,05$) у больных РС достоверно снижался. Нужно отметить, что чем выше был исходный уровень тревоги, тем более выраженное его снижение наблюдалось после курса АСФС. При исходно нормативном значении уровень тревоги не менялся.

Таким образом, при воздействии методом АСФС происходило снижение уровня тревоги разных видов (осознанной по тесту Тейлора и неосознанной по тесту Люшера).

В усредненном профиле СМИЛ по группе в целом произошло достоверное снижение показателей пессимизма ($t=180$ при $p\leq 0,05$), ригидности ($t=164,5$ при $p\leq 0,01$) и индивидуалистичности ($t=127$ при $p\leq 0,001$), что может говорить о повышении адаптивных возможностей личности.

Динамика агрессивных тенденций у больных РС оценивалась с помощью тестов Басса–Дарки и Hand-test. В подгруппе больных РС с исходно повышенной агрессией по Hand-test происходило достоверное снижение показателей до нормативных значений (рис. 2.). Показатели агрессии по тесту Басса–Дарки достоверных изменений не имели.

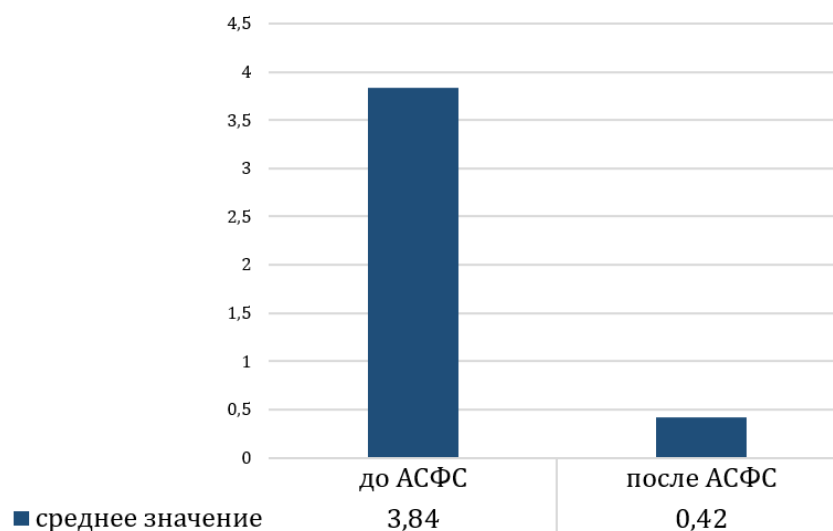


Рис. 2. Средние значения склонности к открытому проявлению агрессии (Hand-test) до и после курса воздействия методом АСФС в группе больных РС

Примечание: различия значимы при $p\leq 0,05$.

Таким образом, проведение курса воздействия методом АСФС оказывало положительное влияние на ряд компонентов психического состояния: интеллектуально-мнестические функции, эмоциональную напряженность, адаптивные возможности больных РС. Тем не менее показатель общей агрессии по тесту Басса–Дарки достоверных изменений не выявил, что свидетельствует о целенаправленном положительном действии активаций АСФС только на неосознанную агрессию (измеряемую нами при помощи Hand-test).

Заключение

Таким образом, в широком спектре когнитивных и эмоционально-личностных нарушений у больных РС выявлен сложный характер взаимоотношений разных видов психологических процессов, личностных показателей и клинко-анамнестических данных, свидетельствующих о разных взаимосвязях высших психических функций в структуре психического состояния.

В данной работе показаны взаимосвязи исходной тяжести заболевания при РС с положительной динамикой компенсаторных изменений психологических нарушений под влиянием активаций АСФС. Это подчеркивает перспективность психологической коррекции даже при выраженной тяжести заболевания и имеет значение для оценки эффективности лечебно-коррекционных мероприятий с помощью метода формирования и активаций АСФС.

Результаты анализа взаимосвязей психологических показателей и клинко-анамнестических данных на фоне положительной динамики психического состояния и улучшения общего самочувствия больных позволяют расценивать это как взаимодействие между психологическими процессами и клиническими данными.

Под влиянием активаций АСФС происходят изменения во взаимоотношениях осознанных и неосознанных психических процессов (разных видов тревоги, агрессивных и депрессивных состояний), а также в их взаимосвязях с тяжестью заболевания, свидетельствующих о положительных перестройках внутренней организации высших форм психической деятельности и возможностях восстановления процессов саморегуляции психофизиологическим путем.

Финансирование

Работа выполнена на базе Института мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН.

Литература

1. *Алексеева Т.Г., Бойко А.Н., Гусев Е.И. Спектр нейропсихологических изменений при рассеянном склерозе // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. Т. 100. № 11. С. 15–20.*

2. Батаршев А.В. Тестирование. Основной инструментарий практического психолога: Учебное пособие. 2-е изд. М.: Дело, 2001. 240 с.
3. Бойко А.Н., Гусева М.Е., Сиверцева С.А. Немедикаментозные методы и стиль жизни при рассеянном склерозе. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 240 с.
4. Генкин А.А., Медведев В.И., Шеек И.П. Некоторые принципы построения корректурных таблиц для определения скорости переработки информации // Вопросы психологии. 1963. № 1. С. 104–109.
5. Курбатова Т.Н. Проективная методика исследования личности «Hand-test». СПб.: Иматон, 2001. 57 с.
6. Мучник Л.С., Смирнов В.М. Двойной тест для исследования кратковременной памяти. // Психологический эксперимент в неврологической и психиатрической клинике / Под ред. И.М. Тонконового. Л.: 1969. Вып. 46. С. 283–294.
7. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. Л.: изд-во ЛГУ, 1983. 166 с.
8. Рассеянный склероз: специалисты, диагностика, лечение / Под ред. И.Д. Столярова, А.Н. Бойко. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2008. 320 с.
9. Резникова Т.Н., Терентьева И.Ю., Селиверстова Н.А. и др. Психологическое исследование больных рассеянным склерозом // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. Т. 107. № 7. С. 36–42
10. Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А., Катаева Г.В. и др. Функциональная активность структур головного мозга и склонность к агрессии у больных с длительно текущими заболеваниями ЦНС // Физиология человека. 2015. Т. 41. № 1. С. 35–42 doi: 10.7868/S0131164615010117
11. Резникова Т.Н. Внутренняя картина болезни: структурно-функциональный анализ и клинико-психологические соотношения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1998. 40 с.
12. Смирнов В.М., Бородкин Ю.С. Артифициальные стабильные функциональные связи. – М.: Медицина, 1979. 192 с.
13. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2003. 432 с.
14. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. СПб.: Речь, 2002. 217 с.
15. Kurtzke J.F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expand disability status scale // Neurology. 1983 Vol. 33. № 12. P. 1444–1452. doi:10.1212/WNL.33.11.1444.

On the Correction of a Mental State in the Non-Drug Way at Multiple Sclerosis

Reznikova T.N.,

Doctor in medical sciences, Professor, leading researcher, N.P. Bechtereva Institute of the Human Brain of the Russian Academy of Sciences, Saint-Petersburg, Russia, tnreznikova@ihb.spb.ru

Seliverstova N.A.,

Ph.D. (Psychology), researcher, N.P. Bechtereva Institute of the Human Brain of the Russian Academy of Sciences, Russian Academy of Sciences, Saint-Petersburg, Russia, seliv_nat@mail.ru, seliverstova@ihb.spb.ru

In this work the generalized results of clinical psychological assessment of 56 patients with multiple sclerosis in dynamics of non-drug influence by technique of formation and activation the artificial stable functional connections of a brain presented. Positive effects from activation, gnostic, emotional and personal components of a mental state, and also feature of psychological reorganizations at patients with multiple sclerosis during 10 sessions of activation by photostimulation of the set frequency are revealed.

Keywords: mental state, multiple sclerosis, correction, the artificial stable functional connections of a brain (ASFC).

Funding

The research was supported by Bechtereva Institute of the Human Brain, Russian Academy of Sciences.

References

1. Alekseeva T.G., Boiko A.N., Gusev E.I. Spektr neiropsihologicheskikh izmenenii pri rasseyannom skleroze [Range of neuropsychological changes at multiple sclerosis]. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry], 2000, vol. 100, no. 11. pp. 15–20. (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Batarshev A.V. Testirovanie. Osnovnoj instrumentarij prakticheskogo psihologa: Uchebnoe posobie [Main tools of the practical psychologist: Manual]. 2nd ed. Moscow: Delo, 2001. 240 p. (In Russ.).
3. Bojko A.N., Guseva M.E., Siverceva S.A. Nemedikamentoznye metody i stil' zhizni pri rassejannom [Non-drug methods and lifestyle at the scattered]. Moscow: GjeOTAR-Media, 2015. 240 p. (In Russ.)
4. Genkin A.A., Medvedev V.I., Sheek I.P. Nekotorye printsipy po-stroeniya korrekturnykh tablits dlya opredeleniya skorosti pererabotki infor-matsii [Some principles of the construction of correction tables for determining the speed of information processing. *Voprosy Psichologii [Questions of Psychology]*, 1963, no. 1, pp. 104–109. (In Russ.).
5. Kurbatova, T.N. Proektivnaja metodika issledovaniya lichnosti «Hand test» [Projective technique of research of the identity of "Hand test"]. Saint-Petersburg: Imaton, 2001. 57 p. (In Russ.).
6. Muchnik L.S., Smirnov V.M. Dvoinoi test dlya issledovaniya kratkovremennoi pamyati [The double test for research of short-term memory]. In I.M. Tonkonogii (ed.), *Psikhologicheskii eksperiment v nevrologicheskoi i psikhiatricheskoi klinike [Psychological experiment in neurologic and psychiatric clinic]*, vol. 46. Leningrad: 1969, pp. 283–294. (In Russ.).
7. Nemchin T.A. Sostoyaniya nervno-psikhicheskogo napryazheniya [Neuropsychiatric stress states]. Leningrad: publ. of LSU, 1983. 166 p. (In Russ.)
8. Rasseyanni skleroz: spetsialisty, diagnostika, lechenie [Multiple sclerosis: experts, diagnostics, treatment]. In I.D. Stolyarov, A.N. Boiko (eds.). Saint-Petersburg: Elbi-SPb, 2008. 320 p. (In Russ.)
9. Reznikova T.N., Terent'eva I.Yu., Seliverstova N.A., et al. Psikhologicheskoe issledovanie bol'nykh rasseyannym sklerozom [Psychological research of patients with multiple sclerosis]. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]*, 2007, vol. 107, no. 7, pp. 36–42 (In Russ., abstr. in Engl.)
10. Reznikova T.N., Seliverstova N.A., Kataeva G.V., et al. Funktsional'naya aktivnost' struktur golovnogogo mozga i sklonnost' k agressii u bol'nykh s dlitel'no tekushchimi zabol'evaniami TsNS [Functional Activity of Brain Structures and Predisposition to Aggression in Patients with Lingering Diseases of the CNS]. *Fiziologiya cheloveka [Human physiology]*, 2015, vol. 41, no. 1, pp. 35–42. doi: 10.7868/S0131164615010117 (In Russ., abstr. in Engl.)
11. Reznikova T.N. Vnutrennyaya kartina bolezni: strukturno-funktsional'nyj analiz i kliniko-psikhologicheskie sootnosheniya [Internal representation of disease: structural-functional analysis and clinical and psychological correlation. PhD thesis]. Saint-Petersburg, 1998. 40 p. (In Russ.)

12. Smirnov V.M., Borodkin Yu.S. *Artifitsial'nye stabil'nye funktsional'nye svyazi* [Artificially stable functional connections of the human brain]. Moscow: Meditsina, 1979. 192 p. (In Russ.)
13. Smulevich A.B. *Depressii pri somaticheskikh i psihicheskikh zabolevaniyah* [Depressions at somatic and mental diseases]. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agenstvo, 2003. 432 p. (In Russ.).
14. Sobchik L.N. *Standartizirovannyj mnogofaktornyj metod issledovaniya lichnosti (SMIL)* [The standardized multiple-factor method of research of the personality (SMIL)]. Saint-Petersburg: Rech', 2002. 217 p. (In Russ.).
15. Kurtzke J.F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expand disability status scale. *Neurology*, 1983, vol. 33, no. 12, pp. 1444–1452. <http://dx.doi.org/10.1212.WNL.33.11.1444>.

Эго-восприятие и танатос-центрация как источники суицида в подростковом возрасте

Шнейдер Л.Б.,

доктор психологических наук, профессор, зав. кафедрой психологии семьи и детства, Российский государственный гуманитарный университет (ФГБОУ ВО РГГУ), Москва, Россия, lshneider@yandex.ru

Сургучева Н.В.,

магистрант, кафедра психологической антропологии, Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВО МПГУ); педагог-организатор, ГБОУ «Школа 1347», Москва, Россия, nsurgucheva@rambler.ru

В статье рассматриваются структурные, процессуальные и причинные аспекты самоубийства, обсуждается проблематика детского философствования, специфика подросткового возраста в контексте суицида, раскрывается сущность понятия «суицидальный риск» и возможности его диагностики. Выявлено, что среди причинных факторов суицидального риска, по мнению родителей, значительная роль принадлежит конфликтам и личностным особенностям детей; по мнению самих подростков, суицидальные намерения возникают в связи с субъективной невозможностью построения удовлетворительного продолжения жизни. Установлено, что риски суицида и варианты суицидального поведения в старшем подростковом возрасте различаются в зависимости от пола, возраста, мировоззрения и личностных особенностей.

Ключевые слова: самоубийство, подросток, родители, суицидальное поведение, суицидальные намерения, суицидальный риск.

Для цитаты:

Шнейдер Л.Б., Сургучева Н.В. Эго-восприятие и танатос-центрация как источники суицида в подростковом возрасте [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 189–214. doi: 10.17759/psyclin.2019080112

For citation:

Shneyder L.B., Surgucheva N.V. Ego-Perception and Thanatos-Centrations as Sources of Suicide in Adolescence [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 1, pp. 189–214. doi: 10.17759/psycljn.2019080112 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Проблема самоубийств периодически заявляет о себе всплеском завершённых суицидов. В связи с этим отрочество в силу своей психологической незрелости и уязвимости требует особо пристального внимания.

Суицидальное поведение подростка, объединяющее все проявления суицидальной активности – мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения, – часто свидетельствует о невозможности самостоятельно разобраться в себе и решить свои проблемы.

Суицид в своей основе – многомерное психологическое явление; сложность его структуры подчеркивают как зарубежные [7; 20; 24; 30; 33], так и отечественные [1; 6; 8; 9; 16; 23] исследователи. В суицидологии изучаются разнообразные аспекты суицидального поведения подростков. Многосторонне изучены психологические аспекты подросткового суицида (Й. Пурич-Пейякович, Д.Й. Дуньич [18]; Р.Д. Эверелл, К.Э. Бостик, Б.Л. Паулсон [31]; Е.А. Веселкова, Л.М. Века [4]; О.Н. Тарасевич [22]). С медицинских позиций данное явление рассматривалось А.Н. Ишимбаевой [10] и А.В. Куликовым [12], в биопсихосоциальном ракурсе – А.С. Рахимкуловой и В.А. Розановым [19]; в контексте аддиктологии – В.А. Солдаткиным, А.В. Дьяченко, К.С. Меркурьевой [21] и Я.И. Гилинским [6] и др. Склонность к суицидальному риску у лиц с разным отношением к смерти стала предметом исследований в работах Л.В. Восковской [5], В.Н. Карандашева [11] и др. Не остались без внимания вопросы предупреждения самоубийств и профилактики суицида в подростковой и молодежной среде (А.Г. Амбрумова, С.В. Бородин, А.С. Михлин [1], И.Б. Бовина [3] и др.)

Вместе с тем проблематика суицидальных исходов в контексте эго- восприятия и центрации на самоуничтожении в подростковом возрасте остается менее изученной. Ментальное смешение некрофильных и «биофильных» [25] тенденций с нарастающим уклоном в сторону влечения к смерти у подростков-суицидентов проанализировано недостаточно. Ряд зарубежных авторов [20; 34 и др.] связывают явление тяготения к смерти с проблемой интеллекта, ментальным осмыслением и пониманием ее неизбежности и неотвратимости. Постигание человеком смерти как полного уничтожения породило страх перед ней и инициировало возникновение ощущения бессмысленности жизни [20]. Казалось бы, страх перед смертью должен блокировать некрофильную интенцию, но ощущение бессмысленности существования (в силу разных обстоятельств) может достигать беспредельных размеров и способно породить мощное стремление к

самоуничтожению. Именно это характерно для тех людей, которые решаются на самоубийство. Однако этот ментальный аспект суицида в подростковом возрасте мало изучен.

К этому надо добавить, что оценка суицидальных рисков детей родителями не осуществлялась. Мало известно и о применении в исследовательской практике проективных методов изучения отношения к смерти и выявлении суицидальных мыслей подростков.

Цель исследования заключалась в выявлении особенностей саморазрушительных установок и характеристик суицидального поведения в старшем подростковом возрасте, его оценки взрослыми (родителями) и подростками.

Были выдвинуты следующие **гипотезы**:

1) риски суицида и варианты суицидального поведения в подростковом возрасте различаются в зависимости от пола, возраста, ментально-рефлексивных и личностных особенностей;

2) искажения в эго-восприятии и специфика центрации на смерти способны приводить к суицидальным исходам.

Самоубийство как психологический феномен: структурные, процессуальные и причинные аспекты

Суицид как психологический феномен разворачивается вокруг двух составляющих – смерти и самого субъекта. Сущность данного явления составляет добровольное приближение человека к смерти, его намеренное «вхождение» в ее пространство. При этом типовая суицидальная «интоксикация» имеет определенную динамику (скоротечную или длительную). Тематика смерти захватывает человека последовательно: сначала возникают разочарование (в ком-то или в чем-то) и отвержение реалий бытия, их обесценивание; затем постепенно появляется танатос-центрация, которая переходит в танатос-влечение. На этом фоне рождаются и развиваются суицидальные намерения, что в свою очередь инициирует и активизирует суицидальные действия. Исходом реализованных суицидальных действий является самоуничтожение. Рассмотрим его подробнее.

Центральную часть психической жизни человека составляет представление о мире и о себе в нем. Поэтому изучение природы суицида должно учитывать широкий контекст мировосприятия, в центре которого лежит сам акт смерти, а вокруг него – многочисленные факты сознательного или бессознательного пренебрежения жизнью [3].

Жизнь становится непереносимой при отсутствии цели, для которой стоило бы жить и которую стоило бы добиваться. Если человек плохо понимает, для чего он живет, то он не способен наслаждаться жизнью, противодействовать жизненным

трудностям, стремиться к самореализации и добиваться осуществления задуманного. Утрата смысла жизни, надежд и целей сопровождается ощущением внутренней пустоты: возникают тяжелые, мучительные переживания, которые быстро перерастают в чувство бесперспективности. В этой критической точке дезадаптация и конфликт (как внешний, так и внутренний) могут с высокой вероятностью перейти в суицидальную фазу, в ходе которой принимается решение о самоустранении как единственном способе разрешения противоречий и ликвидации тревожащих факторов.

Размышления о смысле жизни связывают с возрастом зрелого человека. А каким образом экзистенциальная проблематика касается подростков? Интерес к этой проблеме понятен, ведь подростковый возраст является сложнейшим периодом в жизни человека, так как связан с серьезной перестройкой детского организма – половым созреванием. В социальном и эмоциональном отношениях созревание подростков включает в себе новые пути оценки мира и своего отношения к нему. Подростки стремятся придумывать идеальные семьи, религии, философские системы, общественные устройства, а потом сравнивать и сопоставлять задуманное с весьма несовершенными личностями и организациями, знания о которых они почерпнули из собственного ограниченного опыта.

Отрочество – период социального самоопределения, имеющего, в частности, и философское измерение: в это время подросток изобретает собственные концепции жизнедеятельности и жизнотворчества. В этом возрасте усвоение любой информации происходит быстро и достраивается без каких-либо затруднений. Достраивается, доопределяется по своим философски наивным, но значимым принципам. Подростковый возраст становится временем проявления мыслей, идей и взглядов о социальном пространстве, современной картине мира и ее наполнении. Это очень важный момент с точки зрения накопления опыта, аккумуляции знаний, позиционирования подростком себя и своей ментальной витальности.

Уязвимость подростков для стрессов, сопровождающих резкие социальные политические и технологические изменения, может серьезно препятствовать развитию личного жизнотворчества. Подобные изменения в совокупности с современным информационным взрывом способствуют возникновению чувства неопределенности, тревоги и разрыва связей с миром. Если принять во внимание нарастающее отчуждение между взрослыми и детьми, которые с одной стороны, существенно повзрослели, с другой – продолжают быть социально инфантильными по ряду параметров, то можно не сомневаться, что ментальный крен в сторону экзистенциального вакуума не заставит себя долго ждать.

В подростковом возрасте демонстрация социальных потенций мысли – новая, интригующая возможность заявить о себе, проявить свою особость, значимость, доказать свою принадлежность Homo sapiens, утвердить свою независимость и самостоятельность. Важную роль здесь играют вопросы жизни и смерти, преступления и наказания, смысла существования, соотношения стратегических целей, тактических ходов и взглядов на жизнь. Попытка самостоятельно найти ответы на эти вопросы порой порождает ментальную сумятицу [26].

Из эссе Р.В., 16 лет¹.

«...Итак, познающий субъект (человек) имеет в своем распоряжении науки, носящие условно (в представлении человека) названия «гуманитарные» (поэзия, философия, музыка, живопись, литература и т.д.) и «естественные» (физика, алгебра, химия и т.д.). По какому пути познания мира пойти человеку, какую область человеческого знания избрать ему: область гуманитарных или естественных наук? Здесь я попытаюсь прибегнуть к сравнению между ними, к сравнению, краеугольным камнем которого является ЧЕЛОВЕК, воплощающий в себе СВОБОДУ, полную духовную свободу, цель которой я вижу в ТВОРЧЕСТВЕ, т.к. творчество олицетворяет собой человека, то, насколько он реализуется в творчестве и будет называться «Человек».

Тут я перехожу к сравнению между гуманитарными и естественными науками, может быть, грубо, что продиктовано написанием сжатым, в котором начисто отсутствуют плавность и обобщенность, свойственные хорошо подготовленным работам.

На мой взгляд, естественные науки своей целью преследуют «познание мира», цель которого заключается в приспособленности человека к нему. Это науки РАБСТВА, закон которых гласит: «Природа природой побеждается!». В познании мира начисто исчерпываются они, в них нет СВОБОДЫ. Свободы, которую ищет и жаждет человек. Согласитесь, ведь не могут же они заявлять то, чего нет?

Я предполагаю, что человек отчасти утратил свои инстинкты, а именно ЖИЗНЬ ПО ИНСТИНКТУ, а стал ЖИТЬ ПО ОБРАЗУ, в отличие от пчелы. Труд же, да труд – проклятье! И ни в коей мере не смешивайте с ТВОРЧЕСТВОМ. Творчество – это ЧЕЛОВЕК!!! САМ ЧЕЛОВЕК! Науки же естественные – это проклятье, необходимость, если угодно, труд! Но не творчество.

Теперь я обращусь к своему духовному опыту, опыту любви. Примерно с 7-го класса (посмеемся!) я занялся экспериментами в этой области и через два года обнаружил жутко поразивший меня «закон», гласящий: «Любовь есть иллюзия!» Я стал скептиком и циником и отчасти ушел в унылый пессимизм Шопенгауэра, смысл которого подобно индийской мистике гласит: «Сила человека состоит в его медленном затухании, цель которого – смерть!» Итак, Я был уничтожен, у меня убрали свободу, у меня убрали жизнь. Да, я мог жить РАБОМ, не открывать этот закон, не поднимать головы выше иллюзии, слепота которой позволила бы мне не видеть эту проблему. Но Я – ЧЕЛОВЕК, Я освобожден от инстинкта, я увидел то, что лежит за ним. Философия же помогла преодолеть мне и это. Гуманитарные науки – это сила, сила огромная и колоссальная, перед которой нет преград. Не буду развивать здесь, как это мне помогло! Но теперь в любви Я вижу любовь, любовь совершенно другую, абсолютно ничего общего не имеющую с той, которую представляют себе почти все люди. Я ушел дальше, потому что Я – человек! Здесь

¹ Текст, выделения и оформление приводятся в полном соответствии с первоисточником.

я остановлюсь, это тема для другого разговора. Надеюсь, я точно показал разницу между ГУМАНИТАРНЫМИ науками, воплощающими в себе человека, свободу, любовь, и ЕСТЕСТВЕННЫМИ, воплощающими РАБСТВО»².

На этом этапе тяжелые переживания, связанные с наивностью и многозначностью детского философствования, решительным поиском подростком смысла жизни, признанием себя как личности и индивидуальности, могут перейти в состояние депрессии, которая в свою очередь создает условия для возникновения суицидальных намерений.

Суицидальное поведение подростков может объясняться тем, что они, не обладая нужной резистентностью и не имея достаточного жизненного опыта, не могут правильно определить цель своей жизни и пути ее достижения [31]. В фокусе их сознания главенствующей может оказываться танатос-центрация.

Танатос-центрация понимается как смещение внимания с динамики жизни на статику смерти. Словарное толкование центрации (от лат. «centrum» – центр круга, средоточие) основывается на ее понимании как явления, обеспечивающего адекватное и устойчивое состояние индивида. Ж. Пиаже трактовал ее как ментальную

и перцептивную фиксацию на воспринимаемом объекте [15]. Когнитивисты (В. Кёлер, М. Вертгеймер, С. Аш) установили, что поле восприятия как бы расширяется в зоне фокуса внимания при одновременном сжатии и некотором искажении периферийной части поля. Центрация, по сути, – аналог психологически обусловленной фокусировки, субъективной фиксации [29]. Относительно танатос-центрации можно утверждать, что под действием непреодолимых (или кажущихся таковыми) обстоятельств человек начинает фокусироваться на теме смерти. Бытийная и витальная аксиология утрачивает свое значение, оказывается на периферии сознания. Далее следует развитие интереса к самому акту смерти, возникает танатос-влечение – безудержная тяга ко всему, что связано со смертью, которая быстро перерастает в одержимость. Смерть приобретает нравственно-ценностный смысл [11].

На этом фоне осуществляется выбор в пользу смерти. Отношение к смерти и жизни – это важная личностная характеристика, отражающая мировосприятие личности, ее эмоциональную включенность в действительность [5].

Когда обстоятельствами управляет человек, он выбирает жизнь. Когда обстоятельства управляют человеком, подавляют его волю, разрушают психику и искажают его натуру, происходит отказ от жизни. Человек выбирает смерть. У него возникает замысел самоуничтожения как активной формы проявления суицидальности, оформляются и конкретизируются суицидальные намерения, которые предполагают присоединение к замыслу волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение [1]. Затем

² Р.В. покончил жизнь самоубийством в 17 лет. Он вышел на балкон квартиры (14-й этаж), в которой проживала его семья, и прыгнул вниз. Родители сидели в соседней комнате.

начинается этап реальных действий. Человек начинает серьезно готовиться к самоубийству и в завершённом варианте реализует самоуничтожение.

С самим субъектом происходят ряд психологических изменений. Сначала наблюдается эго-центрация. Человек фокусируется на самом себе, осуществляет нескончаемую саморефлексию. Дж. Эшер пишет, что нельзя сбежать от себя. Невозможно одновременно взять и выключить себя [32]. Человек с роящимися в голове мыслями постоянно занимается самокопанием, неоднократно впадая в крайности самооценивания.

Эти два процесса – эго- и танатос-центрации – перемешиваются и смыкаются. Происходит исключение всех и всего, образуется узкий ментальный «коридор», в котором ключевые позиции занимает тематика «Я и Смерть». При снижении значимости окружающего мира и обесценивании человеческих (профессиональных, дружеских, родственных) контактов возникает ощущение своего всевластия (над собой, своей жизнью, ее началом и концом). Кроме того, в подростковом возрасте возрастает интерес к позиции жертвы суицида как решительной и желанной, а образ суицидента (т.е. себя) воспринимается как образ мученика, окруженного ореолом таинственности [12]. Однако контекст этих репрезентаций может составлять крайне тяжелый случай проявления аутоагрессии [21]. Завершается это запутанный процесс обдумывания самоубийства исключением себя как бытийной единицы. Эмоциональная нестабильность, которая часто приводит к суициду, в настоящее время считается вариантом возрастного кризиса почти у четверти здоровых подростков [4]. При этом смешение эго-восприятия и танатос-центрации остается вне поля исследовательских интересов.

Для формирования программ профилактики суицидального поведения важным является определение предикторов и превенторов его появления [13]. В связи с этим уместно обратить внимание на индивидуально личностные (агрессивность, нейротизм, тревожность и др.) характеристики и ментально-рефлективные особенности (сознательные и подсознательные установки, отношение к смерти) подростков, сопряженные с потенциально высоким риском суицидального поведения. Среди аспектов, порождающих суицидальные интенции, называют ярость, гнев, тревожность и зависимость [17]. Для достижения поставленной цели и проверки выдвинутых гипотез нами было проведено эмпирическое исследование.

Процедура и методы исследования

С целью выявления и изучения подростков с суицидальными тенденциями были использованы *методики*, позволяющие изучить внешние и внутренние факторы возникновения таких тенденций:

- адаптированный подростковый опросник К. Леонгарда и Х. Шмишека (для определения акцентуации характера подростка);
- Карта риска суицида (в модификации Л.Б. Шнейдер);

- Опросник агрессивности Басса–Дарки для диагностики общего уровня агрессивности и враждебности личности;
- опросник на выявление уровня личной и ситуативной (реактивной) тревожности Спилбергера;
- проективная методика «Ваши мысли о смерти» З. Королевой, позволяющая выявить отношение к смерти у респондентов;
- проективная методика «Ваши суицидальные наклонности» З. Королевой, направленная на выявление подсознательных мотивов и суицидальных наклонностей;
- опросник Г. Айзенка для изучения индивидуально-психологических свойств личности;
- методика М. Куна и Т. Мак-Партленда «Кто Я».

Выборка. К участию в исследовании было привлечено 642 подростка, обучающихся в старших классах московских школ. Из них – 338 человек женского пола, и 304 человека – мужского пола. Возраст респондентов $15,2 \pm 0,7$. К участию в исследовании привлечены также родители подростков общей численностью 50 человек. Персональное соответствие родитель–ребенок не устанавливалось, поскольку выборка формировалась произвольно на условиях добровольности и анонимности.³

Результаты и их обсуждение

Перед началом исследования был проведен опрос, направленный на выявление у подростков признаков суицидального поведения: выяснялось наличие определенных мыслей, фантазий, желаний и действий. Обсуждение, проводимое в давно установленной и широко распространенной деликатной манере и сочувственной форме [33], касалось следующих трех вопросов.

Возникла ли (и почему) у Вас когда-нибудь мысль покончить с собой? На двойственный по своей природе вопрос (о констатации факта и его причины) допускался и развернутый (с описанием причин), и сокращенный ответы. Все ответы в целом были поделены на два блока: подтверждающие факт подобного рода размышлений и отрицающие («нет, ничего подобного мне не приходило в голову» и т.п.).

Обдумывали ли Вы эту мысль (и способ самоубийства) серьезно? Развернутый ответ подростков на этот вопрос с пояснением и аргументацией своей позиции

³ В организации лонгитюдного эмпирического исследования, сборе данных и обработке результатов принимали участие студенты МПГУ О. Китова и Н. Сургучева.

предполагалось рассматривать как серьезное обдумывание. Ответы с отрицанием, уходом от него («не больше, чем другие» и пр.) к подобным не причислялись.

Совершали ли вы когда-нибудь реальную попытку покончить с собой?
Засчитывались ответы, в которых утверждалось, что такая попытка имела место.

Результаты опроса показали, что 231 респондент отвечает положительно на тот или иной вопрос (даже если это был ответ только на первый вопрос). Это означает, что у трети подростков обнаружена некоторая (ментальная или физическая) склонность к суицидальному поведению. Данная группа с суицидально-ориентированными ответами была нами обозначена как группа 1. Остальные 411 человек с суицидально-неориентированными ответами составили группу 2. В нее вошли подростки, у которых в поведении отсутствовали суицидальные тенденции. Большую часть (77%) группы 1 с суицидально-ориентированными ответами составили девочки (177 человек) и меньшую – мальчики (54 человека). Распределение ответов среди респондентов первой группы отражено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение суицидально-ориентированных ответов по возрастам (%)

возраст	14 лет	15 лет	16 лет	17 лет
кол-во ответов	28	29	33	10

Как видно из таблицы 1, в возрасте от 14 до 16 лет суицидальные тенденции обнаруживаются почти у трети подростков, затем следует резкий спад, т.е. происходит их ослабление и угасание. В 17 лет уже меньшее число молодых людей и девушек рассматривает поведение, направленное на самоуничтожение, как приемлемый выход из сложившейся патовой ситуации.

Иначе складывается картина суицидальных тенденций в зависимости от половой принадлежности. У девушек с возрастом наблюдается рост выбора суицидально-ориентированных ответов (до 34%), затем происходит их резкое снижение (до 6% в 17 лет). У юношей в выборе такого рода ответов наблюдается большее колебание, но в целом картина суицидальных тенденций достаточно стабильна, к 16-17 годам возрастает и практически не изменяется (30% и 28% соответственно). Распределение результатов данной группы по полу представлено в таблице 2.

92% девушек присущи суицидальные мысли. В абсолютных значениях число юношей и девушек 14–16 лет, предпринимавших попытку суицида практически равное ($10,0 \pm 1,1$). Однако к 17 годам количество таких попыток у девушек фиксируется по полученным данным на уровне 4 случаев, а у юношей – 9.

Исходя из полученных данных, подростковый возраст и переход к юношескому этапу можно считать периодом риска с точки зрения формирования и реализации суицидальных намерений.

Таблица 2

**Распределение подростков группы с суицидально-ориентированными
ответами по степени выраженности суицидального поведения (%)**

Подростки, имевшие суицидальные мысли, намерения (вопросы № 1-2)		Подростки, реально пытавшиеся совершить суицидальную попытку (вопрос № 3)	
Юноши	Девушки	Юноши	Девушки
70	92	30	8

Среди опрашиваемых респондентов 64% ответили отрицательно на все три вопроса, что свидетельствует об отсутствии у них суицидальных тенденций поведения. Мы отнесли их к группе респондентов с низким уровнем суицидальных склонностей, т.к. центрация на акте самоуничтожения отсутствовала. 5% подростков из всей выборки прибегали к суицидальной попытке. В данном случае можно говорить о высокой степени риска суицида. 31% подростков так или иначе размышляли о суициде, взвешивали все «за» и «против», фантазировали на эту тему. Здесь уместно вести речь о среднем уровне риска суицида.

А что думают родители о суицидальном риске у своих детей? Может, с их точки зрения все выглядит благополучнее? Тестирование проводилось с родителями анонимно, в групповой форме, в разные дни с использованием методики «Карта риска суицида». На основе этой методики выделены основные факторы суицидального риска (биографические данные, наличие конфликтов, характеристики личности) и три уровня рискованного поведения (высокий, средний и низкий).

В соответствии с полученными данными 23% родителей указывают на высокий уровень склонности подростков к суициду. 25% родителей считают, что риск совершения суицида у подростков присутствует в средней степени. 52% родителей склоняются к мнению, что риск суицида у подростков не значителен. Таким образом, ответы, полученные при опросе подростков, и результаты, полученные на родительской выборке, достаточно близки и не противоречат друг другу. Наряду с этим родители несколько преувеличивают суицидальные риски в поведении своих детей. Вероятно, они часто слышат от своих детей о намерении покончить с собой. К такой угрозе подростки склонны прибегать с целью шантажа, добиваясь от родителей нужного им действия (отпустить куда-нибудь, купить что-либо, уступить в чем-то и пр.). Это можно обозначить как «манипуляция суицидом».

Качественный анализ полученных от подростков ответов на предложенные вопросы показывает, что среди причин размышлений по поводу самоубийства наиболее часто упоминается нежелание жить и отсутствие смысла жизни. Подростки немало размышляют о смерти, философствуют на тему бренности бытия и своего жизненного предназначения. Они недовольны межличностными отношениями («Близкие люди приносят с собой только крик и боль», «Мне так не

хватает понимания в семье...», «Мое окружение – это кладбище, заполненное могилами. Оно несет мне смерть, печаль, страдания и одиночество»), напуганы необходимостью надвигающейся профессионализации («Карьера представляется мне блужданием по лабиринту с последующей катастрофой и разрушением»).

Возрастная картина суицидального риска в подростковом возрасте с позиций родителей и детей выглядит следующим образом. Наибольший пик суицидального риска по ответам подростков наблюдается в возрасте 15-16 лет и спадает к 17 годам. Родительская обеспокоенность также связана, главным образом, с возрастом детей в 15-16 лет. В целом их оценка риска детского суицида гораздо выше и носит более устойчивый характер. По-видимому, шантажные манипуляции подростков с возрастом идут на убыль, но возникшая родительская обеспокоенность так просто не исчезает. Особенно отчетливо это выражено у родителей мальчиков.

Данные, полученные от родителей по Карте риска суицида, позволили выделить особенности факторов риска в подростковом возрасте (рис. 1).

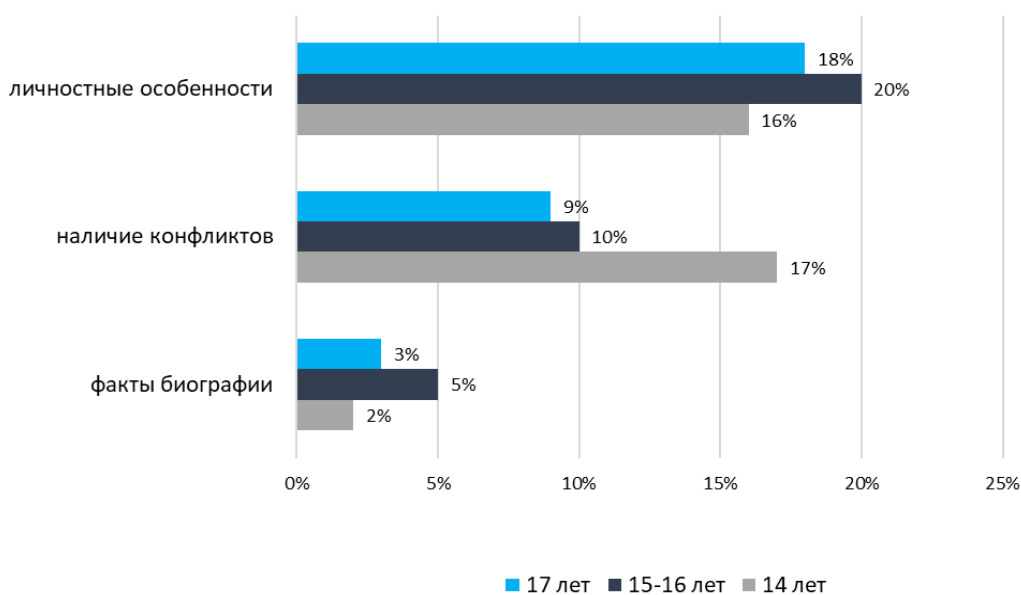


Рис. 1. Возрастно-специфические факторы суицидального риска, выделенные родителями

Как видно из рис. 1, родители связывают риск суицида преимущественно с личностными особенностями детей. Конфликтам как фактору, провоцирующему суицидальные риски, они уделяют меньшее внимание. В биографических данных родители не усматривают особой опасности. Вероятно, имеет место типовая ошибка атрибуции, когда личностные аспекты поведения преувеличиваются, а ситуативные преуменьшаются.

Для выявления возрастных различий в факторах суицидального риска был использован критерий Краскела–Уоллиса (табл. 3).

Таблица 3

Статистический анализ возрастных факторов риска суицида

Факторы риска	Возраст		
	14 лет	15-16 лет	17 лет
Биографический	0,133	0,217	0,143
Конфликты	0,041*	0,132	0,216
Личностные особенности	1,232	0,153	0,183

Примечание: * – различия значимы при $p \leq 0,05$.

Достоверные различия были обнаружены по фактору «конфликты»: для 14-летних подростков они играют более значимую роль в формировании суицидального риска по сравнению с другими возрастными группами.

Для выявления статистически значимых различий среди респондентов всей выборки подростков 14–17 лет по гендерному признаку был использован критерий Манна–Уитни (табл. 4). Выявлено, что наличие конфликтов для юношей является значимым фактором в формировании суицидального риска ($U=320$ при $p \leq 0,05$).

Таблица 4

Математический анализ гендерных факторов риска суицида

Факторы риска	U	p
Биографический	254	0,143
Конфликты	320*	0,05
Личностные особенности	165	0,318

Примечание: * – различия значимы при $p \leq 0,05$.

Какие же личностные особенности провоцируют риск суицида?

Мы предположили, что поскольку суицид – акт аутоагрессии, то существенную роль должна играть агрессивность личности. Поэтому мы изучили интенсивность агрессивных паттернов поведения у подростков с разным уровнем суицидального риска (табл. 5).

У подростков с высоким уровнем суицидального риска повышены практически все показатели агрессивного поведения, кроме подозрительности. На наш взгляд, при выявлении индивидуально-типологических свойств личности важно обратить внимание на показатель нейротизма. Его высокий уровень установлен у 81% респондентов с суицидально-ориентированными ответами. Это заставляет предположить, что подростки совершают поступки суицидального рода и

обдумывают различные формы самоубийства в состоянии истощения нервной системы.

Таблица 5

Особенности агрессивности подростков с разным уровнем суицидального риска

Агрессивные проявления	Уровни проявлений суицидального риска		
	низкий	средний	высокий
Физическая агрессия	5,6	6,9	8,3
Косвенная агрессия	3,4	3,9	4,5
Раздражение	4,2	5,5	7,1
Негативизм	3,1	3,7	4,8
Обида	3,2	4,3	4,6
Подозрительность	3,7	3,8	3,8
Вербальная агрессия	4,2	5,3	5,9
Чувство вины	3,2	3,5	4,8
Агрессивность	16,3	18,9	21,4
Враждебность	6,3	7,7	9,8

Показатели по уровню нейротизма исследовались и в группе без суицидальных тенденций. Сравнивая полученные данные, мы обнаружили, что число респондентов (16 и 17 лет) с суицидально-ориентированными ответами по критерию Фишера, равному соответственно 4,92 и 2,73 при $p \leq 0,01$ статистически значимо преобладает над числом респондентов с суицидально-неориентированными ответами.

При анализе данных по результатам опросника Леонгарда–Шмишека все показатели по типам акцентуации были нами разделены на высокие, средние и низкие. Полученные данные свидетельствуют, что у большинства респондентов с суицидально-ориентированными ответами высокий уровень выраженности акцентуаций обнаружен по циклотимическому (82%), эмотивному (73%), возбудимому (65%) и экзальтированному (63%) типам акцентуаций.

Корреляционный анализ показателей реактивной тревожности и типов акцентуаций, проведенный с учетом возраста позволяет констатировать следующее: у 15-летних респондентов выявлены положительные корреляции между циклотимической ($r=0,29$ при $p \leq 0,01$), дистимической ($r=0,30$ при $p \leq 0,01$) типами акцентуаций и ситуативной тревожностью. Среди данных подростков 14, 16 и 17 лет значимых корреляционных связей не выявлено. Корреляционный анализ показателей личностной тревожности и типов акцентуаций, проведенный с учетом возраста позволяет констатировать следующее: у подростков 14 лет статистически

значимая взаимосвязь между личностной тревожностью и типами акцентуации не выявлена. В группе 15-летних подростков положительная корреляция установлена между личностной тревожностью и застревающим ($r=0,28$ при $p\leq 0,01$), а также возбудимым ($r=0,3$ при $p\leq 0,01$) типами акцентуаций, что проявляется в соответственном увеличении внутреннего напряжения и внешней непредсказуемости поведения либо, наоборот, его ригидности [14]. Таким образом, в 15 лет характерологические особенности подростков вносят существенный вклад в суицидальные риски.

Между тем обращает на себя внимание тот факт, что в 17 лет связь между внутренним состоянием и личностной тревожностью приобретает обратно пропорциональный характер. Возможно, личностная тревожность начинает зависеть от ситуативного контекста. Реактивная тревожность также не является определяющей для внутреннего состояния 17-летних подростков. По-видимому, с переходом к юношескому возрасту эмоциональная жизнь юношей и девушек упорядочивается, внутренние противоречия сглаживаются, и возникает более осмысленное отношение к происходящему. Это означает, что суицидальный риск перестает определяться эмоциональным настроением, решающую роль начинают играть ментальные конструкты молодого человека. В связи с этим рассмотрим результаты проективных методик.

Отношение к смерти (танатос-центрация)

Французский историк Ф. Арьес выделяет пять главных этапов в изменении установок по отношению к смерти: неизбежность смерти, индивидуализация смерти, смерть в координатах времени, потеря близкого и любимого человека, технологизация смерти [2]. Представление о смерти у современного российского человека по данным наших исследований выражается в образах, отнесенных к той или иной стадии по Ф. Арьесу [28]. На взрослой выборке обнаруживается, что смерть, по мнению современников, «взрывает» смыслы и хронотопы бытия. А что же у подростков? Каковы их представления? Полученные с помощью методики «Ваши мысли о смерти» результаты подростков отображены в табл. 6.

У подростков не сформирована четкая танатос-центрация, поэтому нельзя выделить доминирующего отношения к смерти. Условное большинство (30% респондентов) не центрируется на ней. Можно предположить, что смерть пугает подростков, мысли о ней им неприятны, возможно, они вообще не задумываются о том, что такое смерть и т.д. 25% подростков к мыслям о смерти относятся болезненно, ее неизбежность пугает их. Рациональное отношение к смерти как к удаленной неотвратимости и необратимости сформировано лишь у 20% подростков. Еще 15% респондентов демонстрируют к ней фамильярное отношение. Эти респонденты воспринимают смерть не как завершение земной жизни, исход, а как возможность усложненной трансформации. Более того, в отдельных случаях она обнаруживается как крайний вариант экстремальности. Об этом свидетельствует, например, следующее высказывание юноши А., 16 лет: «Смерть – единственный опасный соперник, достойный внимания в этой жизни». За этим угадывается не печаль расставания с жизнью, горечь небытия, а некий азарт. 5% подростков

одержимы мыслью о смерти, 5% респондентов думают о ней постоянно. По-видимому, здесь уже проявляется не просто центрация, а интерес и даже влечение к смерти.

Таблица 6

Отношение к смерти у подростков

Виды отношения	Количество выборов (%)
избегание мыслей о смерти	30
рациональное отношение к смерти	20
болезненное отношение к смерти, страх	25
одержимость мыслью о смерти	5
частые пессимистические размышления о смерти	5
фамильярное отношение к смерти	15

Далее мы рассмотрели, как меняется отношение к смерти у подростков в зависимости от возраста. Избегание мыслей о смерти у подростков с возрастом снижается: с 32% у 14-летних подростков до 20% у подростков 15-16 и 17 лет. Выявлена устойчивая возрастная динамика рационального отношения к смерти: в 14 лет оно сформировано у 24% подростков, в 15-16 лет – у 28%, в 17 лет – у 34% респондентов. Также выявлено, что с возрастом снижается болезненное отношение к смерти: с 32% у 14-летних подростков до 24% у 15-16 летних и 21% у 17-летних. Пик одержимости мыслью о смерти приходится на 15-16 лет, в остальных возрастных группах такого не выявлено. С возрастом растет количество пессимистических размышлений о смерти: от 0% среди 14-летних до 13% среди 17-летних. Фамильярное отношение к смерти не меняется с возрастом, оно устойчиво сохраняется на уровне 12% среди подростков всех возрастных групп.

Установлено, что существуют достоверные различия ($U=379$ при $p \leq 0,05$) в избегании мыслей о смерти, рациональном и болезненном отношении к ней. С возрастом эти типы отношений меняются, формируется понимание смерти как неизбежности и необратимости.

Особенности отношения к смерти зависят от половой принадлежности респондентов: юноши чаще избегают мыслей о смерти по сравнению с девушками, у них сильнее выражено болезненное отношение к ней. Одержимость мыслью о смерти обнаруживается только у юношей, частые пессимистические размышления и оригинальное отношение к ней – только у девушек. Уровень рационального отношения к смерти практически равен у юношей и у девушек.

Далее рассмотрены особенности отношения к смерти в зависимости от уровня суицидального риска (табл. 7). У подростков с высоким риском суицида выражено болезненное отношение к смерти, избегание мыслей о ней. Наряду с этим

присутствуют одержимость мыслью о смерти, частые пессимистические размышления и фамильярное отношение к ней. Рациональное отношение к смерти у них не сформировано. У подростков со средним уровнем суицидального риска доминирует избегание мыслей о смерти, присутствует болезненное отношение к ней, но уже представлено и рациональное отношение. У подростков с низким уровнем суицидального риска сформировано рациональное отношение к смерти, в меньшей степени встречается избегание мыслей о смерти, отдельные подростки относятся к смерти болезненно.

Таблица 7

Отношение к смерти и риск суицида

Виды отношения к смерти	Количество выборов при разных уровнях риска суицида (%)		
	высокий	средний	низкий
избегание мыслей о смерти	35	45	30
рациональное отношение к смерти	0	30	58
болезненное отношение к смерти	40	25	12
одержимость мыслью о смерти	5	0	0
частые пессимистические размышления о смерти	5	0	0
фамильярное отношение к смерти	15	0	0

Далее рассмотрим результаты методики «Ваши суицидальные мысли», позволяющей выявить установки на суицид и определить вероятность его совершения. Результаты в общей выборке представлены в табл. 8.

Таблица 8

Спектр суицидальных мыслей подростков

Суицидально-ориентированные мысли	Количество выборов (%)
тревожность без склонности к суициду	15
резко отрицательное отношение, отсутствие склонности	20
небольшая склонность	25
ранимость, суицидальный риск	10
манипуляция суицидом	20
подсознательное стремление к смерти	10

Как можно видеть по данным из таблицы 8, у 20% подростков сформировано резко отрицательное отношение к суициду, склонность к самоубийству у них отсутствует. 15% подростков испытывают тревожность, угнетенное эмоциональное состояние, но также не думают о суициде. 25% подростков могут думать о суициде только в определенных условиях, когда обнаруживается сильный стресс, серьезная психологическая травма и т.д. Поэтому их также можно отнести к лицам, условно не склонным к суициду. 20% подростков готовы использовать демонстративный суицид как средство манипуляции окружающими. 10% подростков ранимы и в силу этого склонны к суициду, сдерживающим фактором являются эмоциональные связи с близкими людьми. Еще 10% подростков имеют подсознательное влечение к смерти, они не совершают открытых суицидов, но могут быть склонны к экстремальному и рисковому поведению.

Суицидальные установки подростков в зависимости от пола характеризуется следующим образом. У девушек выше показатели тревожности без суицидальных мыслей ($U=319$ при $p \leq 0,05$), более выражено резко отрицательное отношение к суициду ($U=359$ при $p \leq 0,01$), более характерны установки на манипуляции суицидом ($U=339$ при $p \leq 0,01$).

Эго-восприятие

Эго-восприятие выявлялось с использованием методики «Кто Я?». Полученные от каждого респондента 20 ответов, классифицировались по трем критериям, выделенным Шнейдер Л.Б. [27]:

- объектность (кто?);
- функциональность (что делает?);
- эмоциональность (какой?).

Наиболее характерные результаты самоописания 10 рандомных респондентов представлены в табл. 9.

Результат теста показывает, что критерии распределены неравномерно: наиболее полно проявляется эмоциональная сфера (59%), наименее – функциональная (16%). Сфера объектной представленности в самописаниях составляет 25%.

Рисуночная проба «Мое прошлое, настоящее, будущее» показала туманность представлений о будущем, некоторую невротичность и тревожность в настоящем, относительную гармонию либо травмирующие переживания в прошлом. Бросается в глаза статичность образов и их иррациональность. У старшеклассницы Д.Е. на рисунке настоящее находится внизу листа, а прошлое наносит в него «удар потрясающей силы» (манифестация психологической проблемы). Будущее находится за широкой полосой (создается впечатление, что оно как бы отрезано от Е., туда попасть трудно, тяжело). У С.М. связь между настоящим и будущим опосредована прошлым.

Таблица 9

Наиболее характерные примеры самовосприятия

Объектность (Кто?)	Функциональность (Что делает?)	Эмоциональность (Какой?)
ничто; личность; дьявол; некто; пламя; человек; бог; время	мыслит, ищет, суетится, опаздывает	беспомощный; таинственный; боящийся; надеющийся; верящий; одинокий; душевный
часть человечества; судьба; огонь; мир	смотрит на себя изнутри; силится выйти; рвется; мечтает двигаться	мягкий; целеустремленный; маленький (незначительный); теплый
человек; актер	любит; иногда идет на самопожертвование, выполняет обещания	боящийся; неуверенный; везучий; любящий безумно; обидчивый; щедрый; одинокий; не совсем пунктуальный
волк-одиночка; бабник; мыслитель; пепел по ветру; друг; враг; атеист	бежит, стучит, скулит	одинокий; коварный; хитрый; любящий; чувственный; веселый; страдающий; циничный; жадный
никто; все; искатель; вечный путешественник; личность	кричит; плачет; забывает; никогда не придет	живой; ищущий; сравнивающий
жизнь; особь	движется; рвется	теплый; одинокий; нетерпимый
брат всему человечеству; клоун; песчинка в мире; жертва; человек, рожденный не тогда, когда надо и не там, где следовало бы	хочет стать лучшим в каком- нибудь деле; жаждет успеха и признания	любящий; неуверенный; до одурения щедрый; боящийся обидеть, совершить ошибку; очень скрытный и чуть-чуть ленивый; имеющий внутреннюю тайную жизнь; иногда завистливый
человек; мечтательница; девушка; зайка; цветочек; дите; гонщица; змеюка подколотная; лентяйка; я	хочет все время чего-то большого	двуличная; милая, загадочная; гадкая; наивная, безвольная; неуверенная; несамостоятельная
человек; почти сформировавшаяся личность; герой; игрок; россиянин	хочет овладеть хорошей профессией; хочет чего-то добиться; не желающий заканчивать школу; хочет казаться взрослым; не заканчивая одно, переходит к другому	немного ленивый; неглупый; общительный; здоровый; классный
трусиха; лягушка- путешественница; подхалимка; лентяйка; обжора; сладкоежка	тянется к чему-то большому; любит живое; иногда занимается спортом	неопытная; добрая; мечтательная; сентиментальная; часто злая; милая; неуверенная; просто такая же, как все; боящаяся сделать больно

На рис. 6 приведено одно из показательных изображений подростка с суицидально-ориентированными ответами.

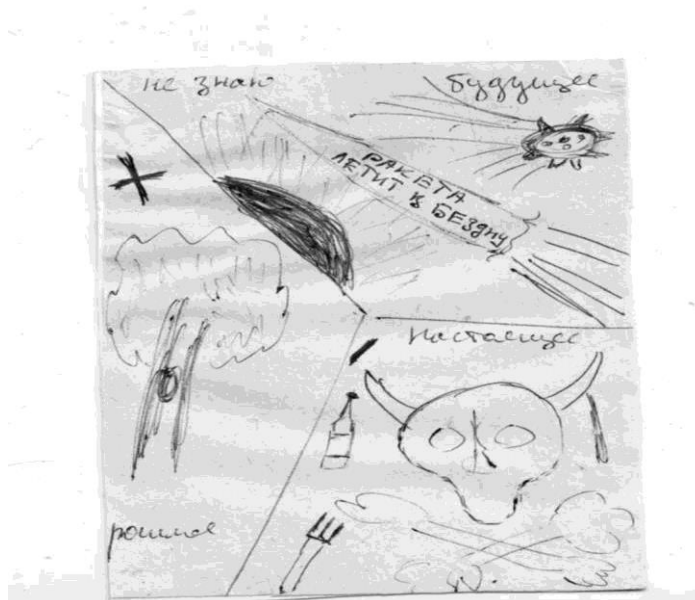


Рис. 2. Изображение прошлого, настоящего и будущего одним из подростков, потенциально ориентированного на суицид

Значение эго-восприятия очень велико, особенно в старшем подростковом и юношеском возрастах в связи с насущной необходимостью строить планы на будущее, создание которых невозможно без фантазии. Напрашивается предположение о связи неадекватных самоописаний старшеклассников с трудностями построения конструктивного будущего – они подпитывают друг друга. Преобладание в структуре личности искаженного эго-восприятия, нереальных представлений о себе, переполненных эмоциями и не подкрепляемых деятельностью (низкая функциональность), способствующей осуществлению желаемого, дезорганизует самосознание человека и может жестоко травмировать его. В итоговом варианте это может приводить к суицидальным намерениям.

Выводы

Результаты проведенного эмпирического исследования показали, что:

1) старший подростковый возраст является возрастом риска с точки зрения формирования и реализации суицидальных намерений, среди причинных факторов, по мнению родителей, значительная роль принадлежит конфликтам и личностным особенностям; по мнению подростков, суицидальные намерения возникают в связи с субъективной невозможностью продолжения жизни;

2) существует взаимосвязь между индивидуально-психологическими особенностями личности и формированием суицидальных форм поведения в подростковом и юношеском возрасте;

3) риски суицидального поведения в старшем подростковом возрасте различаются в зависимости от:

- пола: у мальчиков они носят характер суицидальных действий, у девочек – суицидальных намерений;
- ментально-рефлексивных особенностей: спектра суицидальных мыслей, отношения к смерти, размышлений и представлений о ней (танатос-центрация);
- от возраста: к завершению старшего подросткового возраста (17 лет) риск суицида снижается, но сами намерения по сознательному, добровольному прекращению жизни могут принимать более выраженный и стойкий характер;
- от личностных особенностей: агрессивности и нейротизма, по-разному проявляющихся у подростков;
- от специфики эго-восприятия: его эмоциональной, функциональной и объективной составляющих.

Таким образом, риск суицида и его распространенность вытекают из переживания подростками кризисов взросления, в основе которых лежат эго-центрация в вариантах нереального, главным образом, эмоционального восприятия себя, неудачные попытки отроческого философствования по поводу смысла жизни, отношения к смерти (танатос-центрация), трудности построения конструктивного будущего. Актуальность и распространенность проблемы суицидальных рисков свидетельствует о необходимости широкой программы обучения для всех специалистов, работающих с подростками в системе воспитания и образования.

Литература

1. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. М.: изд-во Академии МВД СССР, 1980. 163 с.
2. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. М.: Прогресс, Прогресс-Академия, 1992. 528 с.
3. Бовина И.Б. Профилактика суицида в подростковой и молодежной среде: размышляя над опытом западных моделей // Психолого-педагогические исследования. 2013. № 2. С. 214–227.
4. Веселкова Е.А., Века Л.М. Психологические аспекты подросткового суицида: методическое пособие. Барнаул, 2015. 73 с.
5. Восковская Л.В. Склонность к суицидальному риску у лиц с разным отношением к смерти // Известия ТТИ ЮФУ. Тематический выпуск «Психология и педагогика». 2009. № 1. С. 133–139.

6. Гилинский Я.И. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийства и других «отклонений». СПб. 2014. 248 с.
7. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. М.: Просвещение, 2014. 375 с.
8. Ефремов В.С. Основы суицидологии: монография. СПб.: Диалект, 2014. 479 с.
9. Зиновьев С.В. Суицид: Попытка системного анализа. СПб.: СОТИС, 2012. 135 с.
10. Ишимбаева А.Н. Суицидальное поведение у детей и подростков Забайкальского края: автореф. диссер. ... канд. мед. наук. М., 2013. 24 с.
11. Карандашев В.Н. Жить без страха смерти. М.: Смысл; СПб.: Питер, 2005. 325 с.
12. Куликов А.В. Суицидальное поведение у детей и подростков с эндогенными заболеваниями // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. Т. 107. № 8. С. 15–23.
13. Кухаренко И.А., Рычкова М.В., Хасан Б.И. Методика исследования динамики риска аддиктивного поведения в подростковом возрасте (на примере наркозависимости) // Психологическая диагностика. 2015. № 3. С. 17–44.
14. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. 256 с.
15. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. СПб.: Союз, 1997. 256с.
16. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты. М.: изд-во МГУ, 2014. 330 с.
17. Психологическая энциклопедия / Под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха. СПб.: Питер, 2006. 1006 с.
18. Пурич-Пейякович Й., Дуньич Д.Й. Самоубийство подростков. М.: Медицина, 2000. 168с.
19. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Суицидальность и склонность к риску у подростков: биопсихосоциальный синтез // Суицидология. 2013. Т. 4. № 2. С. 8–24.
20. Рейнгольд Дж. Мать, тревога и смерть. Комплекс трагической смерти.../ под ред. В.М. Астапова; пер. В.М. Астапова, И. Метлицкой. М.: Изд-во МПСУ, 2017. 352 с.
21. Солдаткин В.А., Дьяченко А.В., Меркурьева К.С. Исследование суицидологической и аддиктологической обстановки в студенческой среде г. Ростова-на-Дону // Суицидология. 2012. № 4. С. 60–64.
22. Тарасевич О.Н. Тенденции суицидального поведения современной российской молодежи // Вестник Иркутского Государственного Технического Университета. 2015. № 1. С. 213–215.

23. Ушакова Е.С. Суицидальный риск: социологический анализ: автореф. дисс. канд. социолог. наук. СПб., 2014. 23 с.
24. Фрейд З. Избранное. М.: АСТ ЛТД, 2015. 448 с.
25. Фромм Э. Во имя жизни // О любви к жизни, о смерти и о «тайнах иного бытия». Составитель Г.Г. Кириленко. М.: Знание, 1992. С. 8–27.
26. Шнейдер Л.Б. Молодежные субкультуры как формы экспериментального философствования молодых // Философия – Детям: Диалог культур и культура диалога: материалы III Международной научно-практической конференции. Под ред. С.И. Левиковой. М.: Гуманитарий, 2008. С. 140–143.
27. Шнейдер Л.Б. Профессиональная идентичность: структура, генезис и условия становления. Автореф. диссерт... докт. психол. н., М., 2001. 42с.
28. Шнейдер Л.Б. Смерть как ритуальное, профессиональное и материальное // Развитие личности. 2003. № 1. С. 78–97.
29. Шнейдер Л.Б. Центрация как ключевой момент в становлении идентичности // Сборник тезисов Международной научной конференции «Культурно-исторический подход: от Л.С. Выготского – к XXI веку». Под ред. Т.Д. Марцинковской, М.О. Резванцевой, В.Р. Орестовой. М.: изд-во РГГУ, 2017. С. 150–154.
30. Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2014. 315 с.
31. Эверелл Р.Д., Бостик К.Э., Паулсон Б.Л. Я устал быть собой: развитие темы юношеского суицида: дайджест // Психология обучения. 2012. № 3. С. 73–76.
32. Эшер Д. 13 причин «почему». М.: АСТ, 2017. 352 с.
33. Beck A.T., Kovacs M., Weissman A. Assessment of suicidal ideation: The scale for suicide ideation // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1979. Vol. 47. № 2. Pp. 343–352. doi:10.1037/0022-006x.47.2.343.
34. Eissler K.R. The psychiatrist and Dying Patient. New York: International Universities Press, 1955. P. 338.

Ego-Perception and Thanatos-Centration as Sources of Suicide in Adolescence

Shneyder L.B.,

Doctor in psychology, professor, head of the Department of family and childhood psychology, Russian State University for the Humanities, Moscow, Russia, lshnejder@yandex.ru

Surgucheva N.V.,

Master's student, Department of psychological anthropology, Moscow pedagogical state University; teacher-facilitator, State School № 1347, Moscow, Russia, nsurgucheva@rambler.ru

The article considers structural, processual and causal aspects of suicides. Problems of child philosophizing, specifics of adolescence in the context of suicide discussed. The concept of suicidal risk clarified and its diagnostic possibilities shown. Identified that according to parents opinion significant role belongs to conflicts and personality traits among causal factors of suicidal risk. According to adolescents, suicidal intentions are associated with the subjective impossibility to create satisfactory continuation of life. It has been found that suicidal risks and types of suicidal behavior in late adolescence differ depending on age, worldview, gender and personality traits.

Keywords: suicide, adolescent, parents, suicidal behavior, suicidal intentions, suicidal risk.

References

1. Ambrumova A.G., Borodin S.V., Mikhlin A.S. *Preduprezhdenie samoubiistv [Suicide Prevention]*. Moscow: Publ. of Akademiya MVD SSSR, 1980. 163 p.
2. Ar'es F. *Chelovek pered litsom smerti [Man in the face of death]*. Moscow: Progress, Progress-Akademiya, 1992. 528 p.
3. Bovina I.B. *Profilaktika suitsida v podrostkovoi i molodezhnoi srede: razmyshlyaya nad opytom zapadnykh modelei [Suicide Prevention in adolescent and youth environment: reflecting on the experience of Western models]. Psikhologo-pedagogicheskie issledovaniya [Psychological and pedagogical research]*, 2013, no. 2, pp. 214–227.

4. Veselkova E.A., Veka L.M. Psikhologicheskie aspekty podrozkovogo suitsida: metodicheskoe posobie [Century Psychological aspects of the adolescent suicide: a methodological guide]. Barnaul, 2015. p. 73.

5. Voskovskaya L.V. Sklonnost' k suitsidal'nomu risku u lits s raznym otnosheniem k smerti [Propensity to suicidal risk in persons with different attitudes to death]. *Izvestiya TTI YuFU. Tematicheskii vypusk «Psikhologiya i pedagogika» [Thematic issue "Psychology and pedagogy"]*, 2009, no. 1, pp. 133–139.

6. Gilinskii Ya.I. Deviantologiya: sotsiologiya prestupnosti, narkotizma, prostitutsii, samoubiistva i drugikh «otklonenii» [Deviantology: sociology of crime, drug addiction, prostitution, suicide and other "deviations"]. Saint-Petersburg, 2014. 248 p.

7. Dyurkgeim E. Samoubiistvo: Sotsiologicheskii etyud [Suicide: a Sociological study]. Moscow: Prosveshchenie, 2014. 375 p.

8. Efremov V.S. Osnovy suitsidologii: monografiya [Fundamentals of suicide-studying]. Saint-Petersburg: Dialekt, 2014. 479 p.

9. Zinov'ev S.V. Suitsid: Popytka sistemnogo analiza [Suicide: Attempt of system analysis]. Saint-Petersburg: SOTIS, 2012. 135 p.

10. Ishimbaeva A.N. Suitsidal'noe povedenie u detei i podrozkov Zabaikal'skogo kraja: avtoref. disser. ... kand. med. nauk. [Suicidal behavior in children and adolescents in Zabaykalsky Krai. PhD thesis]. Moscow, 2013. 24 p.

11. Karandashev V.N. Zhit' bez strakha smerti [To live without fear of death]. Moscow: Smysl, 2005. 325 p.

12. Kulikov A.V. Suitsidal'noe povedenie u detei i podrozkov s endogennymi zabolevaniyami [Suicidal behavior in children and adolescents with endogenous diseases]. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov]*, 2015, vol. 107, no. 8, pp. 15–23.

13. Kukhareenko I.A., Rychkova M.V., Khasan B.I. Metodika issledovaniya dinamiki riska addiktivnogo povedeniya v podrozkovom vozraste (na primere narkozavisimosti) [Methods of studying the dynamics of risk of addictive behavior in adolescence (on the example of drug addiction)]. *Psikhologicheskaya diagnostika [Psychological Diagnostics]*, 2015, no. 3, pp. 17–44.

14. Lichko A.E. Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrozkov [Psychopathy and accentuations of character in adolescents]. Saint-Petersburg: Publ. of NIPNI im. V.M. Bekhtereva, 2012. 256 p.

15. Piazhe Zh. Rech' i myshlenie rebenka [Speech and thinking child]. Saint-Petersburg: Publ.Soyuz, 1997. 256 p.

16. Pogodin I.A. Suitsidal'noe povedenie: psikhologicheskie aspekty [Suicidal behavior: psychological aspects]. Moscow: Publ. of MGU, 2014. 330 p.

17. Psikhologicheskaya entsiklopediya. [Psychological encyclopedia]. In R. Korsini, A. Auerbakha (eds.). Saint-Petersburg: Piter, 2006. 1006 p.
18. Purich-Peiyakovich I., Dun'ich D.I. Samoubiistvo podrostkov [Suicide teenagers]. Moscow: Meditsina, 2000. 168 p.
19. Rakhimkulova A.S., Rozanov V.A. Suitsidal'nost' i sklonnost' k risku u podrostkov: biopsikhosotsial'nyi sintez [Suicidality and risk appetite in adolescents: biopsychosocial synthesis]. *Suitsidologiya [Suicidology]*, 2013, vol. 4, no. 2, pp. 8–24.
20. Reingol'd Dzh. Mat', trevoga i smert'. Kompleks tragicheskoi smerti [The complex tragic death]. In V.M. Astapova (ed.). Moscow: Publ. of MPSU, 2017. 352 p.
21. Soldatkin V.A., D'yachenko A.V., Merkur'eva K.S. Issledovanie suitsidologicheskoi i addiktologicheskoi obstanovki v studencheskoi srede g. Rostova-na-Donu [Research results and addictological situation in the student's environment of Rostov-na-Donu]. *Suitsidologiya [Suicidology]*, 2012, no. 4, pp. 60–64.
22. Tarasevich O.N. Tendentsii suitsidal'nogo povedeniya sovremennoi rossiiskoi molodezhi [Tendencies of suicidal behavior of modern Russian youth]. *Vestnik Irkutskogo Gosudarstvennogo Tekhnicheskogo Universiteta [Bulletin of Irkutsk State Technical University]*, 2015, no. 1, pp. 213–215.
23. Ushakova E.S. Suitsidal'nyi risk: sotsiologicheskii analiz [Suicidal risk: sociological analysis]: avtoref. diss. kand. sotsiolog. nauk. Saint-Petersburg, 2014. 23 p.
24. Freid Z. Izbrannoe [Favorites]. Moscow: AST LTD, 2015. 448 p.
25. Fromm E. Vo imya zhizni [In the name of life]. O lyubvi k zhizni, o smerti i o «tainakh inogo bytiya» [On the love of life, death and the "secrets of another being"]. In G.G. Kirilenko [ed.]. Moscow: Znanie, 1992. Pp. 8–27.
26. Shneider L.B. Molodezhnye subkul'tury kak formy eksperimental'nogo filosofstvovaniya molodykh. [Youth subcultures as forms of experimental philosophizing of young people]. In S.I. Levikova (ed.), *Filosofiya – Detyam: Dialog kul'tur i kul'tura dialoga: materialy III Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii [Philosophy – Children: Dialogue of cultures and culture of dialogue: materials of the III International scientific-practical conference]*. Moscow: Gumanitarii, 2008, pp. 140–143.
27. Shneider L.B. Professional'naya identichnost': struktura, genezis i usloviya stanovleniya. Avtoref. dissert... dokt. psikh. nauk [Professional identity: structure, Genesis and conditions of formation. PhD Thesis]. Moscow, 2001. 42 p.
28. Shneider L.B. Smert' kak ritual'noe, professional'noe i material'noe [Death as ritual, professional and material]. *Razvitie lichnosti [Personality Development]*, 2003, no. 1, pp. 78–97.
29. Shneider L.B. Tsentratsiya kak klyuchevoi moment v stanovlenii identichnosti [Centration as a key moment in the formation of identity]. In T.D. Martsinkovskaya, M.O. Rezvantseva, V.R. Orestova (eds.), *Sbornik tezisov Mezhdunarodnoi nauchnoi*

konferentsii «Kul'turno-istoricheskii podkhod: ot L.S. Vygotskogo – k XXI veku» [Collection of abstracts of the International scientific conference "Cultural and historical approach: from L.S. Vygotsky – to the XXI century"]. Moscow: Publ. of RGGU, 2017, pp. 150–154.

30. Shneidman E.S. Dusha samoubiitsy [Soul suicide]. Moscow: Smysl, 2014. 315 p.
31. Everell R.D., Bostik K.E., Paulson B.L. Ya ustal byt' soboi: razvitiye temy yunosheskogo suitsida: daidzhest [I'm tired of being myself: the development of the theme of youthful suicide: digest]. *Psikhologiya obucheniya [Psychology of Learning]*, 2012, no. 3, pp. 73–76.
32. Esher D. 13 prichin «pochemu» [13 reasons "why."]. Moscow: AST, 2017. 352 p.
33. Beck A.T., Kovacs M., Weissman A. Assessment of suicidal ideation: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, vol. 47, no. 2, pp. 343–352. doi:10.1037/0022-006x.47.2.343.
34. Eissler K.R. The psychiatrist and Dying Patient. New York: International Universities Press, 1955. 338 p.

Апробация модифицированной версии методики «Шкала созависимости Спенн–Фишер»

Бердичевский А.А.,

соискатель ученой степени кандидата психологических наук, Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН), Москва, Россия, berdichevsky.alexey@gmail.com

Падун М.А.,

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН), Москва, Россия, maria_padun@inbox.ru

Гагарина М.А.,

кандидат психологических наук, доцент кафедры Управления персоналом и психологии, Финансовый университет (ФГБОУ ВО Финуниверситет); ассоциированный научный сотрудник, лаборатория социальной и экономической психологии, Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН), Москва, Россия, mgagarina224@gmail.com

В статье представлены данные адаптации модифицированной Шкалы созависимости Спенн–Фишер, позволяющей измерять степень выраженности созависимости. Исследование проведено на выборках студентов (N=227) и курсантов (N=38) высших учебных заведений. Теоретический конструкт созависимости как психосоциального состояния, включающего внешний локус контроля, склонность к подавлению эмоций и повышенную значимость межличностных отношений, подтвержден данными кластерного анализа. Опросник показал удовлетворительные показатели как надежности–согласованности, так и ретестовой надежности. Конструктивная валидность методики подтвердилась значимыми корреляциями, обосновывающими конструкт созависимости, лежащий в ее основе. Высокий уровень созависимости положительно коррелирует с внешним локусом контроля, подавлением эмоций, тревожностью, а отрицательно – с аффективной составляющей межличностных отношений, доброжелательностью окружающего мира и убеждениями о контроле. Полученные в ходе исследования психометрические данные во многом согласуются с результатами исследований авторов шкалы и свидетельствуют об успешной адаптации методики на российской выборке.

Ключевые слова: созависимость, адаптация, модифицированная шкала созависимости Спенн–Фишер, подавление эмоций, локус контроля, психодиагностика, психометрика.

Для цитаты:

Бердичевский А.А., Падун М.А., Гагарина М.А. Апробация модифицированной версии методики «Шкала созависимости Спенн–Фишер» [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 215–234. doi: 10.17759/psycljn.2019080113

For citation:

Berdichevsky A.A., Padun M.A., Gagarina M.A. Testing a Modified Version of the Spenn–Fisher Codependency Scale [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 1, pp. 215–234. doi: 10.17759/psycljn.2019080113 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Изучение понятия «созависимость» началось в рамках групп самопомощи людям, находившимся в близких отношениях с лицами, зависимыми от психоактивных веществ (ПАВ). Изначально созависимостью называли отношения между людьми, один из которых страдал зависимостью от ПАВ. Было замечено, что когда человек с зависимостью проходил реабилитацию, изменял свое поведение и возвращался в предшествующие реабилитации отношения, то он часто возвращался к употреблению ПАВ. Далее фокус внимания исследователей был направлен на изучение разных отношений созависимых людей, так как созависимый человек, вступая в новые отношения, выбирал в качестве партнера либо человека, зависимого от ПАВ, либо его партнер через какое-то время становился зависимым. В итоге исследователи стали изучать сами отношения созависимых людей, а основным фокусом внимания стали психологические характеристики созависимых людей и их партнеров [8]. Таким образом, созависимость может быть свойственна лицам с определенными личностными характеристиками [2] и особенностями построения отношений, а не только людям, находящимся в отношениях с зависимыми от ПАВ.

На сегодняшний день в психологии зависимого поведения в России очень популярен семейный подход [3; 8; 11], поскольку многие практики обращают внимание на то, что зависимость от психоактивных веществ одного из членов семьи часто подкрепляется специфическим поведением его близких. Несмотря на это, в определении этого поведения до сих пор нет единого мнения, не говоря о точности его эмпирического измерения.

«Созависимый человек – это тот, кто полностью поглощен тем, чтобы управлять поведением другого человека и совершенно не заботится об удовлетворении собственных жизненно важных потребностей», – считает

известный специалист в области созависимости В.Д. Москаленко [11, с. 39]. Н.Г. Артемцева, ссылаясь на National Council of Co-dependence, приводит следующее определение созависимости: «поведение, мотивированное зависимостями других людей; эти зависимости включают пренебрежение и неприятие собственной личности» [2, с. 11]. Г.В. Морозова определяет созависимость как «отрицаемый человеком болезненный личностный статус, заключающийся в прижизненно сформированной неспособности к самостоятельному личностному функционированию и проявляющийся в попытках определить себя как личность через личность других» [10, с. 19].

Большинство научных работ по созависимости основаны в первую очередь на исследованиях западных специалистов, которые определяют созависимость неоднозначно. М. Битти характеризует созависимого как «человека, позволяющего поведению другого человека воздействовать на себя и одержимого стремлением контролировать поведение этого другого человека» [4, с. 75]. Берри и Дженней Уайнхолды видят созависимость как «психологическое расстройство, причиной которого является незавершенность одной из наиболее важных стадий развития в раннем детстве – стадии установления психологической автономии» [15, с. 15–16].

Эмпирическое измерение созависимости в отечественных работах представлено переводными зарубежными методиками. Как первоисточники, так и российские аналоги не имеют психометрических подтверждений валидности и надежности получаемых с их помощью научных данных. В основном это «Опросник на выявление созависимых моделей взаимодействия» Б. Уайнхолд и Дж. Уайнхолд [15, с. 24–26]. Он используется в работах многих отечественных исследователей [1; 5; 9]. Есть исследователи [7], которые используют Шкалу созависимости В.Д. Москаленко [11], являющуюся переводом Шкалы созависимости Спенн–Фишер (The Spann–Fischer Codependency Scale (SF CDS)) [19], о психометрических характеристиках которой данных не обнаружено.

По нашим данным, единственной методикой, адаптированной на российской популяции, является опросник оценки созависимости, созданный Сообществом анонимных созависимых (Co-Dependents Anonymous, CoDA), работа по адаптации которого проводилась Н.Г. Артемцевой [2]. В российском варианте он называется «Профиль созависимости», состоит из 33 утверждений, оцениваемых респондентом по шкале от 1 до 10 баллов, где 1 – «совершенно не про меня», а 10 – «точно про меня». Методика была проверена автором на внешнюю валидность путем поиска корреляций со шкалами методики «Тест на уверенность в себе» В.Г. Ромека, с показателями методики диагностики предрасположенности личности к конфликтному поведению К. Томаса, со Шкалой самоуважения М. Розенберга, с уровнем тревожности по опроснику Спилбергера–Ханина. Проверка «Профиля созависимости» на внешнюю валидность подтвердила предполагаемые результаты, однако научный конструкт в ее основе отсутствует, а валидизация проводилась поиском корреляций между ее отдельными утверждениями и показателями шкал, указанных выше методик, что вызывает сомнения в адекватности применения подобных мер обоснованности измерительной способности методики.

Таким образом, научная валидизация понятия и его измерение представляют собой проблему.

Методика, определяющая созависимость в научных исследованиях, должна быть основана на хорошо зарекомендовавшем себя инструменте, подтвержденным хорошими психометрическими показателями и имеющим в своей основе строгий теоретический конструкт. Для экспресс-диагностики имеет важность небольшое количество вопросов в инструменте. В зарубежных исследованиях Шкала созависимости Линды Спенн и Джудит Фишер (ШСЗ СФ) – пожалуй, наиболее часто используемый инструмент, показавший хорошие психометрические данные, подтвержденные в разных исследованиях [17; 18; 21].

Опросник состоит из 16 утверждений, оцениваемых по шкале Лайкерта от 1 до 6 баллов, где 1 – «полностью не согласен», а 6 – «полностью согласен». В основе методики лежит определение созависимости как психосоциального состояния, проявляющегося через неблагополучную модель поведения, которая характеризуется: 1) ярко выраженной ориентацией на внешнее, 2) отсутствием открытого выражения чувств и 3) попытками получить чувство собственной значимости через отношения [19].

Теоретическая модель методики была подтверждена эмпирически при помощи факторного анализа. Он показал наличие четырех независимых факторов. Авторы указывают, что первый и второй факторы подтвердили опекающее внимание к другим, третий – отсутствие открытого выражения чувств, а четвертый фактор – устремленность на отношения с другими, что подтверждает теоретическую модель методики.

Надежность методики проверялась на трех выборках: студенты, созависимые лица и созависимые лица, посещающие группы «Анонимных созависимых» (выздоровливающие). Коэффициент надежности оригинальной шкалы (α Кронбаха) равен 0,77 [19].

Проверка методики на критериальную валидность показала значимую разницу в показателях созависимости между группой созависимых и группами студентов и выздоравливающих. Также было показано, что созависимость более свойственна женщинам, чем мужчинам. Проверка на конструктивную валидность показала значимые взаимосвязи созависимости с низкой самооценкой, внешним локусом контроля, тревожностью, депрессивностью [19].

Данных об адаптации ШСЗ СФ на российской популяции нами обнаружено не было. Авторами статьи было получено разрешение Дж. Фишер на русскоязычную адаптацию методики.

Целью исследования стала адаптация Шкалы созависимости Спенн–Фишер (The Spann–Fischer Codependency Scale (SF CDS) на русскоязычной выборке. Для реализации поставленной цели было необходимо решить следующие **задачи**:

1. перевод текста опросника с английского языка на русский;
2. проверка психометрических свойств методики (надежности и валидности).

Дизайн исследования

Участники исследования. Поскольку в основе методики лежит определение созависимости как психосоциального состояния, а не отношений, возникающих в диаде с лицом, употребляющим ПАВ, адаптация методики проходила на выборке студентов московских вузов (Московский медицинский институт «Реавиз» и Финансовый университет при Правительстве РФ) 18–27 лет ($M=19,9$, $SD=1,1$) в количестве 227 человек: 137 девушек, 83 юноши, 7 человек не указали пол.

Для проверки конструктивной валидности выборка была разделена на три части:

- 1-я группа: $n=85$, возраст 18–22 лет, $M=20$, $SD=0,8$, 37 человек мужского пола, 48 – женского;
- 2-я группа: $n=89$, возраст 18–24 лет, $M=19,5$, $SD=0,9$, 28 человек мужского пола, 61 – женского;
- 3-я группа: $n=53$, возраст 19–27 лет, $M=20,5$, $SD=1,5$, 18 человек мужского пола, 28 – женского, 7 человек пол не указали.

Респондентам каждой группы наряду с основной методикой ШСЗ СФ предлагались дополнительные методики.

Проверка ретестовой надежности методики проходила на 4-й группе курсантов одного из подведомственных ФСИИ высшего учебного заведения ($n=38$; возраст – 19–25 лет, $M=20,1$, $SD=1,1$, 23 человека мужского пола, 15 – женского).

Методики. Респондентам *первой группы* наряду со ШСЗ СФ был предложен Тест изучения уровня субъективного контроля (УСК) в адаптации Е.Ф. Бажина, С.А. Голынкиной, А.М. Эткинда [14] – опросник, состоящий из 44 пунктов, позволяющий выявить общую интернальность, то есть то, насколько респондент приписывает ответственность за свою деятельность собственным усилиям и способностям.

Респондентам *второй группы* помимо ШСЗ СФ были предложены следующие методики:

- Опросник регуляции эмоций (ОРЭ) Дж. Гросса в адаптации И.Н. Дорофеевой, М.А. Падун [6] – опросник, состоящий из 10 вопросов, позволяющий определить степень выраженности таких стратегий регуляции эмоций, как когнитивная переоценка и подавление;
- Опросник межличностных отношений (ОМО) В. Шутца в адаптации А.А. Рукавишниковой [16] – опросник, состоящий из 54 утверждений и оценивающий

особенности межличностных отношений. Опросник включает следующие шкалы: Включение (потребность в создании и поддержании отношений), Контроль (потребность контролировать поведение) и Аффект (потребность в эмоционально близких отношениях с партнером). Каждая из этих шкал состоит из двух субшкал: Выраженное поведение (как ведет себя респондент по отношению к другим) и Требуемое поведение (какое поведение респондент ожидает от своего партнера). Помимо ШСЗ СФ, респондентам *третьей группы* были предложены методики:

- модифицированный опросник «Шкала базисных убеждений» (ШБУ) в адаптации М.А. Падун, А.В. Котельниковой [12] – опросник, определяющий, как респондент представляет себе окружающую действительность и образ своего Я. Опросник состоит из 37 утверждений и включает 5 шкал: Доброжелательность окружающего мира, Справедливость, Образ Я, Удача и Убеждения о контроле;
- шкалу самооценки Ч.Д. Спилбергера, А.Л. Ханина (субтест Личностная тревожность) [13], определяющую степень личностной тревожности и состоящую из 20 утверждений.

Респонденты *четвертой группы* заполняли ШСЗ СФ дважды: в июле и в сентябре 2018 г.

Результаты и их обсуждение

Перевод опросника. Работа над адаптацией ШСЗ СФ на русскоязычной выборке началась с перевода текста опросника на русский язык методами прямого и обратного перевода. Прямой перевод с английского языка на русский осуществлялся двумя дипломированными психологами, один из которых – кандидат наук с продвинутым уровнем владения английским языком. Обратный перевод осуществлялся специалистом, проживающим в США и занимающимся преподавательской деятельностью в течение длительного времени.

Редактирование окончательной версии и проверка ее соответствия оригиналу осуществлялась группой из трех человек, двое из которых – кандидаты психологических наук.

Учитывая тот факт, что авторы оригинальной версии при факторизации опросника не включили в его состав пятый вопрос (инверсный) из-за его малой факторной нагрузки и представили в публикации факторный анализ опросника с 15 пунктами, обсуждалась проблема инверсных вопросов. Современные исследователи обращают внимание на то, что инверсные вопросы часто вызывают затруднения у испытуемых, а при факторизации методик образуют один фактор независимо от сути вопросов [20].

С целью избегания возможных проблем, связанных с инверсными вопросами, было принято решение об исключении двух инверсных вопросов из шкалы: вопрос № 5 «Обычно я не делаю для других то, что они в состоянии сделать для себя сами» и вопрос № 7 «Я нечасто тревожусь». Кроме вышеописанных сложностей

с инверсными вопросами, в качестве аргументов за исключение вопроса № 5 было то, что в опроснике достаточно вопросов про избыточную ориентацию на отношения. Что касается вопроса № 7, то он в целом не является специфичным и направлен на оценку тревожности. Как показал дальнейший анализ, ШСЗ СФ и без него коррелирует со шкалой тревожности по методике Спилбергера–Ханина (см. Приложение).

Надежность. Шкала созависимости Спенн–Фишер (14 пунктов) в целом показала удовлетворительную надежность ($N=227$), показатель согласованности пунктов опросника α Кронбаха равен 0,78.

Структура опросника. Мы отказались от проведения факторного анализа, так как данные, полученные нами по отдельным пунктам методики, не имели нормального распределения, а это является помехой для его использования.

Проведенная кластеризация переменных – пунктов методики – показала общее соответствие структуры опросника теоретической модели. В табл. 1 показано, что пункты опросника образуют четыре кластера. *Первый кластер* отражает трудности во взаимоотношениях с собой и может быть назван «Дефицитарность Я», который может быть интерпретирован как составной компонент избыточной ориентации личности вовне. *Второй кластер* отражает сложности, связанные с выражением чувств, и может быть назван «Подавление эмоций». *Третий кластер* отражает вовлеченность в дисфункциональные отношения. *Четвертый кластер* включает вопросы, выявляющие избыточную зависимость человека от внешнего контекста, и может быть назван «Внешний локус контроля».

Таблица 1

Данные кластерного анализа (методом полной связи)

Кластер	Вопрос	М	SD
1. Дефицитарность Я	3. Мне трудно принимать комплименты	2,8	1,55
	4. Иногда я чувствую что-то вроде скуки или пустоты, если у меня нет проблем, которые нужно решать	2,82	1,64
	5. Когда я делаю что-то приятное для себя, я обычно чувствую вину	1,98	1,34
2. Подавление эмоций	10. Я обычно не показываю другим, какой я на самом деле	3,84	1,49
	11. Когда кто-либо расстраивает меня, я долго сдерживаюсь, но в какой-то момент взрываюсь	4,05	1,6
	12. Я пойду на все, чтобы избежать открытого конфликта	3,82	1,49

Кластер	Вопрос	М	SD
3. Дисфункциональные отношения	8. Иногда я сосредотачиваюсь на одном человеке в ущерб другим отношениям и обязанностям	3,53	1,69
	9. Кажется, я вовлекаюсь в отношения, которые болезненны для меня	3,08	1,8
4. Внешний локус контроля	1. Мне трудно принимать решения	2,91	1,44
	2. Мне трудно сказать «нет»	3,26	1,58
	6. Я говорю себе, что все изменится к лучшему, когда окружающие меня люди будут вести себя по-другому	2,66	1,5
	7. Мне кажется, что в отношениях я всегда есть для других, но другие редко готовы быть для меня	3,19	1,59
	13. Я часто испытываю чувство страха и обреченности	2,88	1,57
	14. Я часто ставлю потребности других выше своих собственных	3,29	1,4

Нормативные значения ШСЗ СФ. Полученные данные по ШСЗ СФ имеют нормальное распределение ($K-S d=0,038$, $p>0,20$; Lilliefors $p>0,20$), поэтому в дальнейшем применялись параметрические методы анализа. Описательная статистика по выборке студентов ($N=227$) приведена в табл. 2.

Таблица 2

**Описательная статистика
по Модифицированной шкале созависимости Спенн-Фишер**

N	ШСЗ СФ						
	М	Min	Max	SD	SE	Skewness	Kurtosis
Всего (N=227)	44,13	14	70	11,11	0,73	0,03	-0,27
девушки (n=137)	45,25	21	70	11,35	11,35	0,08	-0,56
юноши (n=83)	42,13	14	65	10,64	1,16	-0,14	0,18

Были обнаружены значимые различия между юношами и девушками: девушки имеют более высокие показатели созависимости, чем юноши (табл. 3). Полученные данные совпадают с результатами, полученными авторами методики ШСЗ СФ [19].

Таблица 3

**Различия в показателях созависимости
у юношей и девушек t-Критерий Стьюдента**

Шкала созависимости СФ	Девушки (n=137)		Юноши (n=83)		t	p
	M	SD	M	SD		
	45,2	11,4	42,1	10,6	-2,02	0,04

Проверка конструктивной валидности. Проверка конструктивной валидности методики проводилась путем поиска корреляций с опросниками, содержащими конструкты, заложенные в авторской методике. По мнению авторов оригинальной шкалы, существует ряд конструктов, потенциально связанных с созависимостью, к числу которых относятся тревожность, низкая самооценка и контроль [19]. Отдельные переменные, используемые в данном исследовании, не имеют нормального распределения, поэтому для поиска взаимосвязей нами используются как параметрические, так и непараметрические критерии (табл. 4, 5).

Созависимость и экстернальный локус контроля. Предполагалось, что созависимость будет связана с экстернальным локусом контроля, так как одна из составляющих авторского конструкта СЗ – чрезмерная ориентация на внешнее в ущерб внутреннему [19]. В табл. 4 представлены результаты корреляционного анализа, в ходе которого было обнаружено, что показатель созависимости ШСЗ СФ имеет значимую обратную корреляцию со шкалой Общая интернальность (n=85) Теста изучения уровня субъективного контроля. Полученные данные подтверждают результаты авторского исследования [19], свидетельствующие о низком уровне субъективного контроля (т.е. высокой выраженности экстернального контроля) у созависимых лиц.

Таблица 4

**Значимые корреляции показателей ШСЗ СФ со шкалами общей
интернальности и убеждениями о контроле (r-Пирсона)**

Шкалы	1 группа (N=85)	3 группа (N=53)
Общая интернальность (УСК)	-0,33**	
Убеждения о контроле (ШБУ)		-0,32*

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

Созависимость и подавление эмоций. Авторы оригинальной методики считают, что одной из характеристик созависимости является отсутствие открытого выражения чувств [19]. В табл. 5 показано, что в исследовании, проведенном на второй группе респондентов ($n=89$), была установлена значимая положительная корреляция между показателем созависимости и шкалой Подавление эмоций Опросника регуляции эмоций Дж. Гросса ($r=0,21$ при $p\leq 0,05$), что свидетельствует о том, что созависимые лица склонны к подавлению эмоций. Полученный эмпирический факт соответствует содержанию конструкта «созависимость», который заложен в настоящую методику.

Таблица 5

Значимые корреляции между показателем ШСЗ СФ и показателями подавления эмоций, аффекта в межличностных отношениях, тревожности и доброжелательности окружающего мира (г-Спирмена)

Шкалы	2 группа ($n=89$)	3 группа ($n=53$)
Подавление эмоций (ОРЭ)	0,21*	
Выраженность аффекта (ОМО)	-0,23*	
Потребность в аффекте (ОМО)	-0,20*	
Личностная тревожность (методика диагностики самооценки)		0,54**
Доброжелательность окружающего мира (ШБУ)		-0,33*

Примечание: * – $p\leq 0,05$, ** – $p\leq 0,001$.

Созависимость и межличностные отношения. Одной из составляющих авторского конструкта созависимости является получение чувства собственной значимости через отношения [19]. Мы предполагали, что созависимые люди склонны контролировать своего партнера по отношениям (шкала Контроль ОМО), однако данная гипотеза не подтвердилась. Была обнаружена обратная взаимосвязь созависимости со шкалой аффекта ОМО, что свидетельствует о значимости эмоциональных отношений для созависимых людей. Чем выше показатели созависимости у респондентов, тем более они разборчивы в установлении близких эмоциональных отношений с другими и тем менее склонны к проявлению своих чувств ($r=-0,23$; $p\leq 0,05$). Эти данные дополнительно подтверждают авторский конструкт созависимости в том, что созависимые люди не склонны к открытому выражению чувств. В отношении с другими созависимые люди не склонны

требовать от них эмоциональной близости, что подтверждается отрицательной корреляцией уровня созависимости и шкалы Потребности в аффекте ($r=-0,20$; $p\leq 0,05$). Полученные факты не входили в гипотезы исследования, однако они могут пролить новый свет на особенности созависимых отношений. Они свидетельствуют о низкой способности созависимых лиц создавать эмоционально близкие отношения.

Полученные данные о взаимосвязях созависимости и внешнего локуса контроля, а также о сложностях созависимых людей в создании эмоционально близких отношений соответствуют третьему конструкту, лежащему в основе ШСЗ СФ – чрезмерной ориентации на отношения с другими. При огромной важности отношений для созависимых людей, они зачастую к ним не способны из-за невозможности установить с человеком теплый эмоциональный контакт.

Созависимость и личностная тревожность. Предполагалось, что созависимость будет положительно связана с личностной тревожностью. Тревожность не является составной частью конструкта созависимости, однако мы полагали, что переживание потенциальной угрозы должно быть связано с дефицитом опоры на себя, свойственным созависимым лицам. Авторы оригинальной методики считают тревожность потенциально близким конструктом для созависимости и проводили поиск их взаимосвязи для проверки валидности методики.

В исследовании, проведенном на третьей группе респондентов ($n=53$), были обнаружены положительные корреляции показателей созависимости с личностной тревожностью по методике диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина ($r=0,54$ при $p\leq 0,001$). Полученные эмпирические факты соответствуют результатам исследования авторов оригинальной версии ($r=0,47$ при $p\leq 0,001$) [19].

Созависимость и базисные убеждения. Предполагалось, что созависимым лицам свойственны негативные представления о себе. О проблемах с самооценкой у созависимых лиц свидетельствуют данные авторского исследования Дж. Спенн и Л. Фишер, считающих, что созависимые люди обретают в отношениях чувство собственной значимости [19]. Н.Г. Артемцева говорит о неприятии собственной личности созависимыми [2, с. 11]. Гипотеза о негативном образе Я не подтвердилась, что, вероятно, свидетельствует о компенсации дефицита самооценки за счет созависимости в отношениях.

Анализ связей ШСЗ СФ с другими показателями модифицированной Шкалы базисных убеждений (табл. 4) показал, что существует значимая отрицательная корреляция между созависимостью и Убеждениями о контроле ШБУ. По мнению авторов ШБУ, потребность в контроле свойственна созависимым, что также подтверждается мнением практикующих психологов [4; 11]. В нашем исследовании мы получили данные, свидетельствующие о том, что созависимые лица имеют убеждения в том, что не могут контролировать происходящие с ними события. Вероятно, сниженное чувство контроля над собственной жизнью порождает потребность в обретении контроля через отношения с близким человеком.

Полученные данные (табл. 5) показывают также, что созависимость отрицательно связана со шкалой Доброжелательности окружающего мира. Эти результаты говорят о том, что созависимые лица считают окружающий мир враждебным и опасным.

Тест-ретестовая надежность. Для проверки ретестовой надежности методики был проведен двукратный замер показателей ШСЗ СФ на выборке курсантов одного из подведомственных ФСИН высших учебных заведений ($n=38$) с интервалом 3 месяца. Так как полученные данные имели нормальное распределение, для проверки ретестовой надежности использовался t -критерий Стьюдента. Полученные результаты показали высокую ретестовую надежность ШСЗ СФ (табл. 6). Данные ретестовой надежности подтверждаются коэффициентом корреляции ($r=0,5$, при $p<,01$) между показателями по двум замерам.

Таблица 6

**Проверка ретестовой надежности ШСЗ СФ (t -критерий Стьюдента
для связанных выборок)**

ШСЗ СФ	Первый тест		Ретест		t -критерий	p
	М	SD	М	SD		
	38,76	11,18	38,87	9,65	-0,06	0,95

В целом модифицированный вариант ШСЗ СФ удовлетворяет критериям надежности с точки зрения согласованности пунктов опросника и в плане устойчивости результатов во времени. Данные о соответствии теоретического конструкта эмпирическому подтверждены с помощью кластерного анализа.

Валидизация ШСЗ СФ полностью подтверждает научный конструкт созависимости оригинальной методики, в котором созависимость понимается как психосоциальное состояние, характеризующееся внешним локусом контроля, сложностью открытого выражения чувств и большой значимостью отношений с другими. ШСЗ СФ обратно коррелирует со шкалой Общей интернальности методики УСК, что говорит об отсутствии у созависимых лиц субъектной жизненной позиции и большей ориентации на внешние обстоятельства. М. Битти [4] считает, что созависимость проявляется в том, что люди, страдающие от нее, с одной стороны, находятся под сильным влиянием близких людей, а с другой – для того чтобы чувствовать себя хорошо, пытаются контролировать поведение значимых других. Были получены данные об обратной взаимосвязи созависимости и возможности контролировать события своей жизни, что может дополнять представление о желании контролировать поведение партнера, компенсируя тем самым свою субъектную несостоятельность. Повышенная тревожность созависимых лиц лишь усиливает это состояние. С этой точки зрения, перспективными представляются дальнейшие исследования причин, сдерживающих развитие

субъектности созависимых лиц и возможностей рефлексии созависимыми индивидами особенностей своей жизни.

Полученные данные дополняет отрицательная взаимосвязь высоких показателей созависимости со шкалой Доброжелательности окружающего мира. Нахождение в состоянии небезопасности может породить множество отрицательных эмоциональных состояний, а отсутствие открытого выражения чувств способно приводить к депрессии. Наличие депрессивной симптоматики у созависимых лиц было подтверждено авторами оригинальной методики [19]. Отсюда важным является изучение механизмов регуляции эмоций у созависимых.

Отрицательная взаимосвязь созависимости со шкалой аффекта Опросника межличностных отношений свидетельствует о проблемах созависимых лиц при вступлении в эмоционально близкие отношения. Так как созависимые люди – это зачастую выходцы из неблагополучных семей, где присутствовали насилие, злоупотребление родителями ПАВ, эмоциональная депривация и прочие негативные факторы развития, неудивительно, что вступление таких людей в близкие отношения может сопровождаться актуализацией раннего травматического опыта. На основе полученных данных перспективными являются исследования в области психической травматизации созависимых лиц и присущих им стратегий совладания.

Отдельный интерес представляет проведение сравнительного исследования степени выраженности созависимости при помощи ШСЗ СФ у лиц, находящихся в отношениях с людьми, злоупотребляющими ПАВ, и контрольной группы респондентов, близкие которых не являются зависимыми от ПАВ. Данные исследования Дж. Фишер и коллег, проведенные в контексте валидации оригинальной методики, свидетельствуют о значимых различиях в степени выраженности созависимости между выборкой респондентов, самоопределившихся как созависимые, и группой студентов [2].

Заключение

Модифицированная шкала созависимости Спенн–Фишер показала хорошие показатели внутренней и внешней валидности, подтверждающие теоретический и эмпирический конструкты созависимости авторов методики. Данные, полученные в настоящем исследовании, в целом совпадают с результатами авторов оригинальной версии методики. Модифицированная шкала созависимости Спенн–Фишер может быть рекомендована к включению в методический инструментарий российских психологов как с научными, так и с практическими целями.

К перспективам будущих исследований можно отнести проверку репрезентативности методики (например, проверка возрастных, образовательных и социальных различий) и критериальной валидности (например, сравнение показателей созависимости лиц, находящихся в отношениях с людьми, злоупотребляющими ПАВ, и лиц, посещающих группы поддержки в течение одного года).

В качестве ограничений методики можно обозначить то, что данная методика является вариантом экспресс-диагностики созависимости и не имеет субшкал. Для глубокого изучения этого феномена необходима разработка более объемного инструмента, в который бы вошли субшкалы, отраженные в модели Спенн–Фишер. В целом, можно сказать, что любые научные исследования с использованием данного инструмента будут способствовать его валидации.

Финансирование

Работа выполнена по госзаданию ФАНО № 0159-2018-0007.

Литература

1. *Апенюк (Черкасова) Р.С.* Исследование созависимости интернет-зависимости у студентов-психологов // Психология: аспекты теории и практики. 2015. Т. 10. № 11. С. 225–229. Doi: 10.20310/1819-8813-2015-10-11-225-229.
2. *Артемова Н.Г.* Феномен созависимости: общее, типологическое, индивидуальное. М.: изд-во «Институт психологии РАН», 2017. 227 с.
3. *Бабурин А.Н.* Семейные клубы трезвости как метод реабилитации в системе наркологической помощи: учебно-методическое пособие / Под ред. А.Н. Бабурина, Г.В. Гусева, Е.А. Соборниковой, А.А. Горячевой. М.: изд-во ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» (ГБОУ ДПО РМАПО), 2016. 112 с.
4. *Битти М.* Спасать или спасаться? Как избавиться от желания постоянно опекать других и начать думать о себе / Пер. с англ. Э. Мельник. М.: Эксмо, 2016. 384 с.
5. *Громова И.А.* Социально-психологические предикторы зависимых и созависимых отношений: автореферат дисс. ... кандидата психологических наук. Минск, 2015. 25 с.
6. *Дорофеева И.Н., Падун М.А.* Особенности саморегуляции и профиль латеральной организации мозга // Психологический журнал. 2012. Т. 33. № 1. С. 101–111.
7. *Каяшева О.И., Ефремова Д.Н.* Личностная рефлексия как детерминанта стрессоустойчивости созависимых женщин // Вестник МГОУ. Серия: Психологические науки. 2015. № 4. С. 14–19. Doi: 10.18384/2310-7235-2015-4-14-19.
8. *Маухина Н.М.* Созависимость глазами системного терапевта. М.: Независимая фирма «Класс», 2016. 336 с.

9. Морозова Г.В. Взаимосвязь рефлексивности и созависимости как особенностей профессиональной рефлексии педагога // *Фундаментальные исследования*. 2011. № 8-3. С. 572–575. [Электронный ресурс] // URL: <http://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=28583> (дата обращения: 04.04.2019).
10. Морозова Г.В. Созависимость. Модель феномена и практика психокоррекции / Под ред. Г.В. Морозовой. Ульяновск: изд-во УлГПУ, 2012. 139 с.
11. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. М.: Институт консультирования и системных решений, 2014. 352 с.
12. Падун М.А., Котельникова А.В. Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика. М.: изд-во «Институт психологии РАН», 2012. 206 с.
13. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2005. 672 с.
14. Реан А.А. Практическая психодиагностика личности: Учебное пособие. СПб: изд-во СПб ун-та, 2001. 224 с.
15. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости / Пер. с англ. А.Г. Чеславской М.: Независимая фирма «Класс», 2015. 224 с.
16. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: изд-во Института Психотерапии, 2002. 490 с.
17. Ansara W. The Relationship Between Codependency, Alcoholism, and the Family of Origin. Masters Theses. 1995. [Электронный ресурс] // URL: <http://thekeep.eiu.edu/theses/2313> (дата обращения 01.11.2018)
18. Cowan G., Bommersbach M., Curtis S.R. Codependency, Loss Of Self, And Power // *Psychology of Women Quarterly*. 1995. Vol. 19. № 2. P. 221–236. Doi: 10.1111/j.1471-6402.1995.tb00289.x.
19. Fischer J., Spann L., Crawford D. Measuring codependency // *Alcoholism Treatment Quarterly*. 1991. vol. 8, no. 1. P. 87–99. Doi: 10.1300/J020V08N01_06.
20. Hofmann S.G., Carpenter J.K., Curtiss J. Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ): Scale Development and Psychometric Characteristics // *Cognitive Therapy and Research*. 2016. № 40. P. 341. Doi: 10.1007/s10608-016-9756-2.
21. Lindley N.R., Giordano P.J., Hammer E.D. Codependency: Predictors and Psychometric Issues // *Journal of Clinical Psychology*. 1999. Vol. 55. № 1. P. 59–64. Doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199901)55:1<59::AID-JCLP5>3.0.CO;2-M.

Приложение

Модифицированная версия Шкалы созависимости Спенн–Фишер»

Прочитайте следующие утверждения и обведите то число, которое лучше всего описывает Вас в соответствии со следующим списком:

№	Утверждение	Полностью не согласен	Умеренно не согласен	Немного не согласен	Немного согласен	Умеренно согласен	Полностью согласен
1.	Мне трудно принимать решения.	1	2	3	4	5	6
2.	Мне трудно сказать «нет».	1	2	3	4	5	6
3.	Мне трудно принимать комплименты.	1	2	3	4	5	6
4.	Иногда я чувствую что-то вроде скуки или пустоты, если у меня нет проблем, которые нужно решать.	1	2	3	4	5	6
5.	Когда я делаю что-то приятное для себя, я обычно чувствую вину.	1	2	3	4	5	6
6.	Я говорю себе, что все изменится к лучшему, когда окружающие меня люди будут вести себя по-другому.	1	2	3	4	5	6
7.	Мне кажется, что в отношениях я всегда есть для других, но другие редко готовы быть для меня.	1	2	3	4	5	6
8.	Иногда я сосредотачиваюсь на одном человеке в ущерб другим отношениям и обязанностям.	1	2	3	4	5	6
9.	Кажется, я вовлекаюсь в отношения, которые болезненны для меня.	1	2	3	4	5	6
10.	Я обычно не показываю другим, какой я на самом деле.	1	2	3	4	5	6

11.	Когда кто-либо расстраивает меня, я долго сдерживаюсь, но в какой-то момент взрываюсь.	1	2	3	4	5	6
12.	Я пойду на все, чтобы избежать открытого конфликта.	1	2	3	4	5	6
13.	Я часто испытываю чувство страха и обреченности.	1	2	3	4	5	6
14.	Я часто ставлю потребности других выше своих собственных.	1	2	3	4	5	6

Обработка результатов. Подсчитывается общий балл по всем вопросам методики.

Testing a Modified Version of the Spenn-Fisher Codependency Scale

Berdichevsky A.A.,

PhD Student, Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, berdichevsky.alexey@gmail.com

Padun M.A.,

PhD (Psychology), senior researcher, Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, maria_padun@inbox.ru

Gagarina M.A.,

PhD (Psychology), associate professor, department of Personnel management and psychology, FSEE HE «Financial University»; associate researcher, laboratory of social and economic psychology, Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, mgagarina224@gmail.com

The article presents the adaptation process of the modified Spenn-Fisher code of co-dependence, which allows to measure the severity of co-dependency. The study was conducted on a sample of students (N=227) and cadets (N=38) of higher educational institutions. The theoretical construct of codependency as a psychosocial state, which includes an external locus of control, a tendency to suppress emotions and an increased importance of interpersonal relationships, confirmed by the data of cluster analysis. The questionnaire showed acceptable rates of both reliability-consistency and retest reliability. The constructive validity of the methodology was confirmed by significant correlations that substantiate underlying construct of codependency. The high level of codependency positively correlates with the external locus of control, the suppression of emotions, anxiety, and negatively correlates with the affective component of interpersonal relations, the benevolence of the external world and beliefs about control. The psychometric data obtained during the study are largely consistent with the results of the authors of the original scale and indicate a successful adaptation of the methodology in the Russian sample.

Keywords: codependency, adaptation, Modified Spenn–Fisher codependency scale, emotional suppression, locus of control, psychodiagnostics, psychometric.

Funding

This work according to the task of Federal agency of Scientific Organizations № 0159-2018-0007.

References

1. Apenok (Cherkasova) R.S. Issledovanie sozavisimosti internet-zavisimosti u studentov-psihologov [Research of co-dependence of Internet addiction among students-psychologists]. *Psihologija: aspekty teorii i praktiki [Psychology: aspects of theory and practice]*, 2015, Vol. 10, no. 11, pp. 225–229. (In Russ., abstr. in Engl.). Doi: 10.20310/1819-8813-2015-10-11-225-229.
2. Artemceva N.G. Fenomen sozavisimosti: obwee, tipologicheskoe, individual'noe [The phenomenon of codependency: General, typological, individual]. Moscow: publ. of «Institut psihologii RAN», 2017. 227 p. (In Russ.).
3. Baburin A.N. Semejnye kluby trezvosti kak metod reabilitacii v sisteme narkologicheskoy pomowi: uchebno-metodicheskoe posobie [Family clubs of sobriety as a method of rehabilitation in the system of drug treatment: educational and methodical manual]. In A.N. Baburin, G.V. Gusev, E.A. Sobornikova, A.A. Gorjacheva (eds.). Moscow: publ. of GBOU DPO «Rossijskaja medicinskaja akademija poslediplomnogo obrazovanija», 2016. 112 p. (In Russ.).
4. Bitti M. Spasat' ili spasat'sja? Kak izbavit'sja ot zhelanija postojanno opekat' drugih i nachat' dumat' o sebe? [To save or be saved? How to get rid of the desire to constantly take care of others and start thinking about yourself?]. Moscow: Eksmo, 2016. 384 p. (In Russ.).
5. Gromova I.A. Social'no-psihologicheskie prediktory zavisimyh i sozavisimyh otnoshenij: avtoreferat dis. ... kandidata psihologicheskikh nauk [Socio-psychological predictors of dependent and co-dependent relationships: PhD thesis]. Minsk, 2015. 25 p. (In Russ.).
6. Dorofeeva I.N., Padun M.A. Osobennosti samoreguljicii i profil' lateral'noj organizacii mozga [Features of self-regulation and the profile of the lateral organization of the brain]. *Psihologicheskij zhurnal [Psychological Journal]*, 2012, vol. 33, no. 1, pp. 101–111 (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Kajasheva O.I., Efremova D.N. Lichnostnaja refleksija kak determinanta stressoustojchivosti sozavisimyh zhenwin [Personal reflection as a determinant of stress resistance of co-dependent women]. *Vestnik MGOU. Serija: Psihologicheskie nauki [Series: Psychological Sciences]*, 2015, no. 4, pp. 14–19. (In Russ., abstr. in Engl.). Doi: 10.18384/2310-7235-2015-4-14-19.
8. Manuhina N.M. Sozavisimost' glazami sistemnogo terapevta [Codependency through the eyes of a systemic therapist]. 2nd ed. Moscow: Nezavisimaja firma «Klass», 2016. 336 p. (In Russ.).
9. Morozova G.V. Vzaimosvjaz' refleksivnosti i sozavisimosti kak osobennostej professional'noj refleksii pedagoga [Interrelation of reflexivity and co-dependence as features of professional reflection of the teacher]. *Fundamental'nye issledovanija [Fundamental Studies]*, 2011, no. 8-3, pp. 572–575. (In Russ., abstr. in Engl.). [Electronic source]. URL: <http://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=28583> (Accessed: 04.04.2019).

10. Morozova G.V. Sozavisimost'. Model' fenomena i praktika psihokorrekcii [Codependency. The model of the phenomenon and practice of psychotherapy]. In G.V. Morozova (ed.). Ul'janovsk: publ. of UlGPU, 2012. 139 p. (In Russ.).
11. Moskalenko V.D. Zavisimost': semejnaja bolezn' [Addiction: a family disease]. 7th ed. Moscow: publ. of Institut konsul'tirovanija i sistemnyh reshenij, 2014. 352 p. (In Russ.).
12. Padun M.A., Kotel'nikova A.V. Psihicheskaja travma i kartina mira: Teorija, jempirija, praktika [Trauma and the picture of the world: Theory, empirical, practice]. Moscow: publ. of «Institut psihologii RAN», 2012. 206 p. (In Russ.).
13. Rajgorodskij D. Ja. Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy. Uchebnoe posobie [Practical psychodiagnostics. Methods and tests. Textbook]. Samara: BAHRAH-M, 2005. 672 p. (In Russ.).
14. Rean A.A. Prakticheskaja psihodiagnostika lichnosti: Ucheb. posob [Practical psychodiagnostics of personality tutorial]. Saint-Petersburg: publ. of Sankt-Peterburgskii universitet, 2001. 224 p. (In Russ.).
15. Uajnhold B., Uajnhold Dzh. Osvobozhdenie ot sozavisimosti [Freedom from codependency]. Moscow: Nezavisimaja firma «Klass», 2015. 224 p. (In Russ.).
16. Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manujlov G.M. Social'no-psihologicheskaja diagnostika razvitija lichnosti imalyh grupp [Socio-psychological diagnosis of personality development in small groups]. Moscow: publ. of Institut Psihoterapii, 2002. 490 p. (In Russ.).
17. Ansara W. The Relationship Between Codependency, Alcoholism, and the Family of Origin. Masters Theses, 1995. [Electronic source]. URL: <http://thekeep.eiu.edu/theses/2313> (Accessed: 01.11.2018).
18. Cowan G., Bommersbach M., Curtis S.R. Codependency, Loss of Self, and Power. *Psychology of Women Quarterly*, 1995, vol. 19, no. 2, pp. 221–236. Doi: 10.1111/j.1471-6402.1995.tb00289.x.
19. Fischer J., Spann L., Crawford D. Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 1991, vol. 8, no. 1, pp. 87–99. Doi: 10.1300/J020V08N01_06.
20. Hofmann S.G., Carpenter J.K., Curtiss J. Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ): Scale Development and Psychometric Characteristics. *Cognitive Therapy and Research*, 2016, no. 40, pp. 341. Doi: 10.1007/s10608-016-9756-2.
21. Lindley N.R., Giordano P.J., Hammer E.D. Codependency: Predictors and Psychometric Issues. *Journal of Clinical Psychology*, 1999, vol. 55, no. 1, pp. 59–64. Doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199901)55:1<59::AID-JCLP5>3.0.CO;2-M.