

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ
ЭЛЕКТРОННЫЙ
ЖУРНАЛ**

2019. Том 8, № 2

2019. Vol. 8, no 2

СОДЕРЖАНИЕ

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Валента М.** Динамика парциальных зрительных функций у дошкольников и младших школьников 5–8 лет 1–15
- Корехова М.В., Соловьев А.Г., Киров М.Ю., Новикова И.А.** Психологические факторы профессионального выгорания врачей анестезиологов-реаниматологов 16–37
- Кривоногова К.Д., Разумникова О.М.** Особенности когнитивного статуса студентов с нарушением слуха: значение для инклюзивного образования 38–52
- Мелёхин А.И., Сергиенко Е.А.** Когнитивные смещения при распознавании эмоций по лицу в пожилом возрасте 53–79
- Одинцова М.А., Радчинова Н.П., Саркисян А.О., Куляцкая М.Г.** Диспозиционные стили в авторских сказках подростков с онкологическими и ревматическими заболеваниями 80–104
- Смирнова Я.К., Макашова А.В., Харитоновна М.А.** Способность дошкольников использовать представления о знаниях другого человека и способах его изменения 105–123

ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Савченко Е.А., Хохлова А.Ю.** Особенности письменной речи глухих подростков в виртуальном общении 124–139

МЕТОДЫ И МЕТОДИКИ

- Иванова П.О., Иванова Е.М.** Апробация русскоязычной версии Опросника сценариев дружелюбного подшучивания и агрессивного высмеивания (ОСПВ) Т. Платт 140–158
- Казьмин А.М., Словохотова О.В.** Дистанционное консультирование родителей в ранней помощи: компетентностный подход 159–184

ЗАМЕЧАТЕЛЬНЫЕ ЛЮДИ

- Басилова Т.А., Малхасьян Е.А.** Вопреки всем преградам, воздвигнутым самой природой 185–197

ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

- Зверева Н.В., Мешкова Т.А., Щербакова А.М., Хромов А.И.** Достижения и проблемы в подготовке клинических психологов в университете (к 10-летию первого выпуска клинических психологов факультета КСП МГППУ) 198–209

ХРОНИКА

- Хохлова А.Ю., Куртанова Ю.Е.** К юбилею Т.А. Басиловой 210–213

CONTENT

EMPIRICAL RESEARCH

- Valenta M.** Dynamics of Visual Partial Functions in Children and Pupils from 5-8 Years of Age 1–15
- Korehova M.V., Soloviev A.G., Kirov M.Yu., Novikova I.A.** Psychological Factors of the Professional Burnout Syndrome in Anesthesiologists and Intensive Care Physicians 16–37
- Krivonogova K.D., Razumnikova O.M.** Specificity of the Cognitive Status of Students with Hearing Impairment: Implications for Inclusive Education 38–52
- Melehin A.I., Sergienko E.A.** Specificity of Cognitive Bias in Recognition of Emotions in the Face in Old Age 53–79
- Odintsova M.A., Radchikova N.P., Sarkisyan A.O., Kulyatskaya M.G.** Dispositional Styles in Original Tales of Adolescents with Cancer and Rheumatic Diseases 80–104
- Smirnova Ya.K., Makashova A.V., Kharitonova M.A.** The Ability of Preschoolers to Use Ideas About Other's Knowledge and the Ways of Changing It 105–123

APPLIED RESEARCH

- Savchenko E.A., Khokhlova A.Yu.** Features of Written Language in Virtual Communication of Deaf Teenagers 124–139

METHODS AND TECHNIQUES

- Ivanova P.O., Ivanova E.M.** Russian Approbation of the Ridicule Teasing Scenario Questionnaire (RTQ) of T. Platt 140–158
- Kazmin A.M., Slovokhotova O.V.** Distance Counseling for Parents in Early Intervention: a Competence-Based Approach 159–184

WONDERFUL PEOPLE

- Basilova T.A., Malhasyan E.A.** In Spite of All the Obstacles Created by Mother Nature Herself 185–197

PROBLEMS OF SPECIALIST TRAINING

- Zvereva N.V., Meshkova T.A., Scherbakova A.M., Khromov A.I.** Achievements and Problems in the University Training of Clinical Psychologists (on the 10th Anniversary of the First Graduation of Clinical Psychologists at the Faculty of Clinical and Special Psychology MSUPE) 198–209

CHRONICLE

- Khokhlova A.Yu., Kurtanova Yu.E.** For the Anniversary of T.A. Basilova 210–213

Динамика парциальных зрительных функций у дошкольников и младших школьников 5–8 лет

Валента М.,

доктор педагогических наук, профессор, Университет Палацкого, Оломоуц, Чешская республика, valenta22@klikni.cz

В статье рассматриваются структура и динамика парциальных зрительных функций (зрительная сегментация – выделение фигуры/фона, зрительная дифференциация форм, зрительная память) детей последнего года обучения в детском саду и первых двух лет обучения в школе. Данная работа представляет собой часть исследовательского проекта факультета образования Университета Палацкого в Оломоуце. Стимульный материал настоящего исследования был составлен из инструментария диагностики и переобучения венского профессора Б. Синделара. Инструментарий Синделара не имеет нормативов, цель исследования состояла в том, чтобы определить средние значения параметров вышеупомянутых функций зрительного восприятия детей и таким образом определить динамику развития этих функций в генеральной популяции. Выборку исследования составили ученики моравских и пражских школ, выборка составлялась по целевому и институциональному принципу. Поскольку опрос проводился количественно, для анализа собранных данных использовалась статистический критерий Манна–Уитни). Результаты исследования продемонстрированы таблицей и графиком для каждого субтеста.

Ключевые слова: обучаемость, ученики с особыми образовательными потребностями,

Для цитаты:

Валента М. Динамика парциальных зрительных функций у дошкольников и младших школьников 5-8 лет [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 2. С. 1–15. doi: 10.17759/psyclin.2019080201 (на англ.)

For citation:

Valenta M. Dynamics of Visual Partial Functions in Children and Pupils from 5-8 Years of Age [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaia i spetsial'naia psikhologiya], 2019, vol. 8, no. 2, pp. 1–15. doi: 10.17759/psycljn.2019080201 (In Engl., abstr. in Russ.)

Литература

1. Aral N., Ayhan A., Gümüş D., Zeytinli Ö., Arslan T.A. Study on the Visual Perception of Children Attending the First Grade of Elementary Schools // International Journal of Learning. 2010. Vol. 17. № 11. P. 215–225.
2. Bednářová J., Šmardová V. Diagnostika dítěte předškolního věku. Brno: Computer Press, 2011.
3. Felcmanová L. Diagnostika a rozvoj zrakové percepce v předškolním věku. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 2013. 80 p.
4. Sindelar B. Deficity dílčích funkcí (Teoretická část). Bratislava-Brno: Psychodiagnostika, 2007. 101 p.
5. Sindelar B. Diagnosis and Treatment Practices in the Field of ADD/ADHD/HD in Europe. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2000.
6. Sindelar B. Diagnostická metoda k zjišťování deficitů dílčích funkcí u školních dětí (příručka). Bratislava-Brno: Psychodiagnostika, 2007. 94 p.
7. Sindelar B. Předcházíme poruchám učení. Praha: Portál, 2007.
8. Valenta M. Dynamics of auditory partial functions in children and pupils from 5 to 8 years of age // Journal of Exceptional People. 2018. Vol. 2. № 13. P. 61–70.
9. Valenta M., Ludíková L., Maštaliř J., et al. Dynamika dílčích funkcí u dětí předškolního věku a žáků mladšího školního věku. Olomouc: Vydavatelství UP v Olomouci, 2018.
10. Werpup L., Petermann, F. Cognitive Abilities of Primary School Children with Dyscalculia: Focussing Visual Perception // Kindheit und Entwicklung. 2016. Vol. 25. № 4. P. 238–249.

Dynamics of Visual Partial Functions in Children and Pupils from 5-8 Years of Age

Valenta M.,

Doctor of Education, professor, Palacky University, Olomouc, Czech Republic, valenta22@klikni.cz

The article focuses on the structure and the dynamics of partial functions of visual skills (visual segmentation – visual differentiation of the figure/background, visual differentiation of shapes and visual memory) children during their last year at nursery school and their first two years of school attendance as a part of the research project of the Faculty of Education, Palacký University Olomouc. The stimulus material of the investigation was made up of diagnostic and reeducation instruments by Viennese professor B. Sindelar. The Sindelar's instrument has no norms, the aim of the investigation was to determine the median values of the performances in the aforementioned areas of visual perception of children and thus to determine the dynamics of the development of these functions in the intact population. The research sample consisted of children from pupils of Moravian and Prague schools – the last year of kindergarten and the first two years of elementary school, it was a deliberate and institutional sample selection. Since the survey had a quantitative design, a statistical procedure was used to analyze the collected data (median value, statistically significant difference between respondent groups was determined by the Mann–Whitney test). The results of the investigation were demonstrated by a table and a graph for each subtest.

Keywords: educability, pupils with the need for support measures, partial function deficits, school failure, basic research, visual functions.

An introduction to the issues

The article evaluates the partial results of ongoing research carried out at the Institute of Special Education Studies in the Faculty of Education in Olomouc. The research was focused on factors which affect the dynamics of educability in children and pupils with the need for special-education support measures; i.e. with special education needs.

It focuses on (for the needs of this study) the dynamics of the following visual-oriented partial (basal) functions:

- visual segmentation (visual differentiation of the figure-background);
- visual differentiation of shapes;
- visual memory.

The theoretical framework of the research is based on substantiated theory on the deficits of partial (basal) functions (further also DPF) by Sindelar [4–7] and on the empirical evidence of the author. The general theoretical basis of the research stems from neuropsychology, cognitive psychology and ontogenetic psychology. The article is a survey of research results that have been partially published in our monograph [9] and in the article focusing on the development of partial functions of preschool children and younger school age [8]. But other authors publishing their research have also been dealing with a similar subject of research, for example L. Felcmanová, [3], N. Aral, et al. [1], L. Werpup and F. Petermann [10], J. Bednářová and V. Šmardová [2].

Methodological Aspects of the Investigation

The aim of the project is the identification, description and comparison of the determinants of educability and its dynamics amongst children and pupils with the need for special education support measures.

The quantitative design of the investigation was applied to the data collections using the variable “test battery DPF Sindelar” focused on the below stated markers [6]. Unified stimulus material was used (“mid” material from the testing tasks for the target group of the first grade of primary school) for the comparison (and the analysis of factors which affect the dynamics of individual basal functions, thus also affecting the educability of a child or pupil) of the target groups (nursery school – first grade of primary school – second grade of primary school):

- A. visual segmentation (visual differentiation of figure and background)
- B. visual differentiation of shapes
- C. visual memory

The research has been carried out through an investigation of children (pupils) from four Moravian regions and Prague in the form of longitudinal research – children were observed from their last (preparatory) year of pre-school education (nursery school) to the second grade of primary school (i.e. children and pupils ranging between 5–8 years). A sample of children and pupils was selected by deliberate institutional selection (non-randomized) from nursery and primary schools working with the university. The selection criteria were the age of children and pupils and the absence of disability (partial function deficit). Children and pupils diagnosed with deficiency (pedagogical-psychological examination from the center) were excluded from the research.

The selection of children and pupils for the research sample was executed in the form of intentional institutional selection, there were 547 children and pupils in total (Table 1).

Table 1

Research group					
Child/pupil	5yrs	6yrs	7yrs	8yrs	Total by grade
Nursery school	122 (46/76)	110 (42/68)	6 (4/2)	0	238
First grade primary	9 (3/6)	97 (40/57)	114 (61/53)	17 (11/6)	237
Second grade primary	0	0	29 (16/13)	43 (22/21)	72
Total by age	131	207	149	60	547

Note. The number of boys and girls, respectively, is shown in brackets. There is only one specification given in the respondent table – the age – with respect to the fact that the statistical analysis did not demonstrate any difference in the performance of girls and boys in the monitored subtests. The sample included intact children and pupils with no DPF diagnosed (or any deficit suspected). The table also shows the amount and age of the children attending the nursery school and both grades of the primary school – the statistical analysis of the collected data worked with these differentiations as well.

The research itself was preceded by *pre-research* which verified the methodology tools and the process scheme of investigation on a selection of the target groups with the following numbers of respondents (testing stimulus material).

The research problem and the question of the published stage of investigation were phrased in the following manner: are there dynamics in the development of visual partial functions in intact children and pupils on the continuum preparatory year of nursery school – first grade primary school – second grade primary school? If so, what are its dynamics?

The factual hypotheses were verified by statistical processing of quantitative data aimed at differences in the maturation of the observed partial functions in intact children of the preparatory year at nursery school and in intact pupils of the first and second grades of primary school. The Mann–Whitney U test method was used to determine statistically significant differences between designated groups of respondents.

Statistical hypotheses (without null H):

H₁: There is a statistically significant difference in the results of the visual segmentation (visual differentiation of figure and background) subtest in intact children of the preparatory year of nursery school and in intact pupils of the first and second grades of primary school.

H₂: There is a statistically significant difference in the results of the visual differentiation shapes subtest in intact children of the preparatory year of nursery school and in intact pupils of the first and second grades of primary school.

H₃: There is a statistically significant difference in the results of the visual memory subtest in intact children of the preparatory year of nursery school and in intact pupils of the first and second grades of primary school.

A. Stimulus material for the subtest of visual segmentation – differentiation of figure and background (abstract image), subtest B of the test battery.

The pupil draws a copy of the image based on the original picture which is placed in front of them as a model for the entire period of time. He or she draws with a soft-lead pencil on A4 drawing paper. The task was assigned to the children and students by a trained institute staff (PhD student), who explained the task to the whole group and then watched the participants understand the task. Each participant had the opportunity to do another picture if he didn't like the original one. There was not any time limitation for the tasks. Data collection was carried out with the assistance of ten trained staff of the Institute (PhD students). All material was included in the research.

Instruction: Copy this picture as well as you can. *Stimulus material:* see Appendix I. *Assessment:* 0 points – the picture is completely different from the original, or it is not drawn at all; 0.5 point – the picture contains elements of the original (gross errors in spatial orientation and in the picture layout); 1 point – the picture contains minor mistakes – inaccuracies, overlaps in space and layout; 2 points – the copy is identical to the original

According to B. Sindelar, the pupils draw five different pictures in the test. For our purposes we only chose one from the original images (the easiest) image. The reason for this was that the test was exceptionally time-consuming, also having a discouraging effect on the pupils (the images were too difficult). The results published in this article are partial (focused only on visual perception) with respect to the overall stimulus material given to children and pupils in the test battery. The time it took to fill the battery was about one lesson, which was tiring for some children.

B. Stimulus material for the subtest of visual differentiation of shapes, subtest D of the test battery

We give the pupil a set of twenty cards with two pictures, beginning with the card with alarm clocks where it is quite easy to recognize the differences (watches differed in their bells, see Appendix). If the pupil answers incorrectly, we ask him or her to look carefully again; if he or she does not find the difference, we show it to him or her (however, he or she does not score a point). We do not provide help with the following pictures. We place the cards on top of one another, so that the pupil can always see only one pair of pictures; we place the next card only after the pupil answers. The standard exposure time is up to ten seconds; if the child takes longer to analyze the pictures, it might indicate a compensation mechanism being used, however, the time is not quantified here (not

awarded points). Data collection was carried out with the assistance of ten trained staff of the Institute (ten PhD students for all data collection). All material was included in the research.

Instruction: I will always show you two pictures and you will tell me if they are completely the same, or if they differ in something. *Stimulus material:* see Appendix II. *Assessment:* for each correct answer (the same x not the same) we assign one point, i.e. the maximum points scored in the test is 20. The answer key: cards with the same pictures (an engine, a candle, a bed, a lamp, a leafy tree, a girl, a snail, a butterfly, a hat, a window).

C. Stimulus material for the subtest of visual memory (pictures and images), subtest Ga + Gb of the test battery

Ga – Visual memory – pictures

We line up a set of eight pictures in front of the pupil from left to right (from the pupil's perspective) at a pace of approximately two seconds per picture. Then, at the same pace and in the same direction, we turn the pictures face down. The pupil also looks at the pictures during the turning. Finally, we give the pupil a second set of the same but shuffled pictures (i.e. the pictures are not in the same order as in the exposed line) and ask him or her to place a lower line of pictures below the upper line ("the same below the same"). Throughout the test we try to eliminate the danger of the pupil trying to help remember (visually) the pictures by naming them. We point out to him or her that he or she needs to be quiet, or hold his or her tongue pressed between their teeth. Data collection was carried out with the assistance of ten trained staff of the Institute – PhD students.

Instruction: Look at the pictures carefully, try to remember them and their place in the order as they follow one after another. *Stimulus material* – see Appendix III A.

Assessment: the correct picture in the correct position – 1 point (max. 8 points). The task was not limited in time, just like the other tasks in the battery.

Gb – Visual memory – images

The test is similar (instruction, assessment) to the previous one; the difference is that the stimulus material comprises geometrical images which are more abstract in their nature than the specific pictures. Data collection was carried out with the assistance of ten trained staff of the Institute – PhD students.

Instruction: Look at the pictures carefully, try to remember them and their place in the order as they follow one after another. *Stimulus material:* see Appendix III B. *Assessment:* the correct picture in the correct position 1 point (max. 8 points).

Results of the investigation

The following tables show the standards for the development of visual functions of children and pupils in individual sub-functions (visual segmentation – differentiation of

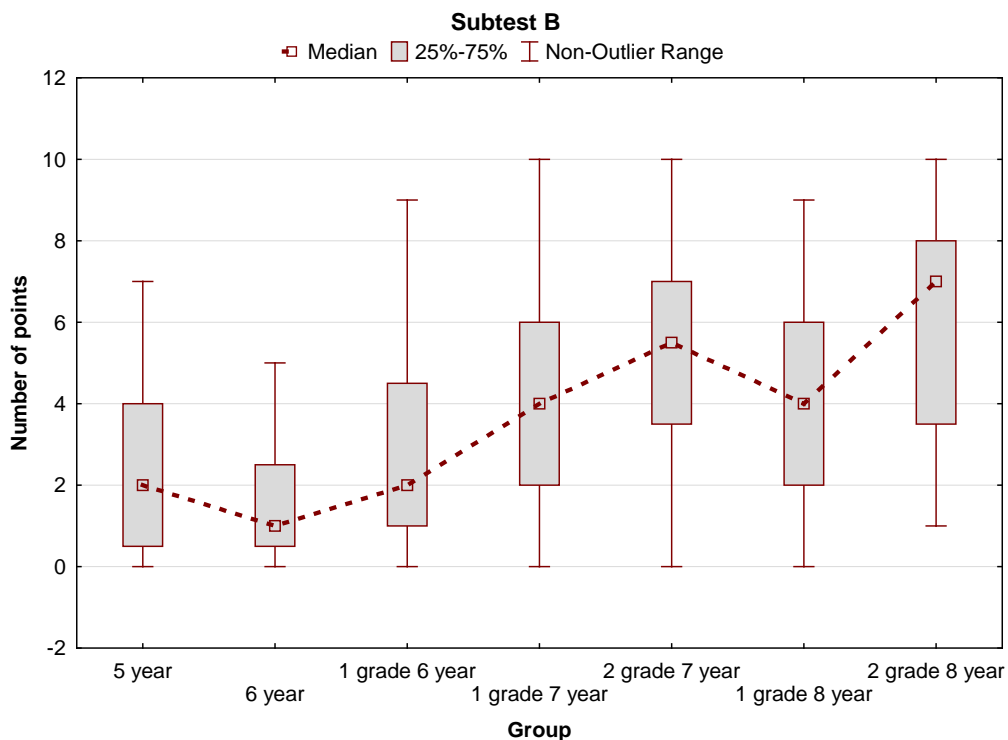
figure and background / abstract image, visual differentiation of shapes, visual memory /pictures and images) – median. The first table is always supplemented with a graph. The second table of each sub-function then, on a statistical basis (Mann-Whitney test), establishes statistically significant differences between two selected groups of probands (eg pre-school children aged 5 and 6). Significant differences are highlighted in red.

Visual segmentation – differentiation of figure and background (abstract image), subtest B of the test battery. We compared the distribution of different age groups with respect to the median of an analysis variable using the nonparametric Mann-Whitney test (Table 2, Graph 1). We found statistically significant differences in all comparative groups of respondents except for the group of 7-year-olds in second grade and 8-year-olds in first grade.

Table 2

Probabilities (for the Mann-Whitney test) when comparing the following groups

Groups	nurs. 5yrs: nurs. 6yrs	nurs. 1st gr. 6yrs	1st gr. 1st gr. 7yrs	1st gr. 2nd gr. 7yrs	2nd gr. 1st gr. 8yrs	1st gr. 2nd gr. 8yrs	All groups in total
<i>p</i>	0,03	0,01	0,00	0,03	0,14	0,03	0,000



Graph 1. Medians for subtest B

Subtest of visual differentiation of shapes, subtest D of the test battery.

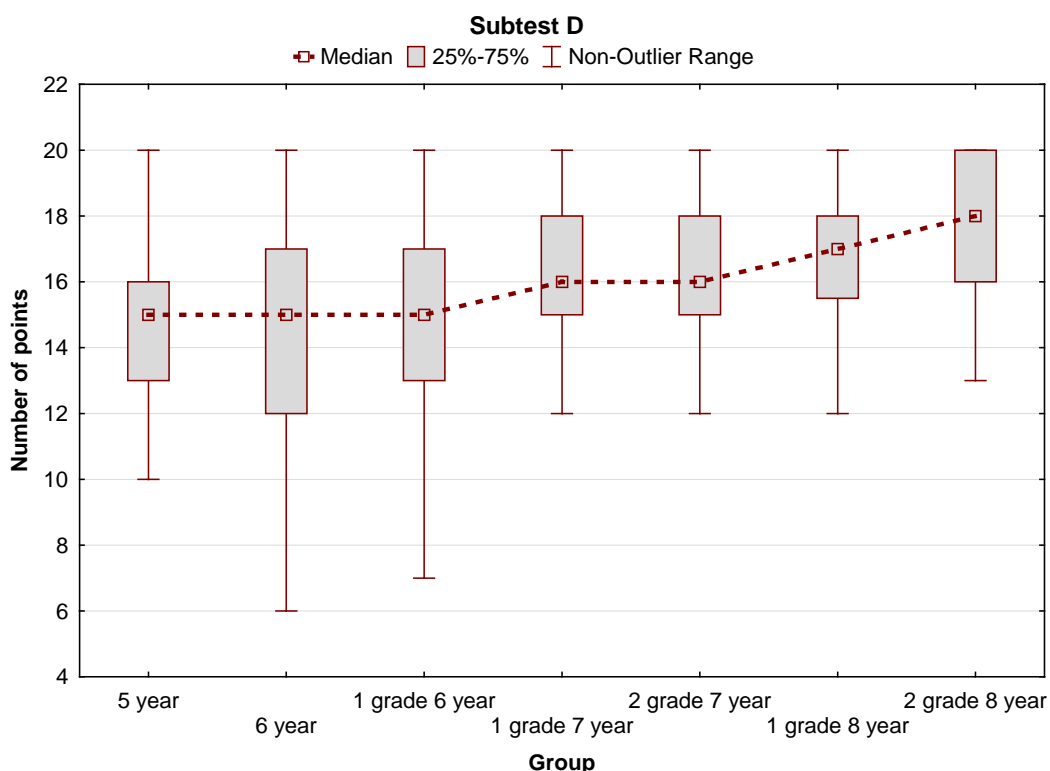
We compared the distribution of different age groups with respect to the median of an analysis variable using the nonparametric Mann-Whitney test (see Table 3, Graph 2).

We found statistically significant differences in two comparative groups of respondents: first grade (6-year-old pupils versus 7-year-old pupils) and first grade 8-year-old pupils versus second grade 8-year-old pupils.

Table 3

Probabilities (for the Mann-Whitney test) when comparing the following groups

Groups	nurs. 5yrs: nurs. 6yrs	nurs. 6yrs: 1st gr. 6yrs	1st gr. 6yrs: 1st gr. 7yrs	1st gr. 7yrs: 2nd gr. 7yrs	2nd gr. 7yrs: 1st gr. 8yrs	1st gr. 8yrs: 2nd gr. 8yrs	All groups in total
<i>p</i>	0,90	0,19	0,00	0,90	0,68	0,04	0,000



Graph 2. Medians for subtest D

Subtest of visual memory (pictures and images), subtest Ga + Gb of the test battery.

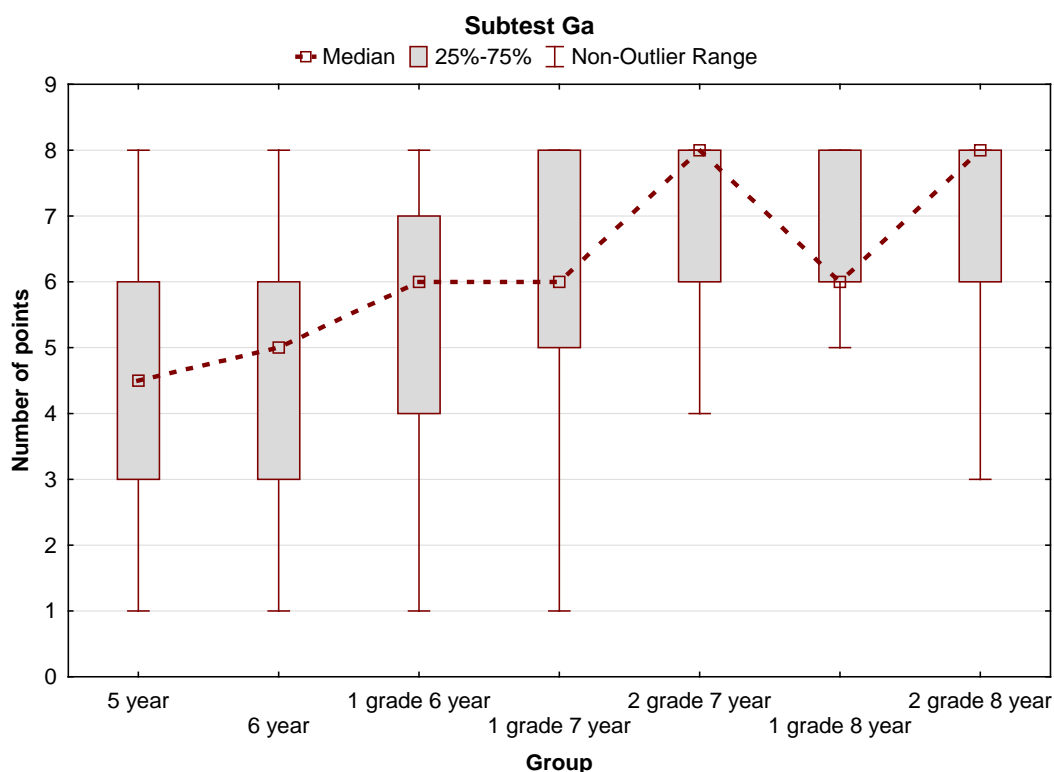
Ga Visual memory – pictures

We compared the distribution of different age groups with respect to the median of an analysis variable using the nonparametric Mann-Whitney test (see Table 4, Graph 3). We found statistically significant differences in two comparative groups of respondents: first grade (6 versus 7 year) and first grade 7-year-old pupils versus second grade 7-year-old pupils.

Table 4

Probabilities (for the Mann-Whitney test) when comparing the following groups

Groups	nurs. 5yrs: nurs. 6yrs	nurs. 6yrs: 1st gr. 6yrs	1st gr. 6yrs: 1st gr. 7yrs	1st gr. 7yrs: 2nd gr. 7yrs	2nd gr. 7yrs: 1st gr. 8yrs	1st gr. 8yrs: 2nd gr. 8yrs	All groups in total
<i>p</i>	0,10	0,09	0,03	0,00	0,44	0,42	0,000



Graph 3. Medians for subtest Ga

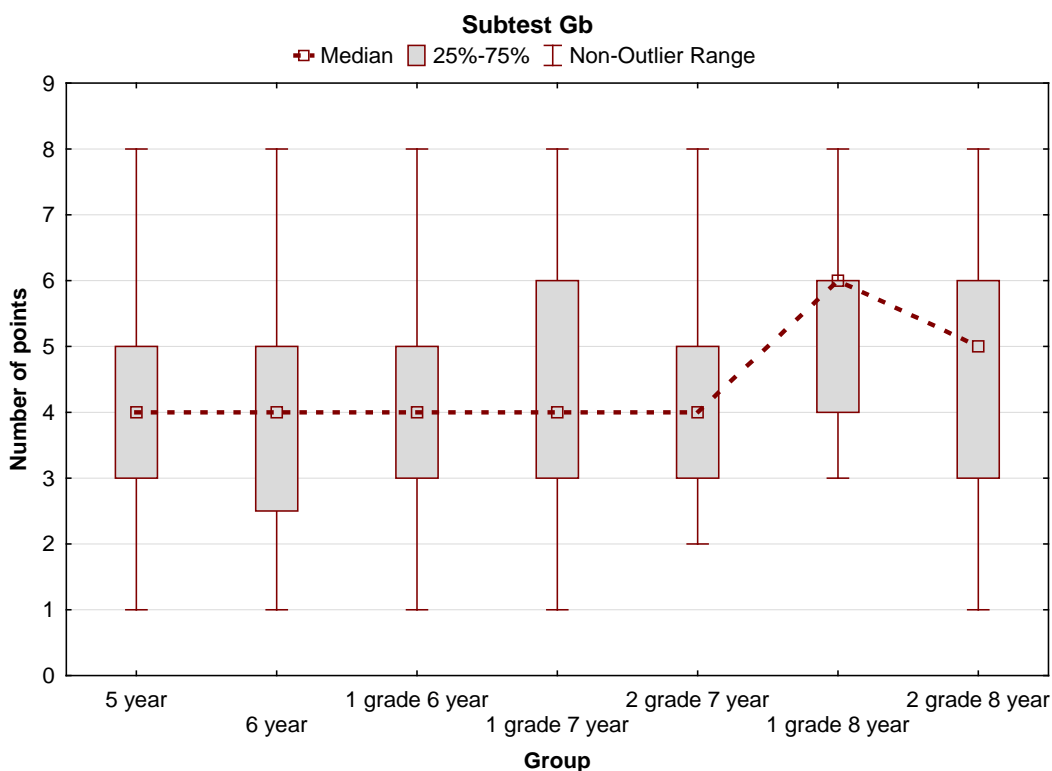
Gb Visual memory – images

We compared the distribution of different age groups with respect to the median of an analysis variable using the nonparametric Mann–Whitney test (see Table 5, Graph 4). We did not find any statistically significant differences in comparative groups of respondents except for the group of seven-year-olds in second grade and eight-year-olds in first grade.

Table 5

Probabilities (for the Mann–Whitney test) when comparing the following groups

Groups	nurs. 5yrs: nurs. 6yrs	nurs. 6yrs: 1st gr. 6yrs	1st gr. 6yrs: 1st gr. 7yrs	1st gr. 7yrs: 2nd gr. 7yrs	2nd gr. 7yrs: 1st gr. 8yrs	1st gr. 8yrs: 2nd gr. 8yrs	All groups in total
<i>p</i>	0,80	0,43	0,12	0,99	0,03	0,18	0,000



Graph 4. Medians for subtest Gb

Discussion of the results

The quartile graphs above demonstrate in a relatively clear way the data distribution in samples which focused on visual partial functions; the Mann–Whitney test tables then indicated the statistical significance of differences on the level of significance 0,05. The dynamics of the observed functions are evident from the graphs with the fact that:

1. in case of visual segmentation (subtest B) there is a clear rising trend in the maturation of the function in time with the fact that the quartile graph recorded a drop in case of 6-year-old children at nursery school and in 8-year-old pupils in the first grade of primary school which might be explained by potential issues in the area of school readiness (and deferred entry to primary school in these children);

2. in visual differentiation of shapes (subtest D), there is a noticeable, moderately rising, trend in maturation of the partial function over time with a stagnation in 6-year-old children and pupils at nursery school as well as in the first grade of primary school and in 7-year-old pupils (second grade);

3. subtest Ga – visual memory for the pictures manifests sharp development (with a prevailing overall rising tendency). There is an interesting drop in 8-year-old first graders in respect to the performance of one year younger second graders (the explanation might again lie in potential issues of these children which are related to deferral of school attendance). In case of visual memory for geometrical images (i.e. more abstract stimulus material), there is an apparent constant tendency in case of the continuum 5-year-old children at nursery school up to 7-year-old pupils of the second grade of primary school.

In conclusion, we can state that it is possible to reject (under the entire sample) the null hypotheses of all three hypothetical statements.

The results of the survey correspond to the research focused on the development of visual perception in pre-school and younger schoolchildren by Bednářová and Šmardová [2] – mean the dynamics of the development of visual functions. In part, they also correspond to the data provided by the authors L. Werpup and F. Petermann [10], but our research concerned intact children and pupils, while the above research was aimed at pupils with already diagnosed deficits by the function of skills (accounting deficit).

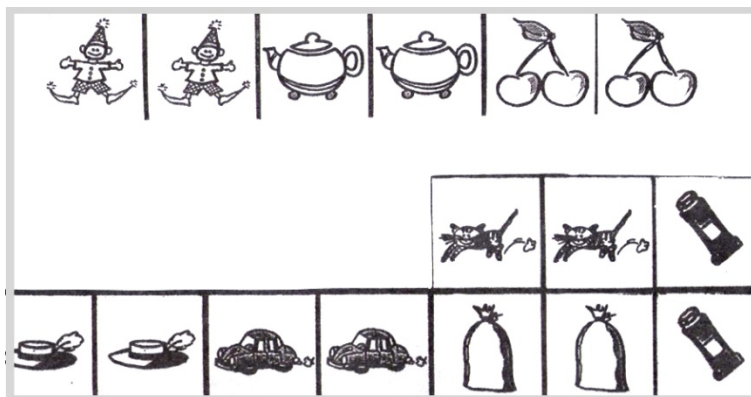
The above stated results represent the second published part of an extensive investigation. In subsequent research reports we will gradually focus – with a sample of intact children and pupils of the age range in question – i.e. nursery school – second grade of primary school (the most sensitive period from the point of view of development of partial functions related to academic skills) – on the dynamics of such partial functions as auditory differentiation of figure and background on the level of consonants, auditory memory and differentiation of speech on a verbal level, intermodal function and spatial orientation. The strength of the survey is a relatively large sample of respondents; the weakness of the survey is the non-randomized sample selection and the imbalance in the age subgroups of respondents.

References

1. Aral N., Ayhan A., Gümüş D., Zeytinli Ö., Arslan T.A. Study on the Visual Perception of Children Attending the First Grade of Elementary Schools // *International Journal of Learning*, 2010, vol. 17, no. 11, pp. 215–225.
2. Bednářová J., Šmardová V. Diagnostika dítěte předškolního věku [Diagnosis of Preschool Children]. Brno: Computer Press, 2011.
3. Felcmanová L. Diagnostika a rozvoj zrakové percepce v předškolním věku [Diagnosis and development perception in preschool age]. Praha: publ. of Charles University, 2013. 80 p.
4. Sindelar B. Deficity dílčích funkcí (Teoretická část) [Deficits of partial functions (Theoretical issue)]. Bratislava-Brno: Psychodiagnostika, 2007. 101 p.
5. Sindelar B. Diagnosis and Treatment Practices in the Field of ADD/ADHD/HD in Europe. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2000.
6. Sindelar B. Diagnostická metoda k zjišťování deficitů dílčích funkcí u školních dětí (příručka) [Diagnostic method for detecting partial function deficits in school children (handbook)]. Bratislava-Brno: Psychodiagnostika, 2007. 94 p.
7. Sindelar B. Předcházíme poruchám učení [Preventing learning disorders]. Praha: Portál, 2007.
8. Valenta M. Dynamics of auditory partial functions in children and pupils from 5 to 8 years of age. *Journal of Exceptional People*, 2018, vol. 2, no. 13, pp. 61–70.
9. Valenta M., Ludíková L., Maštalíř J., et al. Dynamika dílčích funkcí u dětí předškolního věku a žáků mladšího školního věku [Dynamics of partial functions in preschool children and younger school pupils]. Olomouc: UP publishing house in Olomouc, 2018.
10. Werpup L., Petermann, F. Cognitive Abilities of Primary School Children with Dyscalculia: Focussing Visual Perception. *Kindheit und Entwicklung [Childhood and Development]*, 2016, vol. 25, no. 4, pp. 238–249.

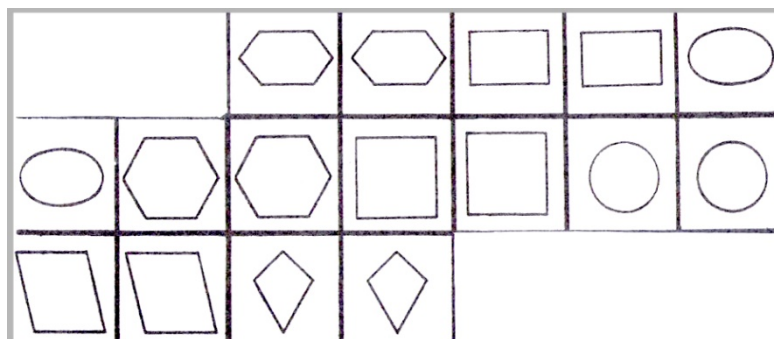
APPENDIX III A

**Stimulus material for the subtest of visual memory (pictures),
 subtest Ga of the test battery**



APPENDIX III B

**Stimulus material for the subtest of visual memory (images),
 subtest Gb of the test battery**



Психологические факторы профессионального выгорания врачей анестезиологов-реаниматологов

Корехова М.В.,

кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии Высшей школы психологии, педагогики и физической культуры Северного (Арктического) федерального университета имени М.В. Ломоносова (ФГАОУ ВО САФУ имени М.В. Ломоносова), Архангельск, Россия, mkorehova@mail.ru

Соловьев А.Г.,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии, Северный государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО СГМУ), Архангельск, Россия, asoloviev1@yandex.ru

Киров М.Ю.,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии, Северный государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО СГМУ), Архангельск, Россия, mikhail_kirov@hotmail.com

Новикова И.А.,

доктор медицинских наук, профессор кафедры семейной медицины и внутренних болезней, Северный государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО СГМУ), Архангельск, Россия, ianovikova@mail.ru

В статье приводятся данные исследования психологических факторов профессионального выгорания врачей анестезиологов-реаниматологов. Был обследован 61 врач Архангельской области с применением комплекса методик, позволяющих раскрыть индивидуально-личностные, социально-психологические и профессионально-организационные факторы профессионального выгорания. На основании полученных результатов установлено, что 60,6% анестезиологов-реаниматологов имеют высокий уровень профессионального выгорания. Выявлены три группы факторов, влияющих на возникновение и развитие профессионального выгорания у врачей: индивидуально-личностные (использование неконструктивных копинг-стратегий, высокая тревожность, эмоциональная неустойчивость,

депрессивность, агрессивность); социально-психологические (нарушенный социально-психологический климат в коллективе) и профессионально-организационные (большая напряженность в работе, низкая самооценка качества работы, профессиональный стресс, затруднения в профессиональном развитии и самосовершенствовании). Комплексные мероприятия по профилактике синдрома профессионального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов должны включать профессионально-организационное, социальное и индивидуально-психологическое направления работы.

Ключевые слова: профессиональный стресс, синдром профессионального выгорания, врачи анестезиологи-реаниматологи, психологическая профилактика.

Для цитаты:

Корехова М.В., Соловьев А.Г., Киров М.Ю., Новикова И.А. Психологические факторы профессионального выгорания врачей анестезиологов-реаниматологов [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 2. С. 16–37. doi: 10.17759/psyclin.2019080202

For citation:

Korehova M.V., Soloviev A.G., Kirov M.Yu., Novikova I.A. Psychological Factors of the Professional Burnout Syndrome in Anesthesiologists and Intensive Care Physicians [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 2, pp. 16–37. doi: 10.17759/psycljn.2019080202 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Интерес к исследованию синдрома профессионального выгорания (СПВ) у врачей анестезиологов-реаниматологов обусловлен большой социальной значимостью данной профессии. Профессиональная деятельность врача анестезиолога-реаниматолога характеризуется очень высокой эмоциональной напряженностью, предъявляющей значительные требования к их личности. Анестезиологи-реаниматологи должны обладать значительной стрессоустойчивостью, оптимальным уровнем тревоги, достаточной социальной адаптацией [11]. Деятельность врача анестезиолога-реаниматолога отличается следующими особенностями: необходимостью быстрого принятия ответственных решений, от которых зависит жизнь пациента; напряженностью работы в условиях перегрузки и неопределенности; исключительной тяжестью состояния пациентов; порой недостаточностью диагностических и терапевтических возможностей; неустроенностью быта [12]. Часто в своей профессиональной деятельности они сталкиваются с ситуациями, включающими мучительные этические затруднения [25], а также с множеством профессиональных стрессовых факторов [10; 22], что приводит к снижению адаптационных личностных способностей, психическим

и соматическим нарушениям и в итоге к СПВ [2; 6; 9; 11]. Известно, что в большей степени СПВ проявляется у представителей профессий социальной сферы, возникая вследствие интенсивного и продолжительного стресса на работе, и может рассматриваться как состояние эмоционального истощения, деперсонализации и снижения личных достижений [18; 23]. При СПВ в 96% случаев отмечается астеническая симптоматика, проявляющаяся в повышенной утомляемости, раздражительности, снижении работоспособности [21].

По данным разных исследователей признаки СПВ наблюдаются у 25–60% докторов со специализацией «анестезиология-реаниматология» [2; 3; 24]. В сравнении с врачами других специальностей эмоциональное истощение у врачей анестезиологов-реаниматологов встречается в 7 раз чаще [1]. Интересен факт того, что до пенсионного возраста дорабатывает только 37–41% анестезиологов и 19% реаниматологов [13]. Наиболее частыми соматическими жалобами (66,5%) у анестезиологов-реаниматологов считаются боли в голове или спине, а также жалобы со стороны деятельности сердечно-сосудистой системы [17].

У врачей анестезиологов-реаниматологов, имеющих СПВ, часто отмечаются признаки депрессии, высокий уровень личностной и ситуативной тревожности, повышенный уровень враждебности [16]. У лиц с высокой степенью психического выгорания преобладают стили поведения, основанные на доминировании, с одной стороны, и избегании ответственности за принятые решения – с другой [15].

В литературе имеются исследования, касающиеся СПВ у врачей анестезиологов-реаниматологов, однако до сих пор остаются недостаточно изученными психологические факторы, лежащие в основе его развития.

Целью исследования стало выявление психологических факторов СПВ у врачей анестезиологов-реаниматологов.

Выборка и методы исследования

Выборка включала 61 анестезиолога-реаниматолога области (средний возраст – 42,9±12,4 лет; 34,4% женского пола, 65,6% – мужского), постоянно проживающих и работающих в Архангельской области. Стаж работы до 5 лет имели 9 врачей (14,8%); от 5 до 10 лет – 10 человек (16,4%); от 10 до 15 лет – 8 человек (13,1%); свыше 15 лет – 34 человека (55,7%).

В ходе исследования использовались психологическое тестирование, анкетирование и статистическая обработка эмпирических результатов. В исследовании использовались **методики**: «Отношение к работе и профессиональное выгорание» В.А. Винокура (ОРПВ) [5], Шкала организационного стресса Мак-Лина [6], Фрайбургский личностный опросник (FPI) [19], Опросник Ч.Д. Спилбергера, Ю.А. Ханина [7], «Стратегии совладающего поведения» С. Фолкман и Р. Лазаруса [4], «Оценка психологической атмосферы в коллективе» по А.Ф. Фидлеру [20].

Для диагностики профессионального выгорания нами использовался опросник ОПРВ. Все утверждения опросника объединены в 9 шкал, которые соответствуют концептуальным представлениям об основных компонентах СПВ, входящих в его структуру: эмоциональное истощение, напряженность в работе, удовлетворенность работой и оценка ее значимости, профессиональный перфекционизм, самооценка качества работы, помощь и психологическая поддержка коллег, профессиональное развитие и самоусовершенствование, общая самооценка, здоровье и общая адаптация. По данной методике определялся интегративный индекс профессионального выгорания.

Шкала организационного стресса Мак-Лина, адаптированная Н.Е. Водопьяновой, позволяет измерить восприимчивость к организационному стрессу, связанную с недостаточно развитыми коммуникативными способностями, отсутствием умения адекватно оценивать ситуацию, негибкостью поведения и пассивностью по отношению к различным активным формам отдыха и восстановления жизненных ресурсов. Чем выше итоговый показатель, тем больше предрасположенность к риску сердечно-сосудистых заболеваний; наивысший риск – при поведении типа А (суммарный показатель больше 50 баллов).

Фрайбургский многофакторный личностный опросник (FPI) предназначен для диагностики состояний и свойств личности, которые имеют основное значение для процесса социальной адаптации и регуляции поведения. Опросник содержит 12 личностных шкал: невротичность, спонтанная агрессивность, депрессивность, раздражительность, общительность, уравновешенность, реактивная агрессивность, застенчивость, открытость, экстраверсия–интроверсия, эмоциональная лабильность, маскулинность–фемининность.

Опросник Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.А. Ханина позволяет дифференцированно измерять тревожность и как свойство личности, и как состояние, связанное с текущей ситуацией. Личностная тревожность – устойчивая личная характеристика уровня восприимчивости к воздействию разнообразных стрессовых факторов, склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающих даже при отсутствии реальной опасности. Реактивная тревожность – состояние человека в настоящий момент времени, характеризующееся такими эмоциями, как напряжение, беспокойство, озабоченность, нервозность в данной конкретной обстановке. Оценка результатов производится следующим образом: 46 и больше баллов – высокая тревожность, 31–45 – умеренная, до 30 баллов – низкая тревожность.

Преобладающие стратегии совладания со стрессом были выявлены с помощью методики «Стратегии совладающего поведения» С. Фолкман и Р. Лазаруса. Методика используется для исследования поведенческих особенностей в стрессовых для личности ситуациях. Копинг-тест Р. Лазаруса позволяет выявить 8 стратегий (стилей поведения): конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск поддержки, принятие ответственности, бегство–избегание, планирование, положительная переоценка.

Методика А.Ф. Фидлера предназначена для оценки психологической атмосферы, сложившейся в группе (коллективе). Испытуемые дают оценку группе по предложенным биполярным шкалам: дружелюбие–враждебность, согласие–несогласие, удовлетворенность–неудовлетворенность, продуктивность–непродуктивность, сотрудничество–несогласованность, занимательность–скука, теплота–холодность, увлеченность–равнодушие, успешность–безуспешность, взаимная поддержка–недоброжелательность. Суммарный показатель может быть в пределах от 10 до 80 баллов: о более благоприятной психологической атмосфере в коллективе говорит более низкий балл по опроснику.

Статистическая обработка данных произведена с применением статистического пакета SPSS Statistics 22.00 [14]. Для оценки значимости различий средних значений использовались критерий Стьюдента и U-критерий Манна–Уитни; для анализа различий по частоте встречаемости – ϕ -критерий Фишера. Применялись множественный регрессионный и корреляционный анализы, позволяющие оценить взаимосвязи между признаками.

Результаты исследования

Анализ результатов анкетирования врачей анестезиологов-реаниматологов (рис. 1) показал, что в своей профессиональной деятельности 80,3% обследуемых практически каждый день сталкивались со стрессовыми ситуациями. Каждый восьмой врач подвергался угрозе жизни, а также опасности серьезного ранения или травмы при выполнении профессиональных обязанностей.



Рис. 1. Частота встречаемости угроз у врачей анестезиологов-реаниматологов в ходе выполнения их профессиональной деятельности

Каждый пятый специалист (21,3%) отмечал, что его работоспособность хуже, чем обычно, а оценка своей работы в настоящее время как очень тяжелой была отмечена у 55,7% врачей.

По методике ОРПВ врачи анестезиологи-реаниматологи имели высокие значения по ряду шкал (рис. 2). Выявленные особенности говорят о наличии у них таких проблем, как нарушения здоровья, плохое самочувствие, высокая эмоциональная напряженность, эмоциональное и телесное истощение, утомление, сложности в профессиональном росте, отсутствие желания в повышении квалификации, неудовлетворенность работой.

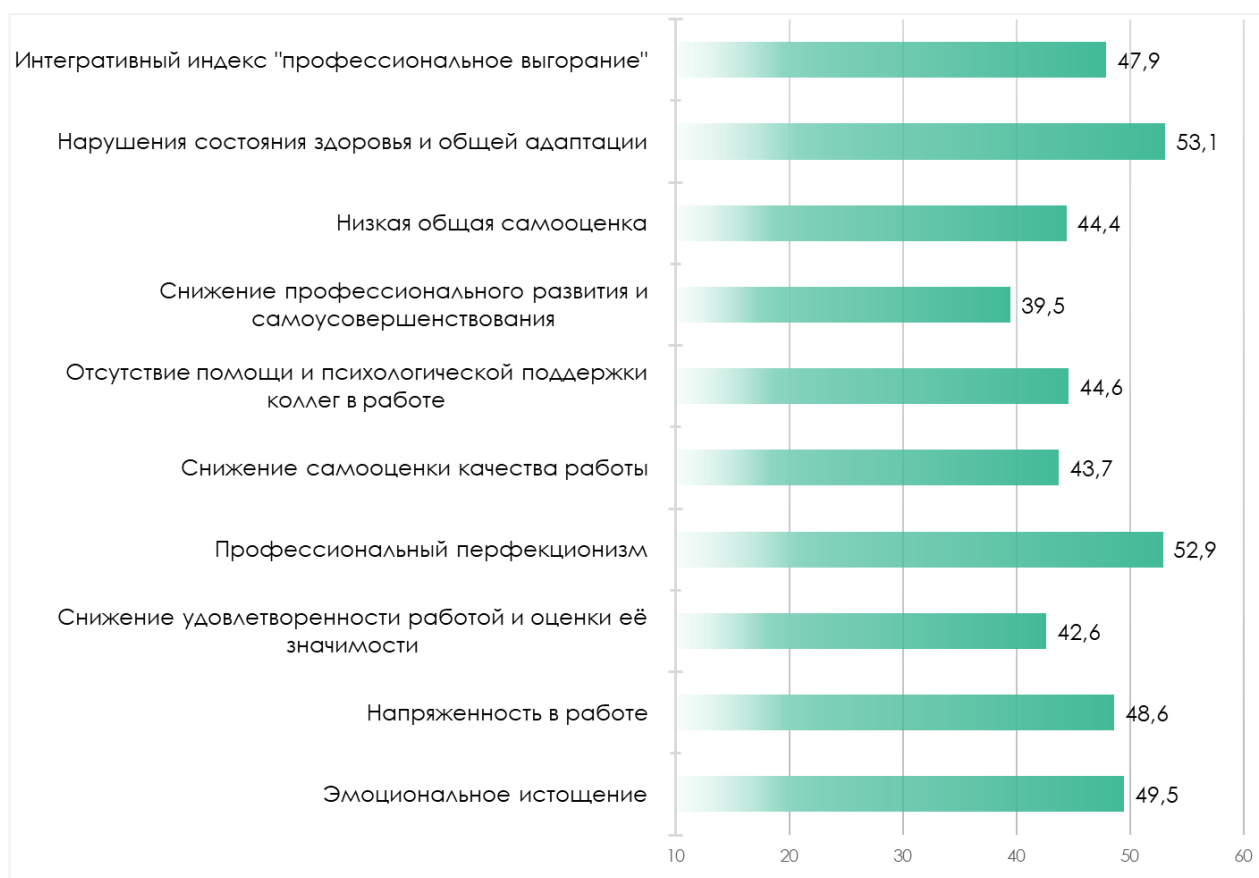


Рис. 2. Симптомы профессионального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов по методике ОРПВ (в %)

СПВ был сформирован у 60,6% врачей анестезиологов-реаниматологов, о чем говорит высокий интегративный индекс профессионального выгорания.

Эмоциональное истощение и усталость, влияющие на качество работы, выявлялись у 49,2% врачей, проблемы со здоровьем вследствие негативного влияния профессиональной деятельности встречались у 53,1% врачей. Низкая удовлетворенность результатами своей работы была выявлена у 29,5% обследуемых. 31,1% респондентов не чувствовали помощи и поддержки коллег,

обладали высоким профессиональным перфекционизмом и низкой самооценкой качества работы; 45,9% – не видели возможности профессионального роста и развития; 24,6% – имели общую низкую самооценку, считая, что их профессиональная компетентность и личностные ресурсы не в полной мере соответствуют тем требованиям, которые предъявляются им работой.

Такие симптомы СПВ, как напряженность в работе ($U=226,0$, $p=0,024$) и низкая самооценка качества результатов своей деятельности ($U=222,5$, $p=0,014$) у лиц женского пола были менее выражены. Стоит отметить, что полученные нами данные несколько расходятся с результатами других исследователей [12], которые указывают на более выраженные признаки эмоционального истощения у женщин.

Сравнительный анализ результатов по опроснику ОРПВ показал, что у анестезиологов-реаниматологов со стажем до 5 лет были выявлены самые высокие показатели значимости работы и удовлетворенности ею ($34,6\pm 13,1\%$) в сопоставлении с респондентами со стажем работы 10–15 ($46,0\pm 13,8\%$) ($U=13,0$, $p=0,045$) и более 15 лет ($46,0\pm 13,8\%$) ($U=65,5$, $p=0,024$).

Наибольший показатель эмоционального истощения обнаруживался у лиц со стажем работы 10–15 лет ($55,4\pm 12,5\%$) в сопоставлении со стажем 5–10 лет ($44,9\pm 11,4\%$; $p<0,05$). В группе врачей со стажем более 15 лет выявлены более низкие значения профессионального развития в соотношении с обследуемыми со стажем до 5 лет ($p<0,05$) и 5–10 лет ($p<0,05$). Значения интегративного индекса профессионального выгорания в разных группах врачей по стажу работы достоверно не отличались.

Все врачи по уровню выгорания по опроснику ОРПВ были разделены на следующие группы: 60,6% (37 человек) – высокий уровень, 24,6% (15 человек) – средний, 14,8% (9 человек) – низкий уровень.

Для дальнейшего анализа врачи со средним и низким уровнями СПВ были объединены, так как численность респондентов, имеющих низкий уровень СПВ, была небольшая и недостаточная для анализа. Таким образом, 1 группа включала врачей с высоким уровнем выгорания – 37 человек (60,6%), а 2 группа со средним и низким уровнем выгорания – 24 человека (39,4%).

Показатель организационного стресса по методике Мак-Лина был существенно выше у врачей 1 группы ($53,4\pm 6,0$ баллов) в сравнении с врачами из 2 группы ($46,0\pm 5,6$ баллов) ($U=143,5$, $p=0,000$). Поведение типа А, проявляющееся низкой толерантностью к организационному стрессу, чаще отмечалась среди обследуемых 1 группы (77,1%) и реже – 2 группы (29,2%, $\varphi=3,78$, $p<0,01$).

По результатам методики «Стратегии совладающего поведения» Р. Лазаруса в 1 группе определены преобладающие копинг-стратегии: дистанцирование ($51,6\pm 9,9$ балла), бегство–избегание ($52,4\pm 9,4$ балла), поиск социальной поддержки ($52,6\pm 9,1$ балла), что указывает на то, что в проблемной и трудной ситуации

респонденты 1 группы реагировали уходом от проблемы за счет фантазирования, отрицания проблемы и отвлечения, избегали ситуации по принятию ответственности по решению проблемной ситуации, снижали субъективную важность и степень эмоциональной вовлеченности, усиливали поиск информационной и эмоциональной поддержки.

У врачей 2 группы уровень выраженности копинг-стратегий был несущественно ниже, а преобладающими стратегиями являлись дистанцирование (50,2±7,5 балла), конфронтация (49,7±7,9 балла), планирование (49,0±11,0 балла). В стрессовой ситуации анестезиологи-реаниматологи 2 группы активно противостояли трудностям, отстаивая собственные интересы, либо наоборот снижали степень эмоциональной вовлеченности в нее, либо пытались целенаправленно анализировать ситуацию, разрабатывая план своих действий.

Врачи анестезиологи-реаниматологи 1 группы (табл. 1) по сравнению с врачами из 2 группы в ситуациях конфликта чаще применяли неадаптивные (неконструктивные) копинг-стратегии.

Таблица 1

Преобладающие копинг-стратегии врачей анестезиологов-реаниматологов с разным уровнем выгорания (в %)

Копинг-стратегии	1 группа	2 группа
Конфронтация	10,7	5,5*
Дистанцирование	21,4	22,2
Самоконтроль	3,6	-
Поиск поддержки	17,9	16,7
Принятие ответственности	10,7	5,5*
Бегство-избегание	25,0	11,1*
Планирование	3,6	27,9**
Положительная переоценка	7,1	11,1

Примечание: * – различия между группами достоверны при $p \leq 0,05$; ** – при $p \leq 0,01$.

Врачи анестезиологи-реаниматологи, имеющие неадаптивные копинг-стратегии, обладали такими качествами, как враждебность, конфликтность, импульсивность, непринятие ответственности, отрицание существующих проблем, бегство в фантазии. Во 2 группе при столкновении с трудноразрешимыми ситуациями чаще использовались адаптивные копинг-стратегии: планирование решения проблем и положительная переоценка.

По опроснику Ч.Д. Спилбергера у анестезиологов-реаниматологов 1 группы показатели реактивной тревожности и личностной тревожности были существенно выше по сравнению с врачами из 2 группы (рис. 3). Практически половина обследуемых 1 группы (48,3%) имели высокий показатель реактивной тревожности, проявляющийся высоким уровнем напряжения и нервозности в отношении ситуаций в жизни и на работе, у 2 группы данный показатель встречался только у 11,1% врачей ($\varphi=2,86$, $p\leq 0,01$). У 65,5% врачей анестезиологов-реаниматологов 1 группы и 11,1% – 2 группы ($\varphi=4,02$, $p\leq 0,01$) отмечалась высокая личностная тревожность, то есть они воспринимали многие ситуации как угрожающие.

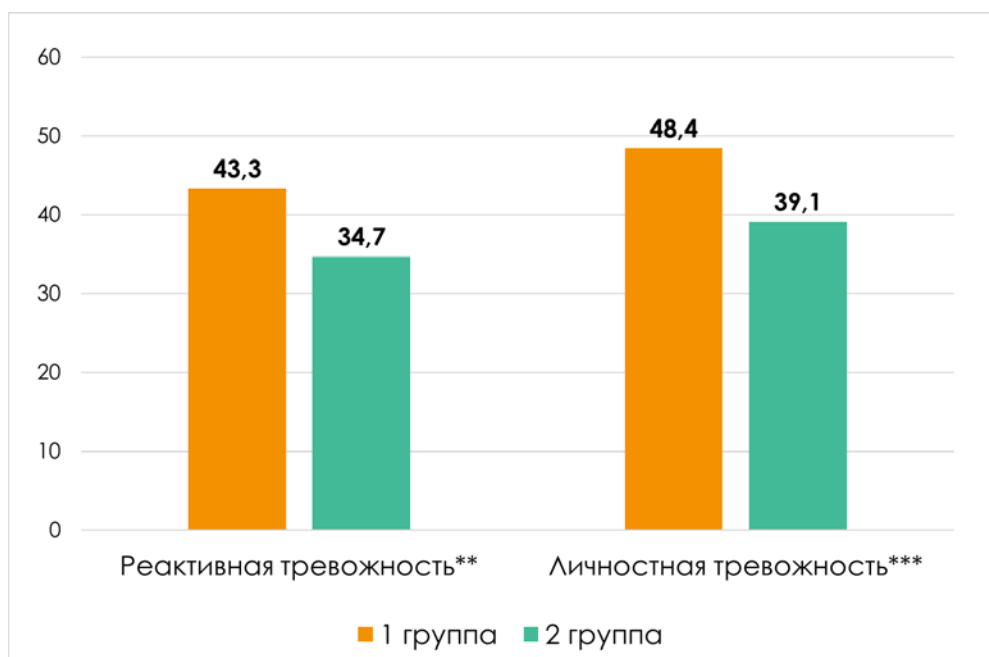


Рис. 3. Результаты исследования по методике Спилбергера–Ханина врачей анестезиологов-реаниматологов с разным уровнем выгорания (баллы)

Примечание: ** – различия между группами достоверны при $p\leq 0,01$; *** – при $p\leq 0,001$.

По Фрайбургскому личностному опроснику (FPI) большинство шкал имели средние показатели в обеих группах врачей. Только по шкале Открытость у врачей 1 группы оказались высокие значения, что проявляется в стремлении к доверительному и откровенному взаимодействию с людьми.

По методике FPI для врачей 1 группы характерны большие значения по шкалам Открытость ($U=17,5$, $p=0,034$) и Эмоциональная лабильность ($U=16,0$, $p=0,035$) по сравнению с врачами 2 группы (рис. 4). У обследуемых 1 группы по шкале Уравновешенность также отмечались более низкие показатели ($U=12,0$, $p=0,032$).

Каждый пятый специалист 1 группы (18,8%) имел высокий показатель спонтанной агрессивности, свидетельствующий о наличии предпосылок к импульсивному поведению и повышенной степени психопатизации.

У респондентов 2 группы таких показателей не было выявлено. 50% обследуемых 1 группы и 33,3% – 2 группы ($\varphi=1,90$, $p<0,05$) обладали неустойчивым эмоциональным состоянием со склонностью к аффективному реагированию. 37,5% и 33,3% врачей 1 и 2 групп соответственно обладали высокой депрессивностью, проявляющейся в подавленном и угнетенном эмоциональном состоянии. Высокий уровень реактивной агрессивности, проявляющийся агрессивным отношением к социальному окружению и выраженным желанием к доминированию, был выявлен у 37,5% анестезиологов-реаниматологов 1 группы и у 16,7 % врачей 2 группы ($\varphi=1,80$, $p<0,05$).

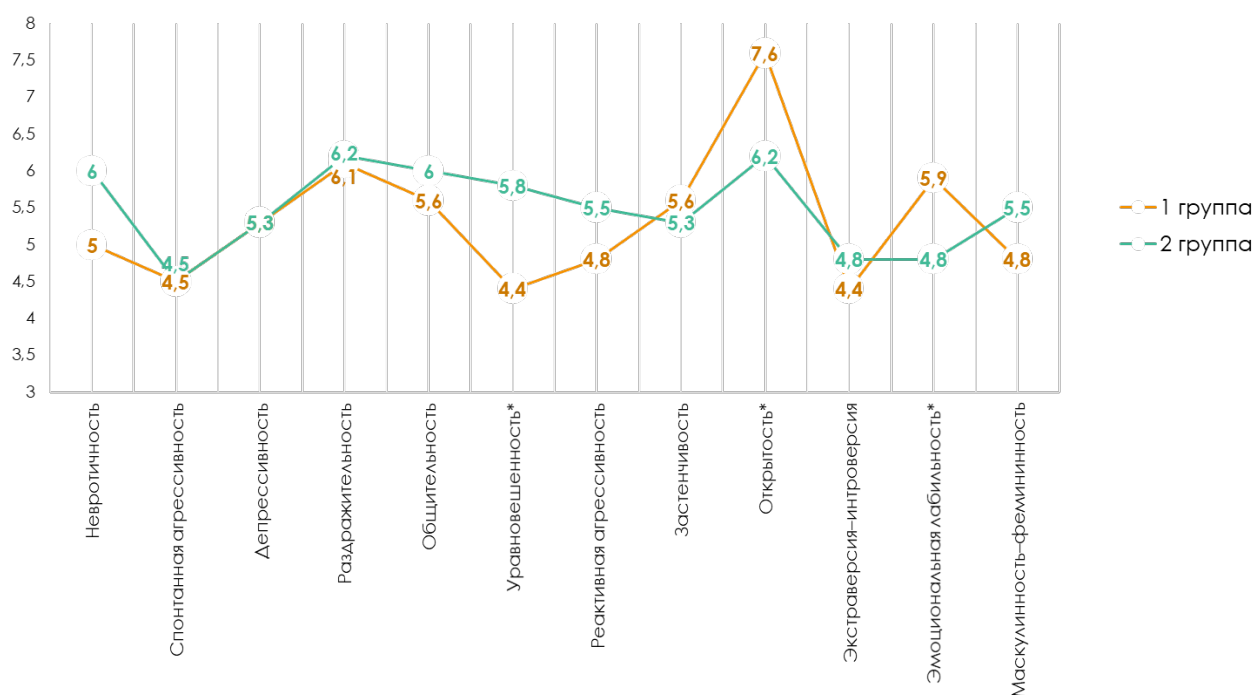


Рис. 4. Личностные характеристики анестезиологов-реаниматологов с разным уровнем выгорания по методике FPI (в стенах)

Примечание: * – различия между группами достоверны при $p<0,05$.

По методике «Оценка психологической атмосферы в коллективе» А.Ф. Фидлера было выявлено, что 6,9% и 55,5% специалистов 1 и 2 групп соответственно считали благоприятной психологическую атмосферу в своем коллективе (рис. 5). Однако у врачей анестезиологов-реаниматологов 1 группы восприятие климата в коллективе менее благоприятное, чем у врачей 2 группы ($U=129,5$, $p=0,004$). Присутствие в коллективе несогласия, равнодушия, недоброжелательности, холодности отмечали 24,1% врачей 1 группы. Данные взаимоотношения в коллективе, вероятно, негативно сказывались на успешности в профессии. Во 2 группе не было выявлено данного показателя.

Корреляционный анализ позволил выявить определенные взаимосвязи между симптомами СПВ и личностными качествами. Так, с увеличением показателя

профессионального выгорания нарастало эмоциональное истощение ($r=0,931$; $p=0,000$), снижалась удовлетворенность работой ($r=0,624$; $p=0,000$), ухудшалось здоровье и адаптация ($r=0,823$; $p=0,000$), усиливалась ситуативная тревожность ($r=0,553$; $p=0,000$).

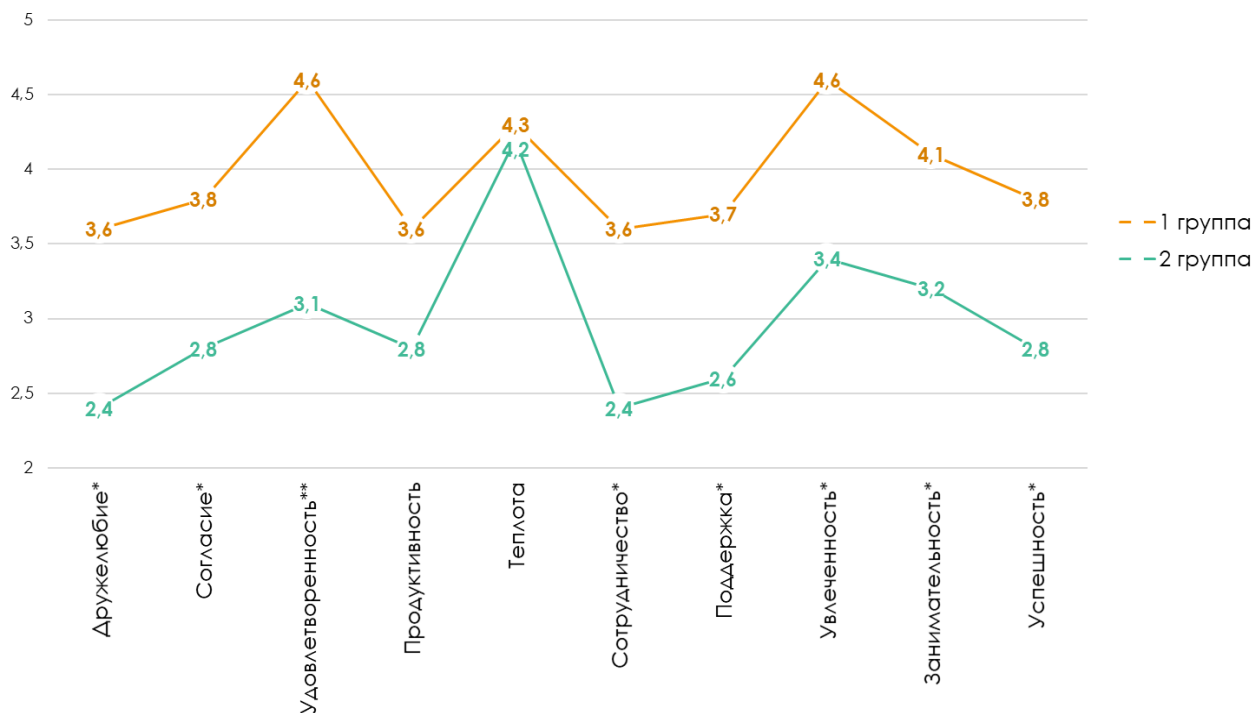


Рис. 5. Результаты исследования врачей анестезиологов-реаниматологов с разным уровнем выгорания по методике А.Ф. Фидлера (баллы)

Примечание: * – различия между группами достоверны при $p \leq 0,05$; ** – при $p \leq 0,01$.

В ходе исследования нами обнаружена корреляционная взаимосвязь между организационно-психологическими, индивидуально-личностными и социально-психологическими факторами СПВ. Были выявлены следующие взаимосвязи: между напряженностью и неудовлетворенностью в работе ($r=0,341$, $p=0,019$) и ощущением неуспеха ($r=0,347$, $p=0,017$); организационным стрессом и уравновешенностью ($r=-0,519$; $p=0,040$); снижением профессионального развития и копинг-стратегией принятия ответственности ($r= -0,446$; $p=0,018$); между снижением самооценки качества работы и тремя копинг-стратегиями, такими как дистанцирование ($r=0,326$; $p=0,027$), принятие ответственности ($r=0,308$; $p=0,037$), бегство-избегание ($r=0,314$; $p=0,034$); между личностной тревожностью и напряженностью в работе ($r=0,591$, $p=0,000$).

С применением множественного регрессионного анализа был разработан алгоритм прогнозирования развития СПВ по наличию факторов, измеряемых с помощью Фрайбургского личностного опросника, методики «Стратегии совладающего поведения» С. Фолкман и Р. Лазаруса, методики «Оценка

психологической атмосферы в коллективе» по А.Ф. Фидлеру, шкалы организационного стресса Мак-Лина. Зависимая переменная (Y) – интегративный индекс профессионального выгорания, измеряемый посредством опросника «Отношение к работе и профессиональное выгорание» В.А. Винокура (ОРПВ).

Уравнение вероятности развития СПВ имело следующий вид:

$$Y = -7,620 - 1,085 \times H + 3,171 \times D - 2,066 \times PA + 0,299 \times K + 3,120 \times П + 0,628 \times \text{Орг.С},$$

где H – невротичность, D – депрессивность, PA – реактивная агрессивность (Фрайбургский личностный опросник), K – конфронтация (методика «Стратегии совладающего поведения» С. Фолкман и Р. Лазаруса), П – поддержка (методика «Оценка психологической атмосферы в коллективе» по А.Ф. Фидлеру), Орг. С – организационный стресс (шкала организационного стресса Мак-Лина).

Была произведена проверка на мультиколлинеарность (предикторы умеренно коррелировали) и гомогенность дисперсии (табл. 2).

Таблица 2

Проверка на мультиколлинеарность

Константа	Показатели коллинеарности	
	Tolerance	VIF
Невротичность	0,869	1,151
Депрессивность	0,714	1,401
Реактивная агрессивность	0,509	1,966
Конфронтация	0,737	1,357
Поддержка	0,403	2,480
Организационный стресс	0,538	1,858

Коэффициент множественной корреляции (R) составил 0,862; коэффициент множественной детерминации (R-квадрат) – 0,743. Коэффициент множественной корреляции для окончательной модели статистически достоверен (p=0,001), поэтому модель множественной регрессии может быть содержательно интерпретирована.

Все коэффициенты уравнения значимы на уровне 5 % (p<0,05). Коэффициент множественной детерминации объясняет более 74% дисперсии зависимой переменной, поэтому результаты предсказания могут быть приняты во внимание.

Обсуждение результатов

В ходе исследования было установлено, что большинство врачей анестезиологов-реаниматологов практически ежедневно сталкивались со стрессовыми ситуациями в ходе выполнения своей профессиональной деятельности, а каждый восьмой врач подвергался угрозе жизни на работе.

Врачи анестезиологи-реаниматологи составляют группу риска развития СПВ. Высокий уровень СПВ, включающий в себя симптомы эмоционального истощения, снижение удовлетворенности результатами своей профессиональной деятельности, низкую оценку ее значимости, нарушения здоровья и общей адаптации, был выявлен более чем у половины обследуемых. В нашем исследовании обнаружена большая встречаемость признаков СПВ у врачей данной специальности в сравнении с другими авторами (60,6% против 46,4%) [11].

К организационно-психологическим факторам СПВ у врачей анестезиологов-реаниматологов относятся: организационный стресс, высокая напряженность в работе, трудности и препятствия в профессиональном развитии, сниженная самооценка качества работы. У врачей анестезиологов-реаниматологов с высоким уровнем СПВ отмечалась существенно более низкая толерантность к организационному стрессу.

К индивидуально-личностным факторам профессионального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов относятся: использование неконструктивных стратегий совладания со стрессом, повышенная личностная тревожность, эмоциональная неустойчивость, спонтанная агрессивность, чрезмерная открытость. Врачи с высоким уровнем СПВ чаще снижали значимость собственных переживаний, применяли неадаптивные (неконструктивные) копинг-стратегии, переоценивали в неблагоприятную сторону возможность действительного разрешения трудностей. Они обладали также более выраженными показателями реактивной и личностной тревожности. У респондентов данной группы отмечалось более выраженное стремление к установлению доверительных и открытых взаимоотношений с окружающими, в то же время для них была более свойственна неустойчивость эмоциональных состояний.

Неблагоприятный социально-психологический климат в коллективе (недоброжелательность, несогласованность, равнодушие, холодность, неспешность, скука) можно отнести к социально-психологическим факторам СПВ. Каждый четвертый врач с высоким уровнем СПВ считал психологическую атмосферу в своем коллективе неблагоприятной, в которой преобладает холодность, несогласие, равнодушие.

В исследовании были выявлены взаимосвязи между индивидуально-личностными, организационно-психологическими и социально-психологическими факторами СПВ. При планировании мероприятий по профилактике СПВ данные взаимосвязи необходимо учитывать для достижения наилучших результатов.

Задачей профилактических мероприятий является снижение вероятности развития предпосылок и проявлений СПВ у врачей анестезиологов-реаниматологов. В соответствии с выделенными факторами работа должна осуществляться по трем направлениям: профессионально-организационному, социальному и индивидуально-психологическому [8].

В рамках профилактических мероприятий на профессионально-организационном уровне может быть предложено систематическое проведение профилактических медицинских осмотров, рациональный режим труда и отдыха, а при появлении признаков СПВ – предоставление дополнительных профилактических трудовых отпусков, необходимое техническое и организационное оснащение трудового места, работа комнаты психологической разгрузки и отдыха, возможное в пределах специальности разнообразие трудовых функций и т.д.

Комплекс мероприятий на социальном уровне включает: мониторинг социально-психологического климата, развитие высокой организационной культуры и здоровой атмосферы в коллективе, тренинг бесконфликтного общения, обучение методам психологической разгрузки, коммуникативный тренинг и т.д. Индивидуально-психологическое направление работы: ранняя психологическая диагностика СПВ; лекции, в которых рассматриваются причины профессионального стресса и способы борьбы со стрессовыми ситуациями; обучение адаптивным (конструктивным) копинг-стратегиям, принципам управления временем; формирование стрессоустойчивости в ситуациях профессиональных стрессов; развитие стратегии успешности деятельности в ситуации эмоционального напряжения; формирование эмоциональной саморегуляции в поведении; повышение уверенности и оптимистичности; формирование позитивных установок на личностное и профессиональное самосовершенствование, а также нормативное поведение в профессии.

При интервенции СПВ большая роль принадлежит психотерапевтическим методам, имеющим симптомо-, личностно- и социентрированную направленности. В процессе психотерапии, как правило, комбинируются индивидуальные и групповые занятия.

Большое значение для предупреждения и преодоления выгорания имеет групповая психокоррекция. Коррекция эмоциональных нарушений межличностных отношений проводится посредством обсуждения или моделирования соответствующих ситуаций в малых группах. Это связано и с тем, что в процессе группового взаимодействия отрабатываются социально приемлемые формы отреагирования эмоционального напряжения. Наиболее эффективным и обоснованным можно считать применение групповых форм психокоррекции и психотерапии в однородных группах.

Проведение групповых психотерапевтических занятий дает возможность осознания внутренних психологических проблем. При групповых занятиях

определенное внимание должно уделяться индивидуализации влияния (индивидуальные внушения, подбор и отработка индивидуальных форм самовнушения, акцент на личности каждого человека, обсуждение его проблем в группе, символический прием в группу и пожелание группы человеку в конце его лечения).

Обычно курс состоит из 10-12 групповых занятий, которые проводятся 3-4 раза в неделю в психотерапевтических группах по 10-12 человек, и 4-5 индивидуальных сеансов длительностью по 55–65 минут.

Система психотерапевтической коррекции должна строиться на основании подхода, предусматривающего этапность влияния, связь каждого последующего занятия с предыдущим, доступность информации, соответствие заданий возможностям сотрудника, систематичность в овладении навыками психической саморегуляции.

Выводы

1. Высокий уровень синдрома профессионального выгорания отмечается у 60,6% обследуемых нами врачей анестезиологов-реаниматологов, который проявляется в нарушениях здоровья, плохом самочувствии и высокой эмоциональной напряженности, в эмоциональном и телесном истощении, утомлении, в сложностях профессионального роста, в отсутствии желания повышать квалификацию, в неудовлетворенности работой.

2. Врачи анестезиологи-реаниматологи с высоким уровнем профессионального выгорания обладают низкой толерантностью к организационному стрессу, высоким уровнем тревожности, применяют неадаптивные копинг-стратегии при столкновении с трудной ситуацией или снижают значимость собственных переживаний, при этом они стремятся к установлению доверительных взаимоотношений, но им свойственна эмоциональная неустойчивость. 24,1% врачей данной группы отмечают наличие в коллективе признаков несогласия, равнодушия, недоброжелательности.

3. Врачи анестезиологи-реаниматологи со средним и низким уровнями выгорания более устойчивы к организационному стрессу, менее тревожны, активно противостоят трудностям, пытаются целенаправленно анализировать ситуацию, разрабатывая план своих действий, более уравновешенны и доброжелательны. Более половины специалистов этой группы считают благоприятной психологическую атмосферу в своих коллективах.

4. К психологическим факторам синдрома профессионального выгорания у анестезиологов-реаниматологов относятся индивидуально-личностные (использование неконструктивных копинг-стратегий, высокая тревожность, эмоциональная неустойчивость, депрессивность, агрессивность); социально-психологические (неблагоприятный социально-психологический климат,

недоброжелательность, несогласованность, отсутствие поддержки со стороны коллег, равнодушие и холодность) и профессионально-организационные (высокая напряженность в работе, организационный стресс, отсутствие профессионального развития, низкая самооценка качества выполненной деятельности).

Выявленные психологические факторы профессионального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов Архангельской области можно использовать при проведении мероприятий по профилактике данного синдрома. Полученные данные переносить на всех анестезиологов-реаниматологов России все же пока нельзя, поскольку выборка крайне мала для срезовых исследований, и в основном использовалась непараметрическая статистика (в силу ненормальности распределения данных), которая грешит ошибками 1 рода (ложноположительными результатами). Планируются дальнейшие исследования, направленные на изучение признаков и факторов синдрома профессионального выгорания врачей анестезиологов реаниматологов, с целью разработки системы профилактики данного синдрома.

Литература

1. *Баклаев А.В., Смирнов И.В., Мизиков В.М. и др.* Информационный стресс анестезиолога-реаниматолога. // *Анестезиология и реаниматология.* 2002. Т. 47. № 2. С. 4–9.
2. *Васильев В.Ю., Пушкаренко И.А.* Причины развития «эмоционального выгорания» у анестезиологов-реаниматологов. // *Общая реаниматология.* 2011. Т. 7. № 2. С. 66–70.
3. *Васильева Н.Г.* Взаимосвязь особенностей эмоционального интеллекта и синдрома выгорания у врачей: автореф. дис... канд.психол.наук. СПб., 2016. 24 с.
4. *Вассерман Л.И.* Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: Учебно-методическое пособие. СПб.: Речь, 2010. 192 с.
5. *Винокур В.А.* Методика психологической диагностики профессионального «выгорания» в «помогающих» профессиях. Опросник «ОРПВ» (Отношение к работе и профессиональное «выгорание»): учеб. пособие. СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2012. 44 с.
6. *Водопьянова Н.Е.* Психодиагностика стресса. СПб: Питер, 2009. 336 с.
7. *Дерманова И.Б.* Диагностика эмоционально-нравственного развития. СПб.: Речь, 2002. 176 с.
8. *Корехова М.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А.* Психическая дезадаптация специалистов в экстремальных условиях деятельности: монография. Архангельск: изд-во Северного государственного медицинского университета, 2014. 139 с.

9. *Корехова М.В., Соловьев А.Г., Киров М.Ю. и др.* Синдром профессионального «выгорания» у врачей анестезиологов-реаниматологов // Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2016. Т.13. № 3. С. 19–28. doi:10.21292/2078-5658-2016-13-3-19-28

10. *Кошкин В.Б., Гончаревич А.Ю., Ковалев О.А.* Синдром профессиональной дезадаптации врачей и медсестер отделения анестезиологии и реанимации // Вестник Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова. 2015. № 12. С. 59–61.

11. *Ловчев А.Ю., Корячкин В.А.* Проявления психологической дезадаптации у врачей анестезиологов-реаниматологов // 2 Беломорский симпозиум «Актуальные проблемы анестезиологии и интенсивной терапии» / под ред. М.Ю. Кирова и др.]. Архангельск, б.и., 2007. С. 180–181.

12. *Мамась А.Н., Косаревская Т.А.* Исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей анестезиолог-реаниматологов // Новости хирургии. 2010. Т. 18. № 6. С. 75–81.

13. *Миронов П.И., Каширина Е.А., Крыкля А.С. и др.* Проблема «эмоционального выгорания» среднего медицинского персонала отделений реанимации и интенсивной терапии // Клиническая анестезиология и реаниматология. 2004. Т. 1. № 1. С. 14–18.

14. *Наследов А.Д.* Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. СПб.: Речь, 2006. 392 с.

15. *Орел В.Е.* Синдром «психического выгорания» и стилевые особенности поведения и деятельности профессионала // Сибирский психологический журнал. 2006. № 23. С. 33–39.

16. *Парфенов Ю.А.* Патогенетические детерминанты психосоматических расстройств при артериальной гипертензии у врачей-анестезиологов с синдромом профессионального выгорания // Фундаментальные исследования. 2012. № 5. Ч. 2. С. 325–329.

17. *Решетова Т.В., Мазурок В.А., Жигалова Т.Н.* Эмоциональное выгорание, астения и депрессия у медицинских и социальных работников – ресурсы коррекции // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 2012. № 3. С. 105–111

18. *Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А.* Синдром профессионального выгорания: учебное пособие. Архангельск: изд-во СГМУ, 2007. 176 с.

19. Теоретические и прикладные вопросы психологии. Ч. II: Прикладные проблемы психологии / Под. ред. А.А. Крылова. СПб: изд-во Санкт-Петербургского университета, 1995. 163 с.

20. *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.

Корехова М.В., Соловьев А.Г., Киров М.Ю.,
Новикова И.А. Психологические факторы
профессионального выгорания врачей
анестезиологов-реаниматологов
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 2. С. 16–37.

Korehova M.V., Soloviev A.G., Kirov M.Yu., Novikova I.A.
Psychological Factors of the Professional
Burnout Syndrome in Anesthesiologists
and Intensive Care Physicians
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 2, pp. 16–37.

21. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Рожкова А.В. и др. Астенический симптомокомплекс у пациентов с синдромом эмоционального выгорания // Журнал неврологии и психиатрии. 2013 № 11. С. 22–26.

22. Щелкова О.Ю. Психодиагностика в системном исследовании эмоционально-личностной сферы врачей анестезиологов-реаниматологов (в связи со стрессогенным характером профессиональной деятельности // Сибирский психологический журнал. 2007. № 26. С. 154–160.

23. *Maslach C.* Burnout: A multidimensional perspective. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (eds.) Professional burnout: Recent developments in theory and research. Washington, DC: Taylor & Francis, 1993. P. 19–32.

24. *Misiotek A., Gorczyca P., Misiotek H., Gierlotka Z.* The prevalence of burnout syndrome in Polish anaesthesiologists // *Anaesthesiology Intensive Therapy*. 2014. Vol. 46. № 3. P. 155–161. doi: 10.5603/AIT.2014.0028

25. *Nyssen A.S., Hansez I., Baele P., et al.* Occupational stress and burnout in anaesthesia // *British Journal of Anaesthesia*. 2003. Vol. 90. № 3. P. 333–337. doi: 10.1093/bja/aeg058.

Psychological Factors of the Professional Burnout Syndrome in Anesthesiologists and Intensive Care Physicians

Korehova M.V.,

PhD., Associate Professor, Department of Psychology, Graduate School of Psychology, Pedagogy and Physical Culture, Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov, Arkhangelsk, Russia; mkorehova@mail

Soloviev A.G.,

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Clinical Psychology, Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia; aSoloviev1@yandex.ru

Kirov M.Yu.,

Doctor of Medical Sciences, professor, Head of the Department of Anesthesiology and Resuscitation, Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia; mikhail_kirov@hotmail.com

Novikova I.A.,

Doctor of Medical Sciences, professor, Department of Family Medicine and Internal Diseases of the Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia; ianovikova@mail.ru

In order to identify the psychological factors of professional burnout of anesthesiologists and intensive care physicians, 61 physicians from the Arkhangelsk region were examined. Methods were used: questionnaire "Attitude to work and professional burnout" developed by V.A. Vinokur, McLean's Organizational Stress Scale, Freiburg Personality Questionnaire (FPI), Anxiety Test developed by C.D. Spielberger and modified by Yu.A. Khanina, R. Lazarus and S. Volkman's Coping Test, methods for assessing the psychological atmosphere in the team developed by A.F. Fidler. It was established that 60,6% of anesthesiology and intensive care physicians have a high level of professional burnout. Three groups of factors affecting the emergence and development of professional burnout among physicians have been identified: individually personal (use of non-constructive coping strategies, high anxiety, emotional instability, depression, aggressiveness); socio-psychological (unfavorable socio-psychological climate in the team) and professional and organizational (lack of professional development and self-improvement, work tensions, low self-

assessment of work quality, organizational stress). The article offers recommendations for the prevention of professional burnout in anesthesiology and intensive care physicians.

Keywords: professional burnout syndrome, professional stress, anesthesiologists, intensive care physicians, psychological prevention.

References

1. Baklayev A.V., Smirnov I.V., Mizikov V.M., et al. Informacionnyj stress anesteziologa-reanimatologa [Informational stress of the anesthesiologist-resuscitator]. *Anesteziologiya i reanimatologiya [Anesthesiology and Resuscitation]*, 2002, vol. 47, no. 2, pp. 4–9 (In Russ.)
2. Vasil'ev V.Yu., Pushkarenko I.A. Prichiny razvitiya «ehmocional'nogo vygoraniya» u anesteziologov-reanimatologov [The reasons for the development of "emotional burnout" among anesthesiologists-resuscitators]. *Obshchaya reanimatologiya [General Resuscitation]*. 2011, vol. 7, no. 2, pp. 66–70. (In Russ.)
3. Vasil'yeva N.G. Vzaimosvyaz' imeyet kharakter emotsional'nogo intellekta i sindroma vygoraniya u vrachej [The relationship of features of emotional intelligence and burnout syndrome among doctors. PhD thesis]. Saint-Petersburg, 2016, 24 p. (In Russ.)
4. Vasserman L.I. Sovladaniye so stressom: teoriya i psikhodiagnostika [Coping with stress: theory and psychodiagnosis]. Saint-Petersburg: Rech', 2010, 192 p. (In Russ.)
5. Vinokur V.A. Metodika psihologicheskoy diagnostiki professional'nogo «vygoraniya» v «pomogayushchih» professiyah. Oprosnik «ORPV» (Otnoshenie k rabote i professional'noe «vygoranie») [The method of psychological diagnosis of professional "burnout" in the "helping" professions. Questioner "AWPB" (Attitude to work and professional "burnout")]: Publ. of SZGMU im. I.I. Mechnikova, 2012, 44 p. (In Russ.)
6. Vodop'yanova N.E. Psikhodiagnostika stressa [Stress psychodiagnosis]. Saint-Petersburg: Piter, 2009, 336 p. (In Russ.)
7. Dermanova I.B. Diagnostika emotsional'no-nravstvennogo razvitiya [Diagnosis of emotional and moral development]. Saint-Petersburg: Rech', 2002. 176p. (In Russ.)
8. Korekhova M.V., Solov'ev A.G., Novikova I.A. Psihicheskaya dezadaptaciya specialistov v ehkstremal'nyh usloviyah deyatel'nosti [Mental disadaptation of specialists in extreme conditions of activity: monograph]. Arkhangel'sk: publ. of NSMU, 2014, 139 p. (In Russ.)
9. Korekhova M.V., Solov'ev A.G., Kirov M.Yu. and other. Sindrom professional'nogo «vygoraniya» u vrachej anesteziologov-reanimatologov [Professional burnout syndrome among anesthesiology and intensive care physicians]. *Vestnik anesteziologii i*

reanimatologii [Bulletin of Anesthesiology and Resuscitation], 2016, vol. 13, no. 3, pp. 19–28.
(In Russ.) doi:10.21292/2078-5658-2016-13-3-19-28

10. Koshkin V.B., Goncharevich A.YU., Kovalev O.A. Sindrom professional'noy dezadaptatsii vrachey i medsesternykh otdeleniy anesteziologii i reanimatsii [Syndrome of professional maladjustment of doctors and nurses of the anesthesiology and resuscitation department]. *Vestnik Khakasskogo gosudarstvennogo universiteta im. N.F. Katanova [Bulletin of the Khakass State University. N.F. Katanova]*, 2015, no. 12, pp. 59–61. (In Russ.).

11. Lovchev A.Yu. Koryachkin V.A. Proyavleniya psihologicheskoy dezadaptatsii u vrachej anesteziologov-reanimatologov [Manifestations of psychological maladjustment in anesthesiology and intensive care physicians]. In M.Yu. Kirov (ed.): *2 Belomorskii simpozium «Aktual'nye problemy anesteziologii i intensivnoi terapii» [2nd White Sea Symposium "Actual problems of anesthesiology and intensive care". Proceedings]*. Arhangel'sk, 2007, pp. 180–181. (In Russ.).

12. Mamas' A.N., Kosarevskaya T.A. Issledovanie sindroma ehmocional'nogo vygoraniya u vrachej anesteziolog-reanimatologov [Examination of burnout syndrome in anesthesiology and intensive care physicians]. *Novosti khirurgii [Surgery News]*, 2010, vol. 18, no. 6, pp. 75–81. (In Russ.).

13. Mironov P.I., Kashirina E.A., Kryklya A.S., Berestov A.L. Problema «ehmocional'nogo vygoraniya» srednego medicinskogo personala otdelenij reanimatsii i intensivnoj terapii [The problem of "emotional burnout" nursing staff in intensive care units and intensive care]. *Klinicheskaya anesteziologiya i reanimatologiya [Clinical Anesthesiology and Resuscitation]*, 2004, vol. 1, no. 1, pp. 14–18. (In Russ.).

14. Nasledov A.D. Matematicheskie metody psihologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretatsiya dannyh [Mathematical methods of psychological research. Data analysis and interpretation]. Saint-Petersburg: Rech', 2006, 392 p. (In Russ.).

15. Orel V.Ye. Sindrom «Psikhicheskogo vygoraniya» i stilevyye osobennosti povedeniya i deyatel'nosti professionala [Mental Burnout Syndrome and Style Peculiarities of Professional Behavior and Activity]. *Sibirskiy psihologicheskii zhurnal [Siberian Psychological Journal]*, 2006, no. 23, pp. 33–39. (In Russ.).

16. Parfenov Yu.A. Patogeneticheskie determinanty psihosomaticheskikh rasstrojstv pri arterial'noj gipertenzii u vrachej-anesteziologov s sindromom professional'nogo vygoraniya [Pathogenetic determinants of psychosomatic disorders in arterial hypertension in anaesthesiologists with professional burnout syndrome]. *Fundamental'nye issledovaniya [Basic Research]*, 2012, no. 5, p. 2, pp. 325–329. (In Russ.).

17. Reshetova T.V., Mazurok V.A., Zhigalova T.N. Emotsional'noye vygoraniye, asteniya i depressiya u meditsinskikh i sotsial'nykh rabotnikov - resursy korrektsii [Emotional burnout, asthenia and depression in medical and social workers - correction resources]. *Obozreniye psikiatrii i meditsinskoy psikhologii [Psychiatry and Medical Psychology Review]*, 2012, no. 3, pp. 105–111. (In Russ.).

18. Sidorov P.I., Solov'ev A.G., Novikova I.A. Sindrom professional'nogo vygoraniya [Professional burnout syndrome]. Arhangel'sk: publ. of NSMU, 2007, 176 p. (In Russ.).
19. Teoreticheskiye i prikladnyye voprosy psikhologii. Chast' II Prikladnyye problemy psikhologii [Theoretical and applied questions of psychology. Part II Applied problems of psychology], in A.A. Krylov (ed.). Saint-Petersburg: publ. of SPU, 1995, 163 p. (In Russ.).
20. Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manuilov G.M. Social'no-psihologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malyh grupp [Socio-psychological diagnosis of personal development and small groups]. Moscow: publ. of Institute of Psychotherapy, 2002, 490 p. (In Russ.).
21. Chutko L.S., Surushkina S.YU., Rozhkova A.V. and other. Astenicheskiy simptomokompleks u patsiyentov s sindromom emotsional'nogo vygoraniya [Asthenic symptom complex in patients with burnout syndrome]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry], 2013, no. 11, pp. 22–26. (In Russ.).
22. Shchelkova O.Yu. Psihodiagnostika v sistemnom issledovanii ehmocional'no-lichnostnoj sfery vrachej anesteziologov-reanimatologov (v svyazi so stressogennym harakterom professional'noj deyatel'nosti [Psychodiagnosics in a systematic study of the emotional-personal sphere of anesthesiology and intensive care physicians (due to the stressful nature of professional activity)]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal* [Siberian Psychological Journal], 2007, no. 26, pp. 154–160. (In Russ.).
23. Maslach C. Burnout: A multidimensional perspective. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (eds.): *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis., 1993, pp. 19–32.
24. Misiołek A., Gorczyca P., Misiołek H., Gierlotka Z. The prevalence of burnout syndrome in Polish anaesthesiologists. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 2014, vol. 46, no. 3, pp 155–161. doi: 10.5603/AIT.2014.0028
25. Nyssen A.S., Hansez I., Baele P., and etc. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 2003, vol. 90, no. 3, pp. 333–337. doi: 10.1093/bja/aeg058.

Особенности когнитивного статуса студентов с нарушением слуха: значение для инклюзивного образования

Кривоногова К.Д.,

аспирант, кафедра психологии и педагогики; педагог-психолог, Институт социальных технологий и реабилитации; Новосибирский государственный технический университет (ФГБОУ ВО НГТУ), Новосибирск, Россия, kseniansk123@gmail.com

Разумникова О.М.,

доктор биологических наук, доцент, профессор кафедры психологии и педагогики факультета психологии, Новосибирский государственный технический университет (ФГБОУ ВО НГТУ), Новосибирск, Россия, razoum@mail.ru

Изучены изменения показателей когнитивного статуса: интеллекта, внимания и памяти у студентов с нарушением слуха (n=26) по сравнению с нормально слышащими (n=28). Обнаружены снижение вербального интеллекта и скорости селекции зрительно предъявленной информации и бóльшие показатели образно-пространственного, чем вербального компонента интеллекта в группе с нарушениями слуха свидетельствуют о развитии компенсаторной зрительной функции. Меньший эффект проактивной интерференции при большем времени исполнительного контроля у студентов с нарушением слуха по сравнению с контрольной группой указывает на недостаточное развитие тормозных функций префронтальных отделов коры головного мозга. Обнаруженные изменения в когнитивном статусе студентов с нарушением слуха следует учитывать в организации инклюзивного образования при разработке программно-методического обеспечения и психолого-педагогических приемов профессионального обучения.

Ключевые слова: нарушение слуха, интеллект, системы внимания, зрительная память, инклюзивное образование.

Для цитаты:

Кривоногова К.Д., Разумникова О.М. Особенности когнитивного статуса студентов с нарушением слуха: значение для инклюзивного образования [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 2. С. 38–52. doi: 10.17759/psyclin.2019080203

For citation:

Krivosnogova K.D., Razumnikova O.M. Specificity of the Cognitive Status of Students with Hearing Impairment: Implications for Inclusive Education [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 2, pp. 38–52. doi: 10.17759/psycljn. 2019080203 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Диагностика когнитивных функций является необходимым компонентом разработки персонализированной траектории образовательного процесса студентов с нарушением слуха, так как позволяет оценить базовое состояние когнитивной сферы и выявить ее ресурсы и направления потенциального расширения. Известно, что нарушения слухового анализатора, особенно в раннем возрасте, приводят к реорганизации функциональных систем мозга и к кросс-модальной перестройке обработки информации с вовлечением в процесс не предназначенных для этого в норме нейронных структур мозга [16]. Так как восприятие и обработка информации в первичной слуховой коре находятся под сильным мультимодальным воздействием, то при обучении формируются ассоциативные связи, основанные на дискриминации и классификации обнаруженных сигналов посредством обучения [20]. При отсутствии звуковых сигналов семантическое картирование может осуществляться с использованием кросс-модальной обработки информации, и сенсорный дефицит раннего периода может быть компенсирован вследствие интенсивного перцептивного и поведенческого обучения [24].

Однако дефицит в усвоении речи при потере слуха влечет за собой трудности в общении, в приобретении навыков чтения, в развитии когнитивных способностей, требующих речевого подкрепления, и в целом – в формировании структуры знаний [21; 23].

Развитие инклюзивного образования в России, в том числе приобретение профессиональных навыков и социальная реабилитация лиц с нарушением слуха, ставит вопросы оценки общих закономерностей в изменениях когнитивных функций и диапазона их индивидуальной вариативности. Базовыми показателями когнитивного статуса студентов, который мы определяем как совокупность показателей когнитивной деятельности, необходимой для успешного обучения в вузе, являются показатели внимания, памяти и интеллектуальных способностей.

Целью работы стало определение особенностей реорганизации структуры интеллекта, систем внимания и памяти студентов с нарушениями слуха для выяснения компенсаторных механизмов в когнитивной деятельности. Мы предположили, что связанное с потерей слуха ослабление исполнительного внимания и вербального интеллекта может быть компенсировано развитием зрительно-пространственных функций.

Методы исследования

Экспериментальную группу (ГрЭ) составили 26 студентов (средний возраст – $19,6 \pm 1,7$; 15 девушек) с нарушением слуха разной этиологии, обучающиеся в Институте социальной реабилитации Новосибирского государственного технического университета (НГТУ). В 69% случаев были диагностированы двухсторонняя сенсоневральная тугоухость III-IV степени либо другие причины нарушения слуха (табл. 1). Контрольную группу (ГрК) составили 28 студентов факультета гуманитарного образования НГТУ с нормативным развитием (средний возраст – $19,0 \pm 1,2$; 17 девушек).

Таблица 1

Частота диагноза нарушения слуха студентов экспериментальной группы

Диагноз	Частота, %
Сенсоневральная тугоухость III степени	46
Сенсоневральная тугоухость IV степени	23
Нейросенсорная потеря слуха односторонняя	23
Двухсторонняя глухота	8

Вербальный компонент интеллекта (IQ_v) мы определяли как среднее двух вербальных субтестов (понятийно-категориальное и логически-ассоциативное мышление), а образный (IQ_s) – как среднее значение при выполнении зрительно-пространственных заданий (образный синтез и пространственное мышление), согласно тесту структуры интеллекта Р. Амтхауэра.

Показатели функций систем внимания оценивались на основе компьютеризированной методики, разработанной нами согласно подходу, предложенному в лаборатории М. Познера для оценки систем внимания (ANT) и доказавшему свою валидность в серии исследований возрастных особенностей функций трех систем внимания и их генетической основы [4; 10]. Процедура тестирования по методике сводится к следующему: каждому участнику исследования задание сначала объяснялось экспериментатором устно, а затем инструкция дублировалась на экране компьютера (рис. 1 А). От участника требовалось нажать на левую или правую стрелку на клавиатуре компьютера соответственно направлению центральной стрелки из набора стимулов, предъявленных на экране компьютера (рис. 1Б).

Функцию системы исполнительного внимания мы определяли как разницу во времени реакции на конгруэнтные (т.е. при совпадении направления стимулов) и неконгруэнтные (т.е. направление центральной стрелки не соответствовало

направлению других стимулов, как это показано на рис. 1 Б). Для определения функций систем бдительности и ориентационного внимания вычислялась разница во времени реакции при сравнении экспериментальных ситуаций с предъявлением стимулов без намека и с намеком, предупреждающим о появлении стимулов или их пространственном расположении. Более подробное описание методики представлено ранее [4; 10].



Рис. 1. Скриншот программы для тестирования систем внимания (А) и пример предъявления неконгруэнтных стимулов (Б)

Объем зрительно-пространственной памяти и динамику воспроизведения в трех сериях предъявления стимулов мы измеряли с помощью оригинальной компьютеризированной методики [18]. Участникам исследования предлагалось запомнить любой предъявленный на экране объект в каждой серии случайно предъявляемых объектов.

Полный набор стимулов включал 30 объектов живого мира разных категорий, разного цвета и разного пространственного расположения. При первом предъявлении на экране появлялись три стимула из этого набора, при следующем предъявлении количество стимулов увеличивалось на один, так что при втором предъявлении на экране присутствовал уже отмеченный объект и еще три случайных (рис. 2 А и Б) и так далее до максимально возможного предъявления всех 30 стимулов.

Для исследования применялись три сессии задания, каждая из которых заканчивалась в случае повторного выбора ранее отмеченного объекта. Время тестирования не регламентировалось. При анализе учитывались число правильно воспроизведенных объектов в каждой из трех сессий, общее количество запомненных объектов в трех сессиях и показатель проактивной интерференции, который вычислялся как разница запомненных объектов в первой и третьей сессиях. При каждом тестировании экспериментатор с использованием языка

Таблица 2

Сравнение средних значений показателей когнитивного статуса у студентов экспериментальной (с нарушениями слуха) и контрольной (без нарушений слуха) групп

Когнитивные функции	Показатели	ГрЭ (ср.±станд. откл.)	ГрК (ср.±станд. откл.)	U Манна-Уитни	p
Внимание	Ошибки	2,1±2,1	1,8±1,3	141,5	0,923
	Время реакции на конгруэнтные стимулы	612,0±79,6	542,8±55,5	67,0	0,010
	Время реакции на неконгруэнтные стимулы	755,6±127,9	647,3±82,8	69,0	0,011
	Время реакции, характеризующее функции исполнительной системы внимания	143,6±65,5	104,5±48,5	96,5	0,098
	Время реакции, характеризующее функции системы бдительности	40,7±47,7	28,7±31,0	112,0	0,241
	Время реакции, характеризующее функции системы ориентационного внимания	47,5±33,5	31,0±32,4	99,0	0,114
Память	1 серия	14,9±6,2	19,1±5,0	88,0	0,085
	2 серия	9,7±6,4	10,5±7,1	128,0	0,741
	3 серия	11,3±6,7	8,7±4,6	109,5	0,331
	Сумма в трех сериях	35,8±10,0	38,3±11,2	120,0	0,543
	Показатель проактивной интерференции	3,7±8,3	10,4±7,4	76,5	0,034
Интеллект	Вербальный (IQv)	88,0±6,3	106,4±4,9	10,0	0,0001
	Зрительно-пространственный (IQs)	100,5±7,1	102,9±6,7	275,5	0,27

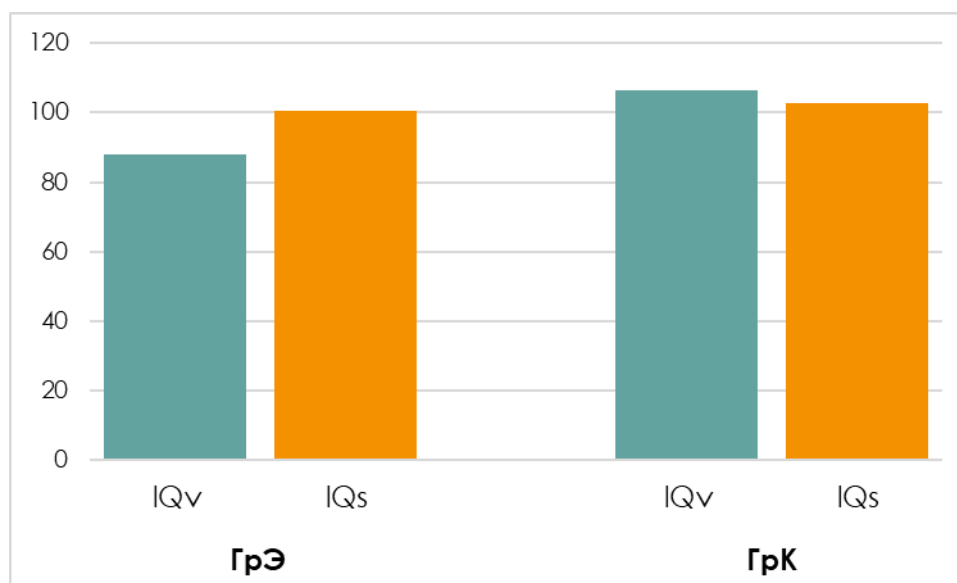


Рис. 3. Различия в уровне вербального (IQv) и зрительно-пространственного (IQs) компонентов интеллекта в группах студентов с нарушением (ГрЭ) или нормой слуха (ГрК)

Таким образом, как мы и предположили, группа студентов с нарушением слуха характеризовалась меньшими значениями вербального интеллекта в сравнении со зрительно-пространственным. По этому же компоненту интеллекта студенты с нарушенным слухом имели более низкие показатели, чем представители контрольной группой. Группа студентов с нарушениями слуха отличалась от контрольной меньшей скоростью селекции информации.

Известно, что для развития когнитивных функций требуются нейронные ресурсы мозга, которые при поступлении новой информации включаются в организацию новых функциональных систем. Например, после процедуры реабилитации с использованием слухового аппарата в течение года обнаружено снижение активности слуховой и речевой систем вместе с ее повышением в зрительной и фронтальной областях коры, а также увеличение толщины коры в мультимодальных областях, таких как верхняя височная извилина, интрапариетальная борозда и инсула [17]. Следовательно, преобладание IQs в структуре когнитивного статуса студентов с нарушениями слуха можно рассматривать как компенсаторный процесс в зрительной системе при депривации слуховой информации, который позволяет достигнуть нормы развития зрительно-пространственных функций. На это указывает отсутствие межгрупповых различий в уровне IQs, а также в суммарном показателе зрительной памяти.

Обнаруженная тенденция к замедлению исполнительного контроля в группе студентов с нарушением слуха вместе с менее выраженной проактивной интерференцией при тестировании зрительной образной памяти может указывать на недостаточную эффективность тормозных функций, в организации которых принимают участие нейронные системы вентролатеральной части префронтальной коры и нижневисочной коры [19].

С использованием метода анализа фракционной анизотропии белого вещества мозга показана связь возрастного развития когнитивного контроля и микроструктуры нервных волокон, обеспечивающих передачу информации между префронтальными областями коры и специализированными для выполнения двигательных или речевых операций корковых и подкорковых структур мозга [9; 15]. Следовательно, можно предположить, что нарушение слуха приводит к реорганизации систем головного мозга со снижением вербального компонента интеллекта, исполнительного контроля при селекции информации и тормозного контроля при ее запоминании, но с относительной сохранностью уровня зрительно-пространственных функций.

Ослабление исполнительного контроля поведения при нарушениях слуха связывают не только с дефицитом речи или замедлением формирования речевых навыков [8; 11] и пониженной вследствие этого коммуникативной активностью, но и с гиперопекой глухого ребенка, присущей семьям со слышащими родителями [6]. Так как академическая успеваемость в широком возрастном диапазоне в значительной степени определяется эффективностью исполнительного контроля [7; 22], то следует заключить, что обнаруженные особенности когнитивного статуса лиц с ограничениями по слуху, в том числе снижение скорости обработки информации и тормозных процессов при ее запоминании, необходимо учитывать в коррекционно-педагогическом сопровождении инклюзивного образовательного процесса.

Расширение инклюзивной формы обучения в высших учебных заведениях рассматривается как перспективное направление для развития самоактивации и жизнестойкости студентов с ограничениями по состоянию здоровья [1]. Приобретение новых знаний и адаптация к новому информационному и социальному пространству требуют не только достаточного уровня развития базовых показателей когнитивного статуса (внимания и памяти у студентов с нарушениями слуха), но и овладения языком жестов и эффективного использования зрительно-пространственных функций для компенсации недостаточного развития речевой коммуникации. Учитывая полученные данные, по-видимому, особое внимание следует обратить на активное использование зрительно-пространственных способов представления учебных материалов для студентов с нарушением слуха, а также на тренировку у них исполнительного контроля поведения.

Такая когнитивная тренировка с использованием компьютеризированных комплексных программ активно применяется в последнее время для формирования тормозных функций и когнитивного контроля у детей [3; 5] или активации когнитивных резервов стареющего мозга [2; 3]. Хотя единого мнения о составе таких программ или возможности переноса результатов тренинга (например, повышения интеллекта вследствие тренировки рабочей памяти) пока не сложилось, это направление можно считать перспективной психолого-педагогической технологией инклюзивного образования вследствие отмеченного во многих работах [2; 3; 12–14] улучшения показателей тренируемых когнитивных функций, в том числе исполнительного контроля.

Выводы

Для студентов с нарушением слуха характерны сниженные показатели вербального интеллекта и скорости селекции зрительно предъявленной информации по сравнению с нормально слышащими.

Бóльшие значения образно-пространственного, чем вербального компонента интеллекта в группе с нарушениями слуха, могут свидетельствовать о развитии компенсаторной зрительной функции.

Меньший эффект проактивной интерференции при большем времени исполнительного контроля у студентов с нарушением слуха по сравнению с контрольной группой может указывать на недостаточное развитие тормозных функций префронтальных отделов коры головного мозга.

На наш взгляд, обнаруженные особенности когнитивного статуса студентов с нарушением слуха следует учитывать при разработке коррекционно-педагогического сопровождения инклюзивного образовательного процесса с введением в программы когнитивного тренинга заданий для развития функций исполнительной системы внимания.

Финансирование

Работа выполнена при частичной поддержке гранта РФФИ №17-06-00166 «Организация тормозного контроля в онтогенезе: значение для обучения и адаптации».

Литература

1. *Айсмонтас Б.Б., Одинцова М.А.* Инклюзивная образовательная среда вуза как ресурс для развития жизнестойкости и самоактивации студентов с инвалидностью // Психологическая наука и образование. 2018. Т. № 2. С. 29–41. doi:10.17759/pse.2018230204
2. *Величковский Б.Б.* Возможности когнитивной тренировки как метода коррекции возрастных нарушений когнитивного контроля // Экспериментальная психология. 2009. Т. 2. № 3. С. 78–91.
3. *Разумникова О.М.* Закономерности старения мозга и способы активации его компенсаторных ресурсов // Успехи физиологических наук, 2015. Т. 46. № 2. С. 3–16.
4. *Разумникова О.М., Вольф Н.В.* Реорганизация связи интеллекта с характеристиками внимания и памяти при старении // Журнал высшей нервной деятельности. 2017. Т. 67. № 1. С. 55–67 doi: 10.7868/S0044467717010129

5. Разумникова О.М., Николаева Е.И. Тормозные функции мозга и возрастные особенности организации когнитивной деятельности // Успехи физиологических наук. 2019. Т. 49. № 1. С. 1–15.
6. Хохлова А.Ю. Биологические, психологические и социальные факторы, влияющие на интеллектуальное развитие детей с нарушениями слуха в зарубежной психологии глухих // Специальная психология. 2005. № 3-4. С. 13–25.
7. Best J.R., Miller P.H., Naglieri J.A. Relations between executive function and academic achievement from ages 5 to 17 in a large, representative, national sample // Learning and Individual Differences. 2011. Vol. 21. № 4. P. 327–336. doi: 10.1016/j.lindif.2011.01.007
8. Botting N., Jones A., Marshall C., et al. Nonverbal executive function is mediated by language: A study of deaf and hearing children // Child Development. 2017. Vol. 88. № 5. P. 1689–1700. doi: 10.1111/cdev.12659
9. Chaddock-Heyman L., Erickson K.I., Voss M.W., et al. White matter microstructure is associated with cognitive control in children // Biological Psychology. 2013. Vol. 94. № 1. P. 109–115. doi: 10.1016/j.biopsycho.2013.05.008.
10. Fan J., McCandliss B.D., Sommer T., et al. Testing the efficiency and independence of attentional networks // Journal of Cognitive Neuroscience. 2002. Vol. 14. № 3. P. 340–347. doi: 10.1162/089892902317361886
11. Figueras B., Edwards L., Langdon D. Executive function and language // Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 2008. Vol. 13. № 3. P. 362–377. doi: 10.1093/deafed/enm067
12. Green C.S., Strobach T., Schubert T. On methodological standards in training and transfer experiments // Psychological Research. 2014. Vol. 78. № 6. P. 756–772. doi: 10.1007/s00426-013-0535-3
13. Jaeggi S.M., Buschkuhl M., Jonides J., Perrig W.J. Improving fluid intelligence with training on working memory // Proceedings of the National Academy of Sciences. 2008. Vol. 105. № 19. P. 6829–6833. doi: 10.1073/pnas.0801268105
14. Karbach J., Unger K. Executive control training from middle childhood to adolescence // Frontiers in Psychology. 2014. Vol. 5. № 390. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00390
15. Madsen K.S., Baaré W.F.C., Vestergaard, M., et al. Response inhibition is associated with white matter microstructure in children // Neuropsychologia. 2010. Vol. 48. № 4. P. 854–862. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2009.11.001
16. Merabet L.B., Pascual-Leone A. Neural reorganization following sensory loss: The opportunity of change // Nature Reviews Neuroscience. 2010. Vol. 11. № 1. P. 44–52. doi:10.1038/nrn2758
17. Pereira-Jorge M.R., Andrade K.C., Palhano-Fontes F.X., et al. Anatomical and functional MRI changes after one year of auditory rehabilitation with hearing aids //

Neural Plasticity. 2018. Available at: <https://www.hindawi.com/journals/np/2018/9303674/>. (Accessed: 15.12.2018) doi: 10.1155/2018/9303674

18. Razumnikova O., Savinykh M., Suslov R., et al. A computerized cognitive test battery. Individual differences in cognitive characteristics: Measuring and dynamic of training. In: *Proc. 11th Intern. Forum on Strategic Technology (IFOST) 24 August, 2018*. Novosibirsk: ICG SB RAS, 2018. P. 256–258.

19. Sakagami M., Pan X., Uttl B. Behavioral inhibition and prefrontal cortex in decision-making // *Neural Networks*. 2006. Vol. 19. № 8. P. 1255–1265. doi: 10.1016/j.neunet.2006.05.040

20. Scheich H., Brechmann A., Brosch M., et al. Behavioral semantics of learning and crossmodal processing in auditory cortex: the semantic processor concept // *Hearing Research*. 2011. Vol. 271. №. 1-2. doi: 10.1016/j.heares.2010.10.006.

21. Stevenson J., Pimperton H., Kreppner J., et al. Emotional and behaviour difficulties in teenagers with permanent childhood hearing loss // *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2017. Vol. 101. P. 186–195. doi:10.1016/j.ijporl.2017.07.031

22. Titz C., Karbach J. Working memory and executive functions: effects of training on academic achievement // *Psychological Research*. 2014. Vol. 78. № 6. P. 852–868. doi: 10.1007/s00426-013-0537-1

23. Worsfold S., Mahon M., Pimperton H., et al. Predicting reading ability in teenagers who are deaf or hard of hearing: A longitudinal analysis of language and reading // *Research in Developmental Disabilities*. 2018. Vol. 77. P. 49–59. doi:10.1016/j.ridd.2018.04.007

24. Zhou X, Merzenich M.M. Developmentally degraded cortical temporal processing restored by training // *Nature Neuroscience*. 2009. Vol. 12. № 1. P. 26–28. doi:10.1038/nn.2239.

Specificity of the Cognitive Status of Students with Hearing Impairment: Implications for Inclusive Education

Krivosnogova K.D.,

PhD Student, Department of Psychology and Pedagogic, educational psychologist, Institute of Social Technologies and Rehabilitation, Novosibirsk State Technical University, Novosibirsk, Russia, kseniansk123@gmail.com

Razumnikova O.M.,

Doctor in Biological Sciences, Professor, Department of Psychology and Pedagogic, Novosibirsk State Technical University, Novosibirsk, Russia, razoum@mail.ru

Specificity of intelligence, attention and memory were studied in students with hearing impairment (26 individuals). This group shown less indicators of verbal intelligence and speed of selection of visually presented information as compared to the normal hearing group (28 individuals). Higher index of figurative and spatial intelligence, comparing to the verbal component of intelligence in the group with hearing impairments indicate the development of compensatory effect in visual functions. The smaller effect of proactive interference with a greater time of executive control in students with hearing impairments compared with the control group indicates a lack of development of the inhibitory functions of the prefrontal cortex.

Keywords: hearing impairment, intelligence, attention systems, visual memory, inclusive education.

Funding

This work was supported in part by grant RFBR № 17-06-00166.

References

1. Aismontas B.B., Odintsova M.A. Inkluzivnzya obrazovatel'naya sreda vuza kak resurs dlya razvitiya zhiznestoikosti I samoaktivazii studentov s invalidnostiu [Inclusive educational environment of the university as a resource for the development of resilience

and self-activation of students with disabilities]. *Psichologicheskaya nauka I obrazovanie* [*Psychological Science and Education*], 2018, vol. 23, no. 2, pp. 29–41. doi:10.17759/pse.2018230204 (in Russ., abstr. in Engl.)

2. Velichkovskiy B.B. Vozmozhnosti kognitivnoi trenirovki kak metoda korrektsii vozrastnykh narushenii kognitivnogo kontrolya [Performance capabilities of cognitive training as a method of correcting age-related decline in cognitive control]. *Eksperimental'naya psikhologiya* [*Experimental Psychology*], vol. 2., no. 3, pp. 78–91 (in Russ., abstr. in Engl.)

3. Razumnikova O.M. Zakonomernosti stareniya mozga i sposoby aktivatsii ego kompensatornykh resursov [Effects of aging brain and activation methods of its compensatory resources]. *Uspehi fiziologicheskikh nauk* [*Advances in physiological sciences*], 2015, vol. 46, no. 2, pp. 3–16 (in Russ., abstr. in Engl.)

4. Razumnikova O.M., Volf N.V. Reorganizatsiya svyazi intellekta s kharakteristikami vnimaniya i pamyati pri starenii [Aging-induced reorganization of association between intelligence and characteristics of attention and memory]. *Zhurnal vysshei nervnoi deyatel'nosti* [*Journal of Higher Nervous Activity*], 2017, vol. 67, no. 1, pp. 55–67 (in Russ., abstr. in Engl.)

5. Razumnikova O.M., Nikolaeva E.I. Tormoznye funktsii mozga i vozrastnye osobennosti organizatsii kognitivnoi deyatel'nosti [Inhibitory brain functions and age-associated specificities in organization of cognitive activity]. *Uspehi fiziologicheskikh nauk* [*Advances in physiological sciences*], 2019, vol. 49, no. 1, pp.1–15 (in Russ, abstr. in Engl.)

6. Khohlova A.U. Bilogicheskii, psikhologicheskie I socialnye factory, vliyaushie na intellektualnoe razvitie detei s narusheniem sluha v zarubezhnoi psihologii gluhih [Biological, psychological and social factors affecting the intellectual development of children with hearing impairment in the foreign psychology of the deaf]. *Spezialnaya psikhologiya* [*Special Psychology*], 2005, no. 3-4, pp.13–25 (in Russ., abstr. in Engl.)

7. Best J.R., Miller P.H., Naglieri J.A. Relations between executive function and academic achievement from ages 5 to 17 in a large, representative, national sample. *Learning and Individual Differences*, 2011, vol. 21, no. 4, pp. 327–336. doi: 10.1016/j.lindif.2011.01.007

8. Botting N., Jones A., Marshall C., et al. Nonverbal executive function is mediated by language: A study of deaf and hearing children. *Child Development*, 2017, vol. 88, no. 5, pp. 1689–1700. doi: 10.1111/cdev.12659

9. Chaddock-Heyman L., Erickson K.I., Voss M.W. et al. White matter microstructure is associated with cognitive control in children. *Biological Psychology*, 2013, vol. 94, no. 1, pp.109–115. doi: 10.1016/j.biopsycho.2013.05.008.

10. Fan J., McCandliss B.D., Sommer T., et al. Testing the efficiency and independence of attentional networks. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 2002, vol. 14, no. 3, pp.340–347. doi: 10.1162/089892902317361886

11. Figueras B., Edwards L., Langdon D. Executive function and language. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2008, vol. 13, no. 3, pp. 362–377. doi: 10.1093/deafed/enm067
12. Green C.S., Strobach T., Schubert T. On methodological standards in training and transfer experiments. *Psychological Research*, 2014, vol. 78, no. 6, pp. 756–772. doi: 10.1007/s00426-013-0535-3
13. Jaeggi S.M., Buschkuhl M., Jonides J., et al. Improving fluid intelligence with training on working memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2008, vol. 105, no. 19, pp. 6829–6833. doi: 10.1073/pnas.0801268105
14. Karbach J., Unger K. Executive control training from middle childhood to adolescence. *Frontiers in Psychology*, 2014, vol. 5, no. 390. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00390
15. Madsen K.S., Baaré W.F.C., Vestergaard, M., et al. Response inhibition is associated with white matter microstructure in children. *Neuropsychologia*, 2010, vol. 48, no. 4, pp. 854–862. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2009.11.001
16. Merabet L.B., Pascual-Leone A. Neural reorganization following sensory loss: The opportunity of change. *Nature Reviews Neuroscience*, 2010, vol. 11, no. 1, pp. 44–52. doi:10.1038/nrn2758
17. Pereira-Jorge M.R., Andrade K.C., Palhano-Fontes F.X., et al. Anatomical and functional MRI changes after one year of auditory rehabilitation with hearing aids. *Neural Plasticity*, 2018. Available at: <https://www.hindawi.com/journals/np/2018/9303674/>. (Accessed: 15.12.2018). doi: 10.1155/2018/9303674
18. Razumnikova O., Savinykh M., Suslov R., et al. A computerized cognitive test battery. Individual differences in cognitive characteristics: Measuring and dynamic of training. In: *Proc. 11th Intern. Forum on Strategic Technology (IFOST)*. 24 August, 2018. Novosibirsk: ICG SB RAS, 2018. pp. 256–258.
19. Sakagami M., Pan X., Uttl B. Behavioral inhibition and prefrontal cortex in decision-making. *Neural Networks*, 2006, vol. 19, no. 8, pp. 1255–1265. doi: 10.1016/j.neunet.2006.05.040
20. Scheich H., Brechmann A., Brosch M., et al. Behavioral semantics of learning and crossmodal processing in auditory cortex: the semantic processor concept. *Hearing Research*, 2011, vol. 271, no. 1-2. doi: 10.1016/j.heares.2010.10.006.
21. Stevenson J., Pimperton H., Kreppner J., et al. Emotional and behaviour difficulties in teenagers with permanent childhood hearing loss. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2017, vol. 101, pp. 186–195. doi:10.1016/j.ijporl.2017.07.031
22. Titz C., Karbach J. Working memory and executive functions: effects of training on academic achievement. *Psychological Research*, 2014, vol. 78, no. 6, pp. 852–868. doi: 10.1007/s00426-013-0537-1

Кривоногова К.Д., Разумникова О.М. Особенности когнитивного статуса студентов с нарушением слуха: значение для инклюзивного образования
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 2. С. 38–52.

Krivosnogova K.D., Razumnikova O.M. Specificity of the Cognitive Status of Students with Hearing Impairment: Implications for Inclusive Education
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 2, pp. 38–52.

23. Worsfold S., Mahon M., Pimperton H., et al. Predicting reading ability in teenagers who are deaf or hard of hearing: A longitudinal analysis of language and reading. *Research in Developmental Disabilities*, 2018, vol. 77, pp. 49–59. doi:10.1016/j.ridd.2018.04.007

24. Zhou X, Merzenich M.M. Developmentally degraded cortical temporal processing restored by training. *Nature Neuroscience*, 2009, vol. 12, no. 1, pp. 26–28. doi:10.1038/nn.2239.

Когнитивные смещения при распознавании эмоций по лицу в пожилом возрасте

Мелёхин А.И.,

клинический психолог высшей категории Клиники реабилитации в Хамовниках, Многопрофильного медицинского центра Лагуна-Мед, Москва, Россия, clinmelehin@yandex.ru

Сергиенко Е.А.,

доктор психологических наук, профессор, ведущий научный сотрудник, Институт психологии Российской Академии Наук (ФГБУН ИП РАН), Москва, Россия, elenas13@mail.ru

В статье показано, что по сравнению с людьми 55–60 лет в группах людей 61–74 и 75–90-летнего возраста наблюдаются симптомы возрастнo-специфичного социокогнитивного дефицита при распознавании эмоций: изменения во времени отклика на эмоциональный стимул в сторону замедления; трудности тонкой дифференциации эмоций радости и печали; влияние высокой эмоциональной интенсивности для более точного определения эмоций; когнитивное смещение во внимании и интерпретации эмоциональной информации. В позднем возрасте наблюдается комбинированное когнитивное смещение при распознавании эмоций по лицу. Больше преобладает положительный сдвиг. В отличие от людей 75–90 лет люди 55–60 и 61–74 лет лучше распознают эмоции страха и печали. Труднее в позднем возрасте распознается гнев. Описан дефицит определения нейтральных эмоциональных экспрессий, который сопровождается феноменом депрессивного смещения. Выделены общие и возрастнo-специфичные предикторы распознавания и дифференциации эмоций по лицу в позднем возрасте.

Ключевые слова: распознавание эмоций, дифференциация эмоций, эмоции, когнитивное смещение, когнитивные искажения, пожилой возраст, старческий возраст.

Для цитаты:

Мелёхин А.И., Сергиенко Е.А. Когнитивные смещения при распознавании эмоций по лицу в пожилом возрасте [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 2. С. 53–79. doi: 10.17759/psyclin.2019080204

For citation:

Melehin A.I., Sergienko E.A. Specificity of Cognitive Bias in Recognition of Emotions in the Face in Old Age [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 2, pp. 53–79. doi: 10.17759/psycljn.2019080204 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

В современном турбулентном мире с повышенными рисками виктимизации благоприятное течение старения во многом опирается на способности распознавать и дифференцировать эмоции по лицу [7; 8; 12; 33]. Наличие у пожилого человека изменений этих способностей приводит к враждебному восприятию намерений другого человека [30], что способствует развитию высокого уровня эмпатического дистресса [9], семейного, межличностного коммуникативного стресса [33], а также трудностей установления терапевтического альянса с лечащим врачом [13]. При этом снижается чувствительность к предупреждающим социальным знакам о возможных негативных рискованных действиях, что увеличивает риски стать жертвой социальной эксплуатации и жестокого обращения, а также самому нарушить социальные нормы поведения [7].

По сравнению с молодыми, люди позднего возраста больше обращают внимание на положительную, а не негативную социо-эмоциональную информацию и помнят ее лучше [14; 18; 21; 27; 33]. Из-за негативных жизненных событий и хронических стрессов может снижаться эффект позитивности при распознавании социоэмоциональной информации, что приводит к перцептивным сбоям [16] и развитию негативного когнитивного искажения или смещения (negative bias) [23; 31]. Это смещение выражается в игнорировании положительных эмоций, повышенном внимании к распознаванию страха, печали, гнева и чрезмерной негативной проекции при восприятии эмоционально-нейтральных лиц других людей [23; 27; 29]. Наличие негативного смещения при распознавании эмоций является когнитивно-аффективным эндофенотипом развития и поддержания ряда психических и неврологических расстройств (рис. 1).

Изменения в распознавании эмоций по лицу с негативным когнитивным смещением сопровождается снижением удовлетворенности социальным качеством жизни и увеличением рисков развития дисфории, депрессии, тревоги, а также суицидов позднего возраста [1; 5–7; 9; 11; 14]. В отличие от уровня нейротизма, специфика форм когнитивного смещения лучше предсказывает удовлетворенность жизнью, эмоциональное благополучие и долголетие [31].

В гериатрической практике понимание изменений в когнитивном смещении у пожилого человека позволяет детальнее понять психопатологическую картину состояния, включая состояние отрицания у пожилого человека, его устойчивость к лечению, а также интерпретацию собственного старения [8; 10; 20]. Однако по сей

день уделяется недостаточно внимания вопросу специфики социо-эмоциональной селективности при распознавании эмоций в пожилом и старческом возрасте, а также понимаю механизмов и факторов, лежащих в основе перехода от положительного к негативному когнитивному смещению.



Рис. 1. Негативное когнитивное смещение при психических и неврологических расстройствах

В связи с этим **целью исследования** стало изучение особенностей и биопсихосоциальных предикторов, влияющих на распознавание и дифференциацию простых эмоций по лицу в пожилом и старческом возрасте.

Материалы и методы

Участники исследования проходили амбулаторное обследование в Консультативно-диагностическом центре № 2 г. Москвы и были разделены на следующие группы:

- Люди пожилого возраста: 120 человек (17 мужчин и 103 женщины) 55–60 лет ($M \pm SD_{\text{лет}} = 56,6 \pm 1,8$) и 120 человек (13 мужчин и 107 женщин) 61–74 лет ($M \pm SD_{\text{лет}} = 66,7 \pm 3,9$).
- Люди старческого возраста: 50 человек (11 мужчин и 39 женщин) 75–90 лет ($M \pm SD_{\text{лет}} = 79,4 \pm 3,5$).

Критерии исключения:

- осложненная коморбидность по индексу полиморбидности (гериатрическая шкала кумулятивности расстройств, CIRS-G) > 24 баллов;
- наличие хронических соматических расстройств в стадии обострения, интоксикация;
- серьезные нарушения слуха (пресбиакузис) и зрения (высокие аномалии рефракции, диабетическая ретинопатия, дальтонизм);
- наличие изменений в когнитивном функционировании (Монреальская шкала оценки когнитивных функций, MoCA) < 26 баллов;
- нейродегенеративные и неврологические заболевания (опухоли, сосудистые поражения, нейроинфекции, эпилепсия, черепно-мозговые травмы);
- клинически значимые симптомы депрессии (гериатрическая шкала оценки депрессии, GDS-30) >20 баллов;
- наличие аффективного спектра расстройств, психотической симптоматики, гипоманиакальных и маниакальных симптомов;
- наличие негативизма со стороны пожилого человека, признаки формального отношения к обследованию, отказ человека позднего возраста, его родственников и/или доверительных лиц от участия в исследовании.

Социально-демографический статус респондентов. Основную группу респондентов составили женщины, что подтверждает факт феминизации стареющего населения, а также меньшего количества когнитивно-поведенческих барьеров для поддержания здоровьесберегающего и профилактического поведения по сравнению с мужчинами (табл. 1). К другой особенности данной выборки следует отнести наличие феномена «серебряной сепарации», проявляющегося в том, что половина людей пожилого возрастов (55–60 и 61–74 лет) были разведены.

Таблица 1

Социально-демографические и клиничко-анамнестические характеристики респондентов трех возрастных групп

Характеристики выборки	Группы респондентов		
	55–60 лет	61–74 лет	75–90 лет
Всего респондентов	120	120	50
Средний возраст, лет (M±SD)	56,6±1,8	66,7±3,9	79,4±3,5
Соотношение по полу: % (абс.)			
Мужчины	14 (17)	11 (13)	22 (11)
Женщины	86 (103)	89 (107)	78 (39)
Количество лет, затраченных на получение образования (M±SD)	13,7 ±1,2	13,5±1,3	13,1±1,0

Характеристики выборки	Группы респондентов		
	55–60 лет	61–74 лет	75–90 лет
Семейное положение: % (абс.)			
Состоят в браке	52 (62)	40 (48)	24(12)
Не состоят в браке	48 (58)	60 (72)	76 (38)
Есть дети	85 (102)	76 (91)	94 (47)
Рабочий статус: % (абс.)			
Работают	60 (72)	42 (51)	12 (6)
Не работают	40 (48)	58 (69)	88 (44)
Злоупотребление алкоголем: % (абс.)	4 (5)	7 (8)	6 (3)
Курение: % (абс.)	20 (24)	29 (35)	14 (7)
Назначенные и принимаемые препараты: % (абс.)			
Гипотензивная терапия	28 (37)	49 (59)	78 (39)
Сахароснижающая терапия	11 (13)	29 (35)	31 (15)
Ноотропная терапия	20 (24)	40 (48)	76 (37)
Сосудистая терапия	23 (27)	46 (55)	78 (39)
Терапия НПВП	39 (47)	66 (79)	89 (44)

Примечание: М – среднее значение; SD – стандартное отклонение; НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты.

Клинико-психологический гериатрический статус респондентов.

У респондентов пожилого и старческого возраста наблюдалась преаестения, что говорит о наличии некоторых уязвимостей в соматическом и психологическом здоровье без истощения физиологических резервов организма. Отмечалось расхождение (в соответствии с данными, полученными по шкале оценки когнитивного возраста Б. Барака – Cognitive Age Scale; Barak, Schiffman, 1981) между хронологическим и субъективным возрастом, что указывает на феномен отрицания возраста. Люди 55–60 лет оценивали свой субъективный возраст на 7,5 лет моложе своего хронологического возраста, люди 61–74 лет – на 7,6 лет моложе хронологического возраста, а 75–90-летние респонденты оценивали субъективный возраст на 8,1 лет моложе хронологического, что говорит о положительной когнитивной иллюзии возраста.

Наблюдалась легкая степень медикаментозно стабилизируемой полиморбидности (данные оценивались по гериатрической шкале кумулятивности расстройств; CIRS-G, Miller, 1992). Люди 61–74 и 75–90 лет по сравнению с людьми 55–60 лет обнаруживали тенденцию к снижению удовлетворенности качеством жизни (данные оценивались по краткому опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения, WHOQOL-BREF; WHOQOL Group, 1998), а также физическим и психическим здоровьем, социальной активностью и безопасностью окружающей среды. В группах сравнения не обнаружено симптомов умеренного

когнитивного нарушения и деменции (данные оценивались по Монреальской шкале оценки когнитивных функций, MoCA; Nasreddine, et al, 2005). По сравнению с людьми пожилого возраста (55–60 и 61–74 лет) в группе респондентов старческого возраста (75–90 лет) наблюдалась бо́льшая выраженность симптомов субклинической (подпороговой) депрессии с преобладанием тревожного аффекта и изменений во сне (параметры оценивались с помощью Гериатрической шкалы самооценки депрессии; GDS-30, Yesavage, 1982), а также бо́льшая глубина переживаний чувства одиночества и изоляции (оценка осуществлялась на основе Калифорнийской шкалы оценки чувства одиночества; R-UCLA-LS, Russell, 1996).

Методики исследования

Оценка распознавания эмоций по лицу проводилась с помощью двух субтестов онлайн-версии Пенсильванской нейропсихологической батареи (web-based self-administered computerized neuropsychological battery) [15], валидизированной Н.В. Хоменко на российской выборке [3].

1. *Пенсильванский субтест распознавания эмоций* (Penn Emotion Recognition Task-40). Стимульная ситуация состояла из 40 последовательно представленных статических цветных изображений экспрессий людей: 8 эмоционально нейтральных выражений лица, 16 лиц с низкой и 16 лиц с высокой интенсивностью положительных (радость) и отрицательных (печаль, гнев, страх) эмоций (рис. 2).



Рис. 2. Схема проведения Пенсильванского субтеста распознавания эмоций по лицу

Респондентам предлагалось выбрать из пяти предложенных вариантов ответа ту эмоцию, которую переживает человек на фотографии. В ходе пробной серии респонденту предъявлялся фото-эталон экспрессии, и экспериментатор просил выбрать одну эмоцию из предложенного списка слева, которая лучше описывает эмоциональное состояние человека. Фото-эталон экспонировался неограниченное время (рис. 3). В случае верного распознавания эмоционального состояния респондент переходил к выполнению основной серии. Каждый фото-эталон

экспонировался неограниченное время, что уменьшает требования к рабочей памяти. Возвращение к предыдущим фото-эталонам исключалось [3; 15].

2. Пенсильванский субтест дифференциации эмоций по лицу (Penn Measured Emotion Discrimination Task) позволяет оценивать способность различать интенсивность радости и печали по двум снимкам одного и того же человека. 40 черно-белых статических фото-эталонов пар экспрессий лиц с различной интенсивностью базовых эмоций: радость и печаль. Каждая пара состоит из двух фотографий одного и того же человека (рис.3).



Рис. 3. Схема проведения Пенсильванского теста дифференциации эмоций по лицу

Некоторые из предъявляемых в парах фотографии одинаковы, другая часть фотографий имеет определенные отличия. В ходе пробной серии предъявлялись три задачи. Респонденту предлагалось из двух лиц выбрать то лицо, где эмоциональное проявление сильнее, либо выбрать вариант «оба лица одинаковые». После правильного выполнения трех задач в пробной серии следовала основная серия обследования. Стимулы демонстрировались респонденту в случайном порядке. В двух сериях каждая пара лиц экспонировалась неограниченное время. Возвращение к предыдущим фото-эталонам исключалось [3].

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ IBM SPSS v.25 for OS X с использованием следующих статистических методов обработки данных: дескриптивный анализ, критерий Краскела-Уоллиса и множественный регрессионный анализ

Результаты исследования

Распознавание эмоций по лицу. По сравнению с 55–60-летними людьми у респондентов 61–74 лет наблюдался скрытый возрастно-специфический дефицит (age-related subtle deficits [5]) в распознавании простых эмоций по лицу. Из таблицы

2 видно, что у респондентов 75–90 лет наблюдается более сниженная точность при распознавании эмоций по экспрессии лица другого человека (30 правильных ответа из 40) по сравнению с респондентами 55–60 лет (34 из 40) и 61–74 лет (32 из 40).

Таблица 2

Распознавание эмоций по лицу (по Пенсильванскому субтесту распознавания эмоций) в трех возрастных группах респондентов

Показатели теста	55–60 лет (A) n=120		61–74 лет (B) n=120		75–90 (C) n=50		Попарное сравнение
	M	SD	M	SD	M	SD	
Общий индекс распознавания эмоций (число правильных ответов, всего) (40)	33,7	3,2	31,9	2,1	30,4	2,6	AB**, AC**, BC*
Время, затраченное на правильный ответ, мс	2214	655	2382	474	2954	517	AC*, BC*
Распознавание лиц по полу							
Женские лица (20)	18,5	1,3	17,8	0,8	15,6	2,1	AC**, BC**
Мужские лица (20)	17,8	1,9	16,4	2,0	15,1	1,3	AB*, AC**, BC*
Распознавание простых эмоций							
Радость (8)	7,9	0,11	7,4	0,57	7,2	0,46	-
Гнев (8)	5,1	1,5	4,6	1,1	4,1	0,97	AC*
Страх (8)	6,3	1,1	6,1	1,2	5,1	0,87	AC*, BC*
Печаль (8)	6,8	1,2	6,1	1,3	5,1	1,1	AC*, BC*
Распознавание нейтральных лиц							
Эмоционально нейтральные лица (8)	6,4	1,2	5,9	1,7	5,2	1,6	AC*
Распознавание эмоций в зависимости от интенсивности лицевой экспрессии							
Низкая интенсивность эмоций (20)	14,3	1,9	12,1	1,1	11,4	1,2	AB**, AC**, BC*
Высокая интенсивность эмоций (20)	16,1	1,2	14,6	1,6	13,6	1,7	AB**, AC**, BC*

Примечание. ** – различия значимы на уровне $p < 0,01$, * – на уровне $p < 0,05$ при попарном сравнении групп (A, B и C) с помощью критерия Краскела–Уоллиса. В столбце «Показатели теста» в скобках указан максимальный балл по компоненту субтеста.

Время отклика на эмоциональный стимул. По сравнению с людьми 55–60 лет респондентам, находящимся в возрастных диапазонах 61–74 и 75–90 лет, требовалось больше времени для распознавания эмоций по лицу.

Эффект высокого порога интенсивности эмоций. У респондентов старше 60 лет отмечалось более уверенное распознавание отрицательных эмоций (печаль, злость, страх) по лицу при их высокой интенсивности экспрессии, что говорит о необходимости большей эмоциональной интенсивности для точного определения эмоций (рис. 4).

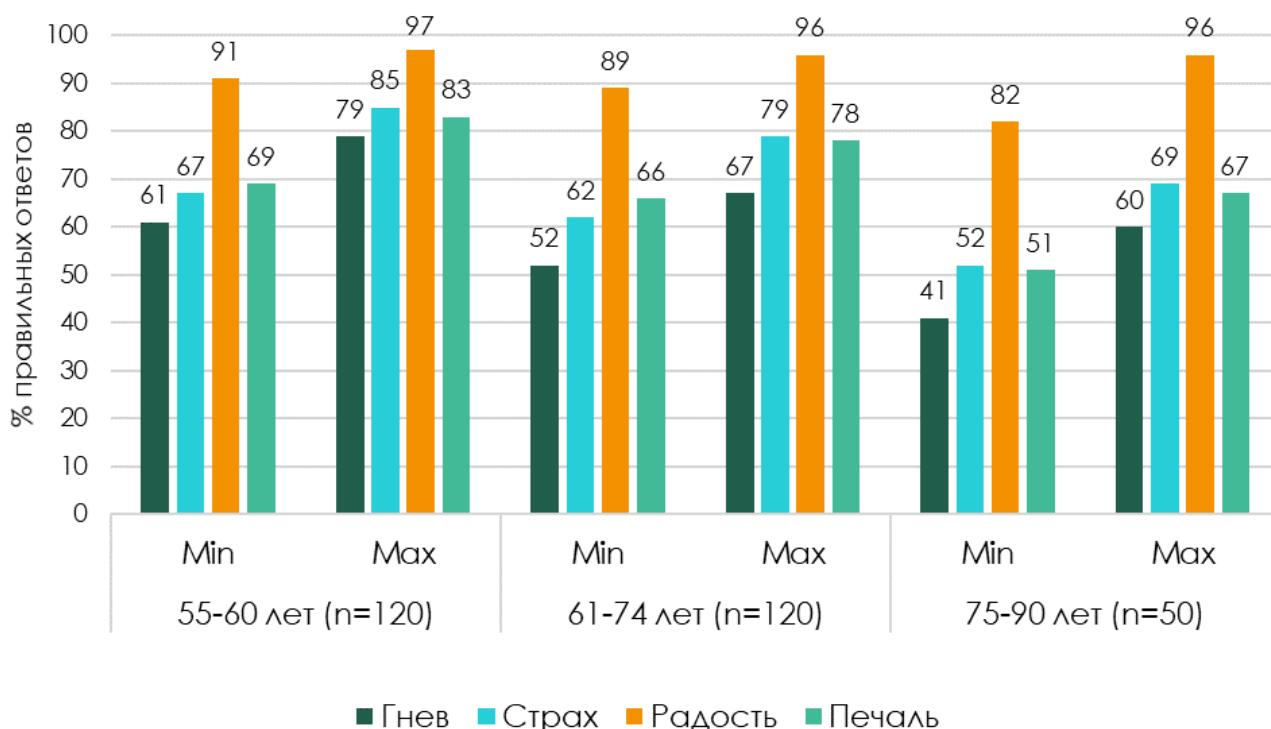


Рис. 4. Распознавание эмоций в зависимости от интенсивности лицевой экспрессии у респондентов трех возрастных групп

Примечание: Min – низкая интенсивность экспрессии мимики; Max – высокая интенсивность экспрессии мимики.

Феномен множественного когнитивного смещения (Multiple cognitive biases [10]). Наблюдалась эмоциональная гетерогенность и различные формы когнитивного смещения при распознавании эмоций по лицу, в частности, феномен положительного когнитивного смещения. Так, при идентификации отрицательных эмоций наблюдалось больше ошибок, чем при определении положительных эмоций (табл. 2). Эмоция радости была хорошо распознаваемой у респондентов 55–60 лет (8 правильных ответа из 8), 61–74 лет (7 из 8) и 75–90 лет (7 из 8). Это говорит о восприимчивости к положительным эмоциям и компенсационном потенциале этого феномена, позволяющего человеку «защищаться» от депрессии или тревоги посредством акцента на проявлениях положительных эмоций другими

людьми (рис. 5). Например, «мое общение стало выборочным, не люблю пустые разговоры и негатив» (женщина, 67 лет), «не интересно смотреть на злые лица других людей» (женщина, 56 лет).

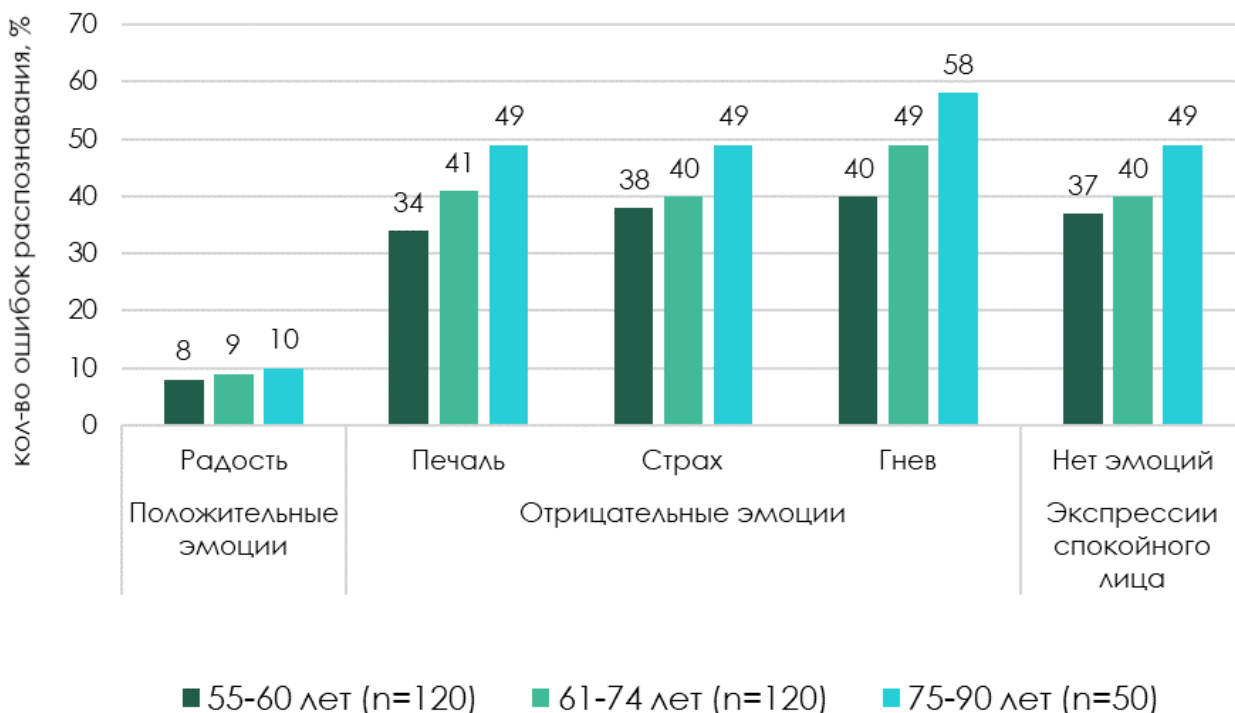


Рис. 5. Ошибки при распознавании эмоций по лицу (по Пенсильванскому субтесту распознавания эмоций по лицу) у респондентов трех возрастных групп

Наибольшие трудности наблюдались при распознавании отрицательных эмоций, что говорит о недостаточной чувствительности и избирательности к негативной эмоциональной информации. Однако из рис. 5 видна неоднородность при распознавании негативных эмоций. Так респонденты пожилого возраста (55–60 и 61–74 лет) лучше распознают страх и печаль, чем люди старческого возраста (75–90 лет). В целом в позднем возрасте труднее распознается гнев.

Также ответы респондентов обнаруживают феномен депрессивного смещения (depression biases [23]), или эффект эмоциональной конгруэнтности. У респондентов 55–60 лет (6 правильных ответа из 8) и 75–90 лет (5 ответов из 8) наблюдались трудности при определении эмоционально нейтральных лиц в форме аффективно заряженного отношения или социальной руминации [6], в частности, проявлявшихся в репликах респондентов: «а вдруг он что-то замышляет» (женщина, 67 лет); «если его кто-то обидел или оскорбил» (женщина, 55 лет); «он чувствует себя изолированным... у него в душе печаль» (женщина, 66 лет). Это говорит о наличии негативных когнитивных предубеждений [19] или о дефиците в определении нейтральных эмоциональных экспрессий [23], который наблюдается при изменениях в эмоциональном благополучии [7].

В большинстве случаев спокойному лицу людьми позднего возраста приписывалась отрицательная (депрессивная) валентность, т.е. эмоция печали, в меньшей степени злости (рис. 6), что может быть маркером эмоционально-дисфорической гиперактивности.

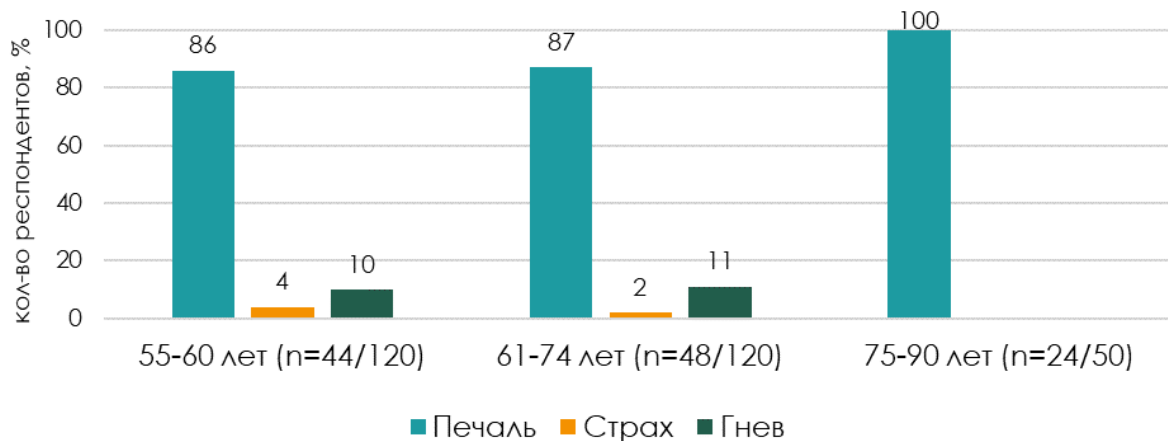


Рис. 6. Феномен атрибутивной проекции (по Пенсильванскому субтесту распознавания эмоций) при распознавании эмоционально нейтральных лиц у респондентов трех возрастных групп

Приписывание страха чаще наблюдалось в группах пожилого (55–60 и 61–74 лет), чем старческого возраста.

Также результаты обнаруживают феномен гендерного смещения (own-gender mindreading bias [29]), проявляющийся в том, что в пожилом возрасте женщины (55–60 лет и 61–74 лет) лучше распознают эмоции женских лиц, чем мужских. Также присутствует эффект другой расы (other race recognition effects [30]), т.е. более лучше распознаются эмоции у людей своей расы (европеоидной), чем других этнических групп.

Предикторы распознавания эмоций по лицу. Для определения предикторов распознавания эмоций по лицу мы предприняли регрессионный анализ социально-демографических, соматопсихических и психологических переменных методом пошагового включения. Общими предикторами распознавания эмоций по лицу в позднем возрасте оказались: отсутствие симптомов депрессии, субъективного чувства одиночества, наличие удовлетворенности качеством жизни и оценка своего субъективного возраста «моложе» хронологического (табл. 3).

Также были выделены возрастено-специфические предикторы. У респондентов 62–74 и 75–90 лет на распознавание эмоций по лицевой экспрессии влияют тяжесть полиморбидного статуса и изменения в когнитивном функционировании.

У респондентов пожилого и старческого возраста наблюдались трудности в дифференциации интенсивности тонких эмоциональных проявлений лицевой экспрессии радости и печали (табл. 4).

Таблица 3

Результаты регрессионного анализа связи соматопсихического статуса и распознавания простых эмоций (по Пенсильванскому субтесту распознавания эмоций) у респондентов трех возрастных групп

Зависимая переменная	Предикторы	Beta		
		55–60 лет	61–74 лет	75–90 лет
Общий индекс распознавания эмоций	Уровень образования	0,212*	0,210*	0,244*
	Семейное положение	0,247*	0,225*	-
	Рабочий статус	0,255*	0,265*	-
	Симптомы депрессии (GDS-30)	-0,318*	-0,385**	-0,393**
	Субъективное чувство одиночества (R-UCLA-LS)	-0,261*	-0,331*	-0,311*
	Удовлетворенность качеством жизни (WHOQOL-BREF)	0,310*	0,381**	0,373**
	Полиморбидный статус (CIRS-G)	-	-0,162*	-0,193*
	Когнитивное функционирование (MoCA)	-	-0,171*	-0,190*
	Субъективный возраст (Cognitive age-decade scale)	-0,227	-0,254	-0,232
Данные эмпирической модели зависимости				
N		120	120	50
R ²		0,537	0,522	0,631
Значимость модели (p)		0,001	0,001	0,001
Константа		16,781**	18,525**	16,549**

Примечание: * – предиктор значим на уровне $p < 0,05$, ** – предиктор значим на уровне $p < 0,01$.

У лиц старше 60 лет наблюдается увеличенное время реакции при выборе ответа, а также увеличение частоты ошибок в дифференциации интенсивности

негативных эмоций. Респонденты трех возрастных групп затрачивали большее время на определение «более печального лица», в отличие от определения «более радостного лица». В трех возрастных группах интенсивность эмоции радости дифференцируется лучше, чем интенсивность эмоции печали.

Таблица 4

Дифференциация интенсивности эмоций (по Пенсильванскому субтесту дифференциации эмоций) в трех возрастных группах респондентов

Показатели теста	55–60 лет (A)		61–74 лет (B)		75–90 (C)		Попарное сравнение
	n=120	n=120	n=120	n=120	n=50	n=50	
	M	SD	M	SD	M	SD	
Общий индекс дифференциации эмоций (40)	25,9	3,22	24,2	4,01	21,2	1,45	AB*, AC**, BC**
Дифференциация положительных эмоций							
Различение радости (число правильно определенных «более радостных» лиц) (19)	14,7	3,21	13,6	2,37	11,4	1,65	AB*, AC**, BC**
Время на определение «более радостного лица», мс	2763	412	3040	372	3363	539	AB*, AC**, BC**
Дифференциация отрицательных эмоций							
Различение печали (число правильно определенных «более печальных» лиц) (21)	12,3	2,26	11,4	2,3	9,2	1,93	AB*, AC**, BC**
Время на определение «более печального лица», мс	3651	614	3849	525	4338	531	AB*, AC**, BC**

Примечание: * – различия значимы на уровне $p < 0,05$, ** – на уровне $p < 0,01$ при попарном сравнении групп (A, B и C) с помощью критерия Краскела–Уоллиса. В столбце «Показатели теста» в скобках указан максимальный балл по компоненту субтеста.

Предикторы дифференциации эмоций по лицу. В трех возрастных группах наблюдались общие социо-демографические (уровень образования) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни, субъективный возраст) факторы, влияющие на дифференциацию интенсивности эмоций по лицу (табл. 5).

Таблица 5

Результаты регрессионного анализа связи гериатрического статуса и дифференциации интенсивности эмоций (по Пенсильванскому субтесту дифференциации эмоций по лицу) у респондентов трех возрастных групп

Зависимая переменная	Предикторы	Beta		
		55–60 лет	61–74 лет	75–90 лет
Общий индекс дифференциации эмоций	Уровень образования	0,229*	0,232*	0,210*
	Семейное положение	0,240*	0,225*	-
	Рабочий статус	0,247*	0,230*	-
	Симптомы депрессии (GDS-30)	-0,320*	-0,421**	-0,463**
	Субъективное чувство одиночества (R-UCLA-LS)	-0,311*	-0,353**	-0,349**
	Удовлетворенность качеством жизни (WHOQOL-BREF)	0,329*	0,376**	0,394**
	Полиморбидный статус (CIRS-G)	-	-0,157*	-0,190*
	Когнитивное функционирование (MoCA)	-	-0,130*	-0,144*
	Субъективный возраст (Cognitive age-decade scale)	-0,259*	-0,251*	-0,232*
Данные эмпирической модели зависимости				
N		120	120	50
R ²		0,519	0,611	0,623
Значимость модели (p)		0,001	0,001	0,001
Константа		16,781**	18,721**	17,826**

Примечание: * – предиктор значим на уровне $p < 0,05$, ** – предиктор значим на уровне $p < 0,01$.

В пожилом возрасте (55–60 и 61–74 лет) изменения в семейном и рабочем статусах вносят вклад в дифференциацию эмоций по лицу. Если у респондентов 55–60 лет дифференциацию эмоций определяют 5 факторов, то в группах людей 61–74 и 75–90 лет их количество возрастает до 7 за счет медицинского (полиморбидность) и психологического (когнитивное функционирование) факторов.

Обсуждение результатов

В исследовании было показано, что адекватность оценок эмоций лица в пожилом и старческом возрасте неоднородна и зависит от модальности эмоций и их интенсивности, что согласуется с рядом исследований в области социо-эмоциональной селективности восприятия и его парциальных изменений в форме возрастнo-специфичного и социо-когнитивного дефицита [14; 28; 30; 33].

На основе проведенного исследования нами были выделены следующие симптомы эмоционально-специфических изменений при распознавании и дифференциаций эмоций по лицу в позднем возрасте (рис. 7).



Рис. 7. Симптомы эмоционально-специфических изменений при распознавании и дифференциаций эмоций по лицу в позднем возрасте

Также результаты исследования показали, что людям 61–74 и 75–90 лет, в отличие от людей 55–60 лет, требуется больше времени для распознавания эмоций. Это происходит из-за изменений в когнитивном контроле во время кодирования эмоций, необходимом для приоритизации эмоциональных стимулов при их обработке [27]. Наличие этих изменений указывает на ранние признаки эмоционального неблагополучия, негативную ремиссию перенесенной депрессии [10]. В позднем возрасте неправильное восприятие интенсивности тонких эмоциональных выражений базовых эмоций (радость, печаль) играет ключевую роль в межличностных процессах, развитии и поддержании депрессии, тревоги [24; 25; 30].

Результаты показывают, что высокая интенсивность эмоций на лице другого человека способствует лучшему их распознаванию. Это согласуется с исследованиями П. Широма и П. Тарас, которые показали, что в позднем возрасте требуется более высокий порог интенсивности эмоций для более точного их распознавания [30]. Напомним, что у респондентов трех возрастных групп наблюдались симптомы субдепрессии. Как было показано С. Лангенекером, трудности распознавания эмоций при их низкой интенсивности являются устойчивой формой когнитивной уязвимости, характерной для людей с симптомами субдепрессии и депрессии [22].

Нам также удалось обнаружить, что в позднем возрасте наблюдается феномен положительного перцептивного смещения, т.е. трудности при распознавании отрицательных эмоций. Наши результаты согласуются с данными Б. Найт и соавторов [19]. Наличие в позднем возрасте феномена эмоционального положительного сдвига мы рассматриваем как компенсаторный механизм, форму стрессовой регрессии, которая проявляется социо-эмоциональной селективностью, направленной на обеспечение защиты от угрозы. В позднем возрасте избегание негативных эмоций связано с оценкой их объектов как несущих опасность и неопределенность. Отметим, что у респондентов трех возрастных групп единично отмечались трудности в распознавании радости, что можно рассматривать как индикатор негативного перцептивного смещения, который может указывать на повышенные риски развития большого эпизода депрессии [5; 6; 11; 21–24; 30]. Распознавание радости не только включает в себя ощущение физического удовольствия, но и достижение, позитивную Я-концепцию. Распознавание радости адаптивно и важно для укрепления социальных и семейных связей, а также для усиления мотивации [31].

Мы показали, что респонденты пожилого возраста (55–60 и 61–74 лет) лучше распознают эмоции страха и печали, чем люди старческого возраста (75–90 лет). Труднее в позднем возрасте распознается гнев, что согласуется с рядом метааналитических исследований [12; 14]. Сниженная точность распознавания гнева предсказывает изменения в эмоциональном благополучии, а также связана с рецидивом депрессии [10]. Следует также отметить, что чувствительность к восприятию печали и страха в позднем возрасте можно рассматривать как один из когнитивных симптомов большого эпизода депрессии [24; 25]. Печаль и гнев часто являются самыми избегаемыми эмоциями в позднем возрасте. Эмоция гнева – это

отсутствие безопасности, барьер на пути удовлетворения потребностей. Гнев частично связан с риском потери контроля. Изменения в распознавании гнева предсказывают агрессию, оскорбление или неприятие, стремление защититься от других людей [10; 12; 14; 25; 27]. Печаль – утрата и желание возвратиться к тому, кто обеспечивал заботу [31]. Распознавание печали является индикатором определения способности сострадать другому человеку. В то же время печаль – это сдержанная форма горя или страдания [30]. Стоит также учитывать, что в отличие от радости и печали, страх и гнев более сложные для распознавания эмоции, требующие более развернутого представления о психическом состоянии другого человека. Согласно П. Фонаги социо-эмоциональная селективность при распознавании печали и гнева может быть связана с прошлым опытом эмоциональных отношений, а также с межличностным стрессом, изменениями в психологической безопасности пожилого человека [2].

Нами были выявлены гендерные перцептивные феномены: люди пожилого возраста лучше распознают женские лица, чем мужские. В целом полученные данные согласуются с компенсаторным феноменом гендерного смещения при распознавании экспрессий лица [29]. Также следует учитывать теорию социо-эмоциональных стилей С. Барона-Козна, согласно которой женщины, в отличие от мужчин, чаще склонны к более эмпатизирующему стилю обработки эмоциональной информации [4]. При анализе полученных результатов в трех возрастных группах можно отметить, что распознавание эмоций начинает снижаться с 60–65 лет, а наиболее интенсивно снижается после 75 лет, что согласуется с данными Л. Чаби и П. Нарме, в которых показано, что незначительные изменения в распознавании эмоций по лицам людей начинают происходить с 50–60 лет, становятся более частыми к 70–75 годам и связаны с различными биопсихосоциальными факторами старения [8]. Мы видим, что в позднем возрасте наблюдается преобладание положительного когнитивного смещения, что согласуется с гипотезой комбинированного когнитивного смещения (combined cognitive bias hypothesis) С.Р. Хирча [17]. Когнитивные формы смещения в позднем возрасте не действуют изолированно, а могут влиять и дополнять друг друга. Комбинации смещений оказывают более серьезное влияние на удовлетворенность качеством жизни пожилого человека.

При распознавании экспрессии спокойного лица у респондентов трех возрастных групп наблюдались ошибки в форме приписывания негативных эмоций другим, что говорит о наличии атрибутивной проекции или депрессивно-ассоциированном когнитивном дефиците (depression-related deficits) [23]. Это когнитивное смещение часто рассматривают как нейрокогнитивный индикатор изменений в лимбической, паралимбической и префронтальных областях [22]. Напомним, что у большинства респондентов пожилого и старческого возраста наблюдаются симптомы субдепрессии, при которой может наблюдаться депрессивный реализм или гиперментализация, когда нейтральным эмоциональным стимулам приписывается отрицательная эмоциональная валентность. Наши данные согласуются с зарубежными в том, что уже при субдепрессии наблюдаются изменения в распознавании эмоций в форме отрицательного когнитивного смещения [6], что увеличивает уровень стресса

и прогнозирует увеличение дисфории, создает уязвимость для большого эпизода депрессии [31]. В нашем исследовании респонденты в большинстве случаев спокойному лицу приписывали эмоцию печали, в меньшей степени – злость и страх. Приписывание людьми позднего возраста нейтральному лицу более насыщенных, актуальных эмоциональных переживаний следует рассматривать как подтверждение гипотезы конгруэнтности настроения [30]. Можно предположить, что приписывание нейтральному лицу в позднем возрасте негативных эмоций является проективной идентификацией и служит защитным механизмом. Чувства, мысли, которые не могут быть сознательно доступны, проецируются на другого человека. В основе этого феномена может лежать «погоня за травматическими призраками» (по Э. Бейтману, П. Фонаги [2]), напоминание о травматической ситуации, пробуждение актуальных переживаний человека позднего возраста. Эмоционально нейтральное лицо для пожилого человека с субдепрессией может выступать как проекцией обидчика, так и фигурой привязанности [2; 12; 22; 26]. Опираясь на теорию когнитивных предубеждений А. Бека [24] и интегративную модель возникновения депрессии П. Лаутена и П. Фонаги [26], можно предположить, что изменения в когнитивно-аффективных схемах в позднем возрасте в форме приписывания печали нейтральному лицу связаны со стратегией гиперактивации привязанности, т.е. попытками найти безопасность. Процесс восприятия печали может быть защитным фактором при столкновении с негативной информацией. Склонность приписывать *печаль* нейтральной экспрессии следует рассматривать как индикатор эмоционального неблагополучия [10].

Приписывание злости нейтральному лицу, возможно, связано с дезактивацией привязанности, отрицанием потребности в привязанности, убеждением в собственной автономности и независимости, в попытке снизить уровень стресса. Убеждение, что другие не могут обеспечивать поддержку и комфорт, соотносится с избеганием и пренебрежением как стилями привязанности [10]. Приписывание печали и злости нейтральным лицам перекликается с исследованием У. Канзманн [21], показавшем, что печаль символизирует оценку ситуации старения как потери, осознание конечности жизни и недостижимости целей. Приписывание злости следует оценивать как индикатор гипербдительности, переоценку угрожающей ситуации [31].

Согласно интегративной модели возникновения депрессии П. Лаутена и П. Фонаги, наличие атрибутивной проекции в позднем возрасте говорит о сбое или искажениях в когнитивно-аффективных схемах «Я» и «Другие» и указывает на синдром дефицита вознаграждения (reward deficiency syndrome [26]), который сопровождается изменениями в социокультурных ожиданиях, в автономии и чувстве субъектности, переживанием отсутствия безопасного процесса привязанности, ощущением социальной потери и отторжения. Этот синдром сопровождается гиперактивностью гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, что способствует изменению в активности префронтальной области мозга и приводит к гиперментализации, направленной на защиту себя от зловредных намерений других людей [2]. Л.М. Леппанен описал феномен депрессивного смещения, когда люди, находящиеся в группе риска развития большого эпизода депрессии или имеющие ремиссию симптомов, не воспринимают нейтральные лица

как однозначные сигналы эмоциональной нейтральности. Нейтральным лицам часто приписывается печаль [23].

Выделенные нами предикторы свидетельствуют о том, что чем «моложе» чувствует себя пожилой или старый человек, тем более точными являются процессы распознавания эмоций страха и печали и дифференциации эмоций по лицам. Субъективный возраст как психологический ресурс, который позволяет гибко справляться с вызовами, неудачами и потерями в жизни, вносит вклад в распознавание и дифференциацию эмоций.

Уровень образования и психосоциальные ресурсы (рабочий и семейный статус) также вносят вклад в распознавание и дифференциацию эмоций. Согласно гипотезе «окон возможностей» (window of opportunity hypothesis, D. Kuh) [цит. по 11], теории социальной нервной системы (social nervous system) С. Поргеса [цит. по 12] и теории социальных резервов Р. Флисса [цит. по 33], эти факторы можно отнести к защитным. Эти теории исходят из того, что наличие высокого уровня образования, положительной социальной поддержки и социальной активности способствует повышению нейротрофической активности и формированию компенсаторных механизмов старения мозга [18]. Нами было показано, что на распознавание эмоций в пожилом и старческом возрасте воздействует статус полиморбидности, что подтверждается рядом исследований, показывающих, что наличие изменений со стороны сердечно-сосудистой системы отрицательно влияют на мозговую организацию и приводят к изменениям в функционировании когнитивных процессов. Эти изменения сопряжены с распознаванием эмоций. В нашем исследовании состояние когнитивных ресурсов у людей 61–74 и 75–90 лет вносит вклад в распознавание и дифференциацию интенсивности эмоций, что согласуется с нейропсихологическими данными, показывающими, что с возрастом происходят изменения в церебральных механизмах «социального мозга» [8], приводящие к изменениям в когнитивных ресурсах. Такие защитные факторы благоприятного нейрокогнитивного старения, как сохраненный функциональный статус и наличие социальной активности, поддерживают способность распознавать эмоции [8; 12–14].

Нами показано, что успешность распознавания эмоций в пожилом и старческом возрасте взаимосвязана с низкой степенью выраженности симптомов депрессии и субъективного чувства одиночества, что согласуется с рядом отечественных [1] и зарубежных [22; 23; 25; 28; 30] данных. При наличии депрессии позднего возраста люди становятся менее открытыми для нового, они затрачивают меньше времени на анализ собственных и чужих чувств, в результате этого у них снижается потребность распознавать эмоции других людей. Этот феномен можно назвать психологической социальной защитой, или социальной ангедонией.

Нами показано, что в распознавание эмоций в пожилом и старческом возрасте вносит вклад удовлетворенность качеством жизни, физическим, психологическим здоровьем и социальными отношениями: чем выше удовлетворенность ими, тем точнее распознаются эмоции, что говорит о взаимосвязи способности понимать эмоции и субъективного благополучия [5; 26; 27; 33]. В зависимости от удовлетворенности социальными отношениями (компонента качества жизни)

меняется частота социальных взаимодействий, которая влияет на мотивацию пожилого человека понимать психическое состояние другого [20].

Выделенные симптомы и факторы социо-когнитивных изменений в распознавании и дифференциации эмоций по лицу могут выступать психотерапевтическими мишенями в рамках терапии модификации когнитивного смещения (cognitive bias modification therapy [25; 28]). Это способствует минимизации рисков развития генерализованного тревожного расстройства и депрессии позднего возраста, а также их рецидива.

Выводы

По сравнению с людьми 55–60 лет у людей 61–74 и 75–90 лет наблюдаются симптомы возрастного-специфичного социо-когнитивного дефицита при распознавании эмоций: изменения во времени отклика на эмоциональный стимул в сторону замедления; трудности тонкой дифференциации эмоций радости и печали; влияние высокой эмоциональной интенсивности для более точного определения эмоций; когнитивное смещение во внимании и интерпретации социо-эмоциональной информации.

В позднем возрасте наблюдается преобладание положительного когнитивного смещения (эмоционально положительный эгоцентрический сдвиг) при распознавании эмоций по лицу. В целом не обнаружено ошибок при распознавании радости, однако наблюдается неоднородность при распознавании негативных эмоций. Люди пожилого возраста (55–60 и 61–74 лет) лучше распознают эмоции страха и печали, чем люди 75–90 лет. Труднее в позднем возрасте распознается гнев, что говорит о наличии комбинированного когнитивного смещения при распознавании эмоций по лицу.

В пожилом и старческом возрасте наблюдается дефицит в определении нейтральных эмоциональных экспрессий, который сопровождается феноменом депрессивного смещения или эффектом эмоциональной конгруэнтности. Спокойному лицу приписывалась печаль, в меньшей степени – злость, что говорит об эмоционально-дисфорической гиперментализации. Приписывание страха чаще наблюдалось в группах людей пожилого возраста (55–60 и 61–74 лет) по сравнению с группой людей старческого возраста.

При распознавании эмоций по лицу в пожилом и старческом возрасте наблюдаются феномен гендерного смещения, т.е. женщины (55–60 лет и 61–74 лет) лучше распознают эмоции женских, чем мужских лиц, а также эффект другой расы: лучше распознаются эмоции людей своей расы (европеоидной), чем других этнических групп.

Выделены общие предикторы распознавания и дифференциации эмоций по лицу в позднем возрасте: уровень образования, симптомы депрессии, субъективное чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни, оценка субъективного возраста. Представлены возрастено-специфические предикторы: полиморбидность,

когнитивное функционирование, рабочий и семейный статус, влияющие на распознавание эмоций в пожилом и старческом возрасте.

Литература

1. Балашова М.В., Плужников И.В., Рупчев Г.Е. Особенности переработки эмоциональной информации у больных с депрессивными расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118. № 8. С. 11–17. doi:10.17116/jnevro201811808111
2. Бейтман Э., Фонаги П. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию. Практическое пособие. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2014. 248 с.
3. Хоменко Н.В. Распознавание эмоций и память на лица у пациентов с шизофренией // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2012. Т. 2. № 4. С. 46–55.
4. Baron-Cohen S. Empathizing, systemizing, and the extreme male brain theory of autism // Progress in Brain Research. 2010. Vol. 186. № 1. P. 167–175. doi: 10.1016/B978-0-444-53630-3.00011-7.
5. Beevers C.G., Mullarkey M.C., Dainer-Best J. Association between negative cognitive bias and depression: A symptom-level approach // Journal of Abnormal Psychology. 2019. Vol. 128. № 3. P. 212–227. doi: 10.1037/abn0000405.
6. Billeke P., Boardman D. Social cognition in major depressive disorder: a new paradigm? // Translational Neuroscience. 2013. Vol. 11. № 4. P. 437–440. doi: 10.2478/s13380-013-0147-9
7. Bomfim A.J., Ribeiro R.A., Chagas M.H. Recognition of dynamic and static facial expressions of emotion among older adults with major depression // Trends in Psychiatry and Psychotherapy. 2019. Vol. 7. № 1. P. 22–37 doi: 10.1590/2237-6089-2018-0054.
8. Chaby L., Narme P. Processing facial identity and emotional expression in normal aging and neurodegenerative diseases // Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement. 2009. Vol. 7. № 1. P. 31–42. doi: 10.1684/pnv.2008.0154.
9. Cotter J., Granger K., Backx R., et al. Social cognitive dysfunction as a clinical marker: A systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2018. Vol. 84. № 6. P. 92–99. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.11.014
10. Ferreira G., Sanches R., de Souza Crippa J., et al. Borderline personality disorder and bias in the recognition of facial expressions of emotion: a pathway to understand the psychopathology // Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo). 2018. Vol. 45. № 1. P. 7–11. doi: 10.1590/0101-60830000000146.

11. *Fieker M., Moritz S., Köther U.* Emotion recognition in depression: An investigation of performance and response confidence in adult female patients with depression // *Psychiatry Research*. 2016. Vol. 30. № 242. P. 226–232. doi: 10.1016/j.psychres.2016.05.037.
12. *Fölster M., Hess U., Werheid K.* Facial age affects emotional expression decoding // *Psychiatry Research*. 2014. Vol. 5. № 30. P. 1–13. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00030
13. *Fortier J., Besnard J., Allain P.* Theory of mind, empathy and emotion perception in cortical and subcortical neurodegenerative diseases // *Revue Neurologique*. 2018. Vol. 174. № 4. P. 237–246. doi: 10.1016/j.neurol.2017.07.013
14. *Gonçalves A.R., Fernandes C., Pasion R.* Effects of age on the identification of emotions in facial expressions: a meta-analysis // *Journal of Life and Environmental Science*. 2018. Vol. 11. № 6. P. 1–19. doi: 10.7717/peerj.5278
15. *Gur R.C., Hagendoorn S.M.* A method for obtaining 3-dimensional facial expressions and its standardization for use in neurocognitive studies // *Journal of Neuroscience Methods*. 2002. Vol. 115. № 7. P. 137–143. doi: 10.1016/S0165-0270(02)00006-7
16. *Hass N.C., Schneider E.J., Lim S.L.* Emotional expressions of old faces are perceived as more positive and less negative than young faces in young adults // *Frontiers in Psychology*. 2015. Vol. 2. № 6. P. 1276–1280. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01276
17. *Hirsch C.R., Clark D.M., Mathews A.* Imagery and interpretations in social phobia: Support for the combined cognitive biases hypothesis // *Behavior Therapy*. 2006. Vol. 37. № 3. P. 223–236. doi: 10.1016/j.beth.2006.02.001
18. *Kalenzaga S., Lamidey V., Ergis A.M.* The positivity bias in aging: Motivation or degradation? // *Emotion*. 2016. Vol. 16. № 5. P. 602–610. doi: 10.1037/emo0000170
19. *Knight B.G., Durbin K.* Aging and the effects of emotion on cognition: Implications for psychological interventions for depression and anxiety // *PsyCh Journal*. 2015. Vol. 4. № 1. P. 11–19. doi: 10.1002/pchj.84.
20. *Kramer U., Ortega D., Ambresin G.* The role of cognitive biases in short-term psychodynamic psychotherapy // *Psychology and Psychotherapy Theory, Research and Practice*. 2018. Vol. 91. № 2. P. 143–156. doi: 10.1111/papt.12152.
21. *Kunzmann U., Kappes C., Wrosch C.* Emotional aging: a discrete emotions perspective // *Frontiers in Psychology*. 2014. № 5. P. 1–19. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00380
22. *Langenecker S.A., Bieliauskas L.A., Rapport L.J.* Face emotion perception and executive functioning deficits in depression // *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2005. Vol. 27. № 3. P. 320–333.
23. *Leppänen J.M., Milders M., Bell J.S.* Depression biases the recognition of emotionally neutral faces // *Psychiatry Research*. 2004. Vol. 128. P. 123–133. Doi: 10.1016/j.psychres.2004.05.020

24. *Liu W.H., Huang J., Wang L.Z.* Facial perception bias in patients with major depression // *Psychiatry Research*. 2012. Vol. 197. P. 217–220. doi: 10.1016/j.psychres.2011.09.021
25. *Liu H., Li X., Han B.* Effects of cognitive bias modification on social anxiety: A meta-analysis // *PloS one*. 2017. Vol. 12. № 4. P. 1–18. doi:10.1371/journal.pone.0175107
26. *Luyten P., Fonagy P.* The stress-reward-mentalizing model of depression: An integrative developmental cascade approach to child and adolescent depressive disorder based on the research domain criteria approach // *Clinical Psychology Review*. 2017. Vol. 3. № 15. P. 87–98. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.008
27. *Mather M., Carstensen L.L.* Aging and attentional biases for emotional faces // *Psychological Science*. 2003. Vol. 14. № 5. P. 409–415. doi.org/10.1111/1467-9280.01455
28. *Mohlman J., Price R.B., Vietri J.* Attentional bias in older adults: effects of generalized anxiety disorder and cognitive behavior therapy // *Journal of Anxiety Disorders*. 2013. Vol. 27. № 6. P. 585–591. doi:10.1016/j.janxdis.2013.06.005
29. *Palmer M.A., Brewer N., Horry R.* Understanding gender bias in face recognition: effects of divided attention at encoding // *Acta Psychologica*. 2013. Vol. 142. № 3. P. 362–369. doi: 10.1016/j.actpsy.2013.01.009
30. *Shiroma P.R., Thuras P., Johns B., et al.* Facial recognition of happiness among older adults with active and remitted major depression // *Psychiatry Research*. 2016. Vol. 30. № 243. P. 287–291. doi: 10.1016/j.psychres.2016.06.020.
31. *Smith E.M., Reynolds S., Orchard F.* Cognitive biases predict symptoms of depression, anxiety and wellbeing above and beyond neuroticism in adolescence // *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 12. № 1. P. 446–453. doi: 10.1016/j.jad.2018.08.051.
32. *Uncapher H.* Cognitive Biases and Suicidal Ideation in Elderly Psychiatric Inpatients // *Journal of Death and Dying*. 2001. Vol. 42. № 1. P. 21–36. doi: 10.2190/6UU8-HK8E-HL0V-Q4CU
33. *Wellman H.M.* Theory of mind across the lifespan? // *Zeitschrift für Psychologie*. 2018. Vol. 226. № 2. P. 136–138. doi: 0.1027/2151-2604/a000330.

Specificity of Cognitive Bias in Recognition of Emotions in the Face in Old Age

Melehin A.I.,

Clinical psychologist of the highest category, Rehabilitation Clinic in Khamovniki District, Medical center "Laguna Med", Moscow, Russia, clinmelehin@yandex.ru

Sergienko E.A.

Doctor in psychology, Professor, leading researcher, Institute of psychology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, elenas13@mail.ru

The article shows that in comparison with people aged 55-60 years in the groups of 61-74 and 75-90 years there are symptoms of age-specific socio-cognitive deficits in the recognition of emotions: changes in response time to emotional stimulus in the direction of slowdown; difficulties in fine differentiation of emotions of joy and sadness; the effect of high emotional intensity for a more accurate definition of emotions; cognitive shift in attention and interpretation of socio-emotional information. At a later age, there is a combined cognitive bias in the recognition of emotions in the face. More dominated by a positive shift. Unlike people 75-90 years in groups 55-60 and 61-74 years better recognize emotions of fear and sadness, than 75-90 years. It is more difficult to recognize anger at a later age. The lack of definition of neutral emotional expressions, which is accompanied by the phenomenon of depressive displacement, is described. General and age-specific predictors of recognition and differentiation of emotions in the face at a later age are identified.

Keywords: recognition of emotions, differentiation of emotions, emotions, cognitive bias, elderly.

References

1. Balashova M.V, Pluzhnikov I.V, Rupchev G.E. Osobennosti pererabotki emotsionalnoy informatsii u bolnykh s depressivnymi rasstroystvami [Features of processing emotional information in patients with depressive disorders]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry. Korsakov], 2018, vol. 118, no. 8, pp. 11–17. doi:10.17116/jnevro201811808111 (In Russ.).

2. Beytman E, Fonagi P. Lecheniye pogranichnogo rasstroystva lichnosti s oporoy na mentalizatsiyu. Prakticheskoye posobiye [Treatment of borderline personality disorder based on mentalization. Practical guide]. Moscow: Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy, 2014, 248 p. (In Russ.).
3. Khomenko N.V. Raspoznavaniye emotsiy i pamyat na litsa u patsiyentov s shizofreniyey [Recognition of emotions and facial memory in patients with schizophrenia]. *Psikhiatriya. psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya [Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology]*, 2012, no. 4, pp. 46–55. (In Russ.).
4. Baron-Cohen S. Empathizing, systemizing, and the extreme male brain theory of autism. *Progress in Brain Research*, 2010, vol. 186, no. 1, pp. 167–175. doi: 10.1016/B978-0-444-53630-3.00011-7.
5. Beevers C.G., Mullarkey M.C., Dainer-Best J. Association between negative cognitive bias and depression: A symptom-level approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 2019, vol. 128, no. 3, pp. 212–227. doi: 10.1037/abn0000405.
6. Billeke P., Boardman D. Social cognition in major depressive disorder: a new paradigm? *Translational Neuroscience*, 2013, vol. 11, no. 4, pp. 437–440. doi: 10.2478/s13380-013-0147-9
7. Bomfim A.J., Ribeiro R.A., Chagas M.H. Recognition of dynamic and static facial expressions of emotion among older adults with major depression. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 2019, vol. 7, no. 1, pp. 22–37 doi: 10.1590/2237-6089-2018-0054.
8. Chaby L., Narme P. Processing facial identity and emotional expression in normal aging and neurodegenerative diseases. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 2009, vol. 7, no. 1, pp. 31–42. doi: 10.1684/pnv.2008.0154.
9. Cotter J., Granger K., Backx R., et al. Social cognitive dysfunction as a clinical marker: A systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2018, vol. 84, no. 6, pp. 92–99. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.11.014
10. Ferreira G., Sanches R., de Souza Crippa J., et al. Borderline personality disorder and bias in the recognition of facial expressions of emotion: a pathway to understand the psychopathology. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 2018, vol. 45, no. 1, pp. 7–11. doi: 10.1590/0101-60830000000146.
11. Fieker M., Moritz S., Köther U. Emotion recognition in depression: An investigation of performance and response confidence in adult female patients with depression. *Psychiatry Research*, 2016, vol. 30, no. 242, pp. 226–232. doi: 10.1016/j.psychres.2016.05.037.
12. Fölster M., Hess U., Werheid K. Facial age affects emotional expression decoding. *Psychiatry Research*, 2014, vol. 5, no. 30, pp. 1–13. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00030

13. Fortier J., Besnard J., Allain P. Theory of mind, empathy and emotion perception in cortical and subcortical neurodegenerative diseases. *Revue Neurologique*, 2018, vol. 174, no. 4, pp. 237–246. doi: 10.1016/j.neurol.2017.07.013
14. Gonçalves A.R., Fernandes C., Pasion R. Effects of age on the identification of emotions in facial expressions: a meta-analysis. *Journal of Life and Environmental Science*, 2018, vol. 11, no. 6, pp. 1–19. doi: 10.7717/peerj.5278
15. Gur R.C., Hagendoorn S.M. A method for obtaining 3-dimensional facial expressions and its standardization for use in neurocognitive studies. *Journal of Neuroscience Methods*, 2002, vol. 115, no. 7, pp. 137–143. doi: 10.1016/S0165-0270(02)00006-7
16. Hass N.C., Schneider E.J., Lim S.L. Emotional expressions of old faces are perceived as more positive and less negative than young faces in young adults. *Frontiers in Psychology*, 2015, vol. 2, no. 6, pp. 1276–1280. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01276
17. Hirsch C.R., Clark D.M., Mathews A. Imagery and interpretations in social phobia: Support for the combined cognitive biases hypothesis. *Behavior Therapy*, 2006, vol. 37, no. 3, pp. 223–236. doi: 10.1016/j.beth.2006.02.001
18. Kalenzaga S., Lamidey V., Ergis A.M. The positivity bias in aging: Motivation or degradation? *Emotion*, 2016, vol. 16, no. 5, pp. 602–610. doi: 10.1037/emo0000170.
19. Knight B.G., Durbin K. Aging and the effects of emotion on cognition: Implications for psychological interventions for depression and anxiety. *PsyCh Journal*, 2015, vol. 4, no. 1, pp. 11–19. doi: 10.1002/pchj.84.
20. Kramer U., Ortega D., Ambresin G. The role of cognitive biases in short-term psychodynamic psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy Theory, Research and Practice*, 2018, vol. 91, no. 2, pp. 143–156. doi: 10.1111/papt.12152.
21. Kunzmann U., Kappes C., Wrosch C. Emotional aging: a discrete emotions perspective. *Frontiers in Psychology*, 2014, no. 5, pp. 1–19. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00380
22. Langenecker S.A., Bieliauskas L.A., Rapport L.J. Face emotion perception and executive functioning deficits in depression. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 2005, vol. 27, no. 3, pp. 320–333.
23. Leppänen J.M., Milders M., Bell J.S. Depression biases the recognition of emotionally neutral faces. *Psychiatry Research*, 2004, vol. 128, pp. 123–133. Doi: 10.1016/j.psychres.2004.05.020
24. Liu W.H., Huang J., Wang L.Z. Facial perception bias in patients with major depression. *Psychiatry Research*, 2012, vol. 197, pp. 217–220. doi: 10.1016/j.psychres.2011.09.021
25. Liu H., Li X., Han B. Effects of cognitive bias modification on social anxiety: A meta-analysis. *PloS one*, 2017, vol. 12, no. 4, pp. 1–18. doi:10.1371/journal.pone.0175107

26. Luyten P., Fonagy P. The stress-reward-mentalizing model of depression: An integrative developmental cascade approach to child and adolescent depressive disorder based on the research domain criteria approach. *Clinical Psychology Review*, 2017, vol. 3, no. 15, pp. 87–98. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.008
27. Mather M., Carstensen L.L. Aging and attentional biases for emotional faces. *Psychological Science*, 2003, vol. 14, no. 5, pp. 409–415. doi.org/10.1111/1467-9280.01455
28. Mohlman J., Price R.B., Vietri J. Attentional bias in older adults: effects of generalized anxiety disorder and cognitive behavior therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 2013, vol. 27, no. 6, pp. 585–591. doi:10.1016/j.janxdis.2013.06.005
29. Palmer M.A., Brewer N., Horry R. Understanding gender bias in face recognition: effects of divided attention at encoding. *Acta Psychologica*, 2013, vol. 142, no. 3, pp. 362–369. doi: 10.1016/j.actpsy.2013.01.009
30. Shiroma P.R., Thuras P., Johns B., et al. Facial recognition of happiness among older adults with active and remitted major depression. *Psychiatry Research*, 2016, vol. 30, no. 243, pp. 287–291. doi: 10.1016/j.psychres.2016.06.020.
31. Smith E.M., Reynolds S., Orchard F. Cognitive biases predict symptoms of depression, anxiety and wellbeing above and beyond neuroticism in adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 2018, vol. 12, no. 1, pp. 446–453. doi: 10.1016/j.jad.2018.08.051.
32. Uncapher H. Cognitive Biases and Suicidal Ideation in Elderly Psychiatric Inpatients. *Journal of Death and Dying*, 2001, vol. 42, no. 1, pp. 21–36. doi: 10.2190/6UU8-HK8E-HL0V-Q4CU
33. Wellman H.M. Theory of mind across the lifespan?. *Zeitschrift für Psychologie*, 2018, vol. 226, no. 2, pp. 136–138. doi: 0.1027/2151-2604/a000330.

Диспозиционные стили в авторских сказках подростков с онкологическими и ревматическими заболеваниями

Одинцова М.А.,

кандидат психологических наук, доцент, профессор кафедры психологии и педагогики дистанционного обучения, факультет дистанционного обучения, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Россия, mari505@mail.ru

Радчикова Н.П.,

кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры общей психологии и педагогики, психолого-социальный факультет, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова), Москва, Россия, nataly.radchikova@gmail.com

Саркисян А.О.,

магистрант, факультет дистанционного обучения, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Россия, anait1@yandex.ru

Куляцкая М.Г.,

психолог, факультет дистанционного обучения, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Россия, 9262223441@mail.ru

В статье рассматриваются результаты исследования особенностей диспозиционных стилей, отражающихся в содержании авторских сказок подростков с онкологическими (n=40) и ревматическими (n=50) заболеваниями. Все подростки находились на длительном лечении в медицинских организациях города Москвы и были учащимися ГКОУ «Школа «Технологии обучения»». Диспозиционный стиль поведения (в том числе жизнестойкий/виктимный) рассматривается как совокупность установок, сформированных в результате взаимодействия со средой и побуждающих к определенным поведенческим реакциям, действиям и поступкам, в которых отражается «почерк поведения». Обнаружено, что в условиях онкологического и ревматического инвалидизирующих заболеваний, создающих общую дефицитарную социальную ситуацию развития, подросткам характерны

разные диспозиционные стили поведения, в каждом из которых заложен ресурс для компенсации. Для подростков с жизнестойким диспозиционным стилем компенсаторными ресурсами являются установки на вовлеченность, контроль и принятие риска. Для подростков с виктимным диспозиционным стилем компенсаторным ресурсом становится авторская сказка, в которой они выражают свои чувства и размышляют над проблемой обретения смысла. Для подростков с неустойчивым стилем – сочетание жизнестойких установок и ресурсов сказки.

Ключевые слова: подростки, жизнестойкость, ролевая виктимность, диспозиционный стиль, сказкотерапия, онкология, ревматические болезни.

Для цитаты:

Одинцова М.А., Радчикова Н.П., Саркисян А.О., Куляцкая М.Г. Диспозиционные стили в авторских сказках подростков с онкологическими и ревматическими заболеваниями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 2. С. 80–104. doi: 10.17759/psyclin.2019080205

For citation:

Odintsova M.A., Radchikova N.P., Sarkisyan A.O., Kulyatskaya M.G. Dispositional Styles in Original Tales of Adolescents with Cancer and Rheumatic Diseases [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya], 2019, vol. 8, no. 2, pp. 80–104. doi: 10.17759/psyclin.2019080205 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Ситуация внезапного тяжелого инвалидизирующего заболевания в психологии рассматривается как разновидность экстремальной жизненной ситуации с характерными для нее признаками: внезапность, угроза жизни, разрушение картины мира, разрыв связи времен, неопределенность будущего [11; 14–16; 19]. Как писал А.И. Солженицын в романе «Раковый корпус», захлопывается вся прежняя жизнь с планами на будущее и в мгновение человек становится «несколькими десятками килограммов теплого белого тела, не знающего своего завтра» [12, с. 17]. Онкология воспринимается людьми как драматическое фатальное событие, заслоняющее весь мир, делящее его на «до» и «после» и совершенно несправедливое в отношении к детям. По статистике на 2016 год в онкологических учреждениях России состояли на учете 24 207 детей в возрасте от 0 до 17 лет, что на 6 427 случаев больше в сравнении с 2006 годом [8].

В исследованиях особенностей личности и поведения подростков при онкологических заболеваниях отмечаются расстройства адаптации: депрессивные реакции, тревожность, суицидальные мысли, пассивность, раздражительность, неверие в выздоровление и т.п. [3]. Подчеркивается взаимосвязь неудовлетворенности качеством жизни, усталости и уровня стресса онкобольных

подростков [16; 20]; взаимосвязь эмоционального дистресса и непродуктивных стратегий совладания [13].

Не менее опасными являются и ревматические заболевания детей, многие из которых считаются неизлечимыми и отвечают следующим четырем характеристикам: недостаточная изученность патогенного механизма (механизмов); неоднозначность и трудоемкость лечения; уникальность; необходимость пожизненного лечения [18]. Статистика ревматических заболеваний, спектр которых чрезвычайно велик, приводит по каждому отдельному случаю и затрудняет общий подсчет, но прослеживается тенденция к увеличению числа детей с ревматическими болезнями [7]. При таких заболеваниях возникает множество проблем в двигательной сфере, боли, слабость, тревожность. В результате частых длительных госпитализаций и вынужденной изоляции от «здорового мира» постепенно начинает формироваться добровольная социальная изолированность, что отражается на эмоциональной и личностной сферах детей. Выявлены сильные колебания настроения, негативные переживания в связи с осознанием хронического характера болезни и необходимости пожизненного лечения [2; 4]. Показано, что невозможность реализовать психологические потребности приводит к эмоциональным и поведенческим трудностям. При крайне тяжелом состоянии снижается активность ребенка. «Даже в подростковом возрасте по степени самостоятельности он приближается к новорожденному» [4, с. 63]. Обнаружена связь между тяжестью течения болезни и проявлением таких психологических особенностей, как эмоциональная лабильность, повышенная тревожность, снижение самооценки; отмечены искажения в мотивационной сфере, в развитии самосознания [4].

Таким образом, оба заболевания, несмотря на различия в характере протекания и в специфике лечения, для подростков становятся предельно трудной жизненной ситуацией с общими характеристиками: неопределенность протекания болезни, ее прогнозов и восстановления; изменения внешности; повышение физической уязвимости перед воздействиями внешней среды; риск госпитализации в случае обострения; витальная угроза, инвалидность. На это накладываются и трудности полового созревания.

Тем не менее, ссылаясь на Л.С. Выготского, отметим, что «решает судьбу личности в последнем счете не дефект сам по себе, а его социальные последствия, его социально-психологическая реализация» [6, с. 85]. Данный принцип был обозначен классиком в отношении детей с патологиями зрения и слуха, но в равной степени может быть отнесен и к подросткам с тяжелыми соматическими заболеваниями. Значение приобретает не только сама болезнь, но и «социальные основы развития личности», направленность этого процесса. А это в свою очередь зависит от социального окружения и «смены боевых установок, направленных на решение единой задачи: занять определенную позицию по отношению к имманентной логике человеческого общества, к требованиям социального бытия» [6, с. 85]. В этом плане можно говорить о диспозиционном поведении подростков, которое формируется в результате взаимодействия со средой и выводит нас на

проблему таких «боевых установок» в условиях тяжелой болезни, как жизнестойкость/виктимность.

Жизнестойкость рассматривается как личностная диспозиция, включающая установки на вовлеченность (в противовес отчуждению), контроль (вопреки бессилию) и принятие риска (в противовес комфорту и безопасности) (С. Мадди, С. Кобаса, Д.А. Леонтьев и др.). Именно жизнестойкость обеспечивает устойчивость к стрессам, связанным с болезнью, и мотивируют на превращение их из потенциальных несчастий в источник развития (Л.А. Александрова, Д.А. Леонтьев, Е.Ю. Мандрикова, А.Н. Фомина и др.). Проявление жизнестойкости в подростковом возрасте не столь однозначно, а при недостаточном уровне развитости смысловой сферы часто взаимосвязано с агрессивными действиями и поступками, асоциальностью (М.А. Одинцова, А.Н. Фомина и др.). Противоположной комплексной характеристикой, заложенной в самом определении жизнестойкости, является ролевая виктимность как предрасположенность человека к поведению жертвы [9]. Считается, что ролевая виктимность в условиях болезни ограничивает личностные ресурсы, препятствует конструктивному совладанию (Н.Л. Захарова, М.А. Одинцова и др.), что вряд ли можно считать «боевой установкой». Однако в психотерапевтической практике показана величайшая способность «слабого», виктимного породить силу, извлекаемую из собственных страданий (М.Е. Бурно, Е.Е. Михальчи, В.С. Чернявская и др.). На это обращал внимание и Л.С. Выготский, размышляя о сверхкомпенсации: в страданиях, в слабости заключены бунтарские импульсы и источники силы, направленные на преодоление [6]. Именно на основе страдания в подростковом возрасте происходит глубокая рефлексия своих переживаний, что дает возможность принимать и переосмысливать предельно трудные ситуации, менять отношение к ним, преодолевать. Однако эмпирических исследований, отражающих «силу слабости», крайне мало.

В этой ситуации неопределимую роль могут сыграть проективные методики в сочетании со сказкотерапевтическими сеансами. Данный способ исследования считается наиболее деликатным и продуктивным в ситуациях «невозможности». Проективная методика может стать этапом вхождения в сказку. Одновременно с этим и сама сказка обладает основными признаками проективной методики, так как актуализирует реальные переживания, отражает особенности личности и поведения самого автора в безопасном, доброжелательном пространстве [5]. Кроме того, сказочные истории позволяют снизить накал негативных эмоциональных переживаний, помогают найти смысл даже в самых трагических ситуациях (И.В. Вачков, А.В. Гнездилов, N.R. Garcia-Schinzaria и др.).

Таким образом, диспозиционный стиль поведения (в том числе жизнестойкий/виктимный) можно рассматривать как совокупность установок, сформированных в результате взаимодействия со средой и побуждающих к определенным поведенческим реакциям, действиям и поступкам, в которых отражается «почерк поведения». Особенно ярко проявляется диспозиционное поведение в дефицитарной (угрожающей, неблагоприятной) социальной ситуации развития и выражается в жизнестойком и виктимном диспозиционных стилях как

совокупности «боевых установок», мобилизующих явные и скрытые запасы сил на преодоление угрожающей болезни. Следовательно, можно предположить, что в условиях онкологического жизнеугрожающего и ревматического хронического инвалидизирующих заболеваний, создающих общую дефицитарную социальную ситуацию развития, для подростков характерны разные диспозиционные стили поведения, в каждом из которых заложен тот или иной ресурс для компенсации.

Для проверки данного предположения было проведено эмпирическое исследование, в котором: 1) сделан сравнительный анализ жизнестойкости, ролевой виктимности, а также результатов проективной методики, включающей написание авторской сказки подростками, в зависимости от типа болезни и пола; 2) выделены группы подростков с разными диспозиционными стилями, показано выражение этих стилей в проективной методике и сказке.

Метод исследования

Участники исследования

Исследование проводилось с подростками от 13 до 18 лет с инвалидностью (N=90) с онкологическими и ревматическими заболеваниями. В первую группу вошло 40 человек (30 мальчиков и 10 девочек, средний возраст – 15±1 лет) со злокачественными новообразованиями головного и спинного мозга, из них более 70% перенесли операцию на головном мозге и 100% получали лучевую терапию. 38 подростков сопровождалась членом семьи, два подростка были без сопровождения. Вторую группу составили 50 подростков (17 мальчиков и 33 девочки, средний возраст – 15±1 лет) с ревматическими заболеваниями разной этиологии. Все подростки данной группы получали комбинированную противоревматическую и реабилитационную терапию и находились в стационаре без родителей. По оценкам врачей состояние подростков обеих групп не препятствовало продолжению обучения.

Процедура исследования

Исследование проводилось в течение двух лет (с 2016 по 2018 год) психологом, имеющим 15-летний опыт работы с детьми и подростками с инвалидностью и трехлетний опыт работы с детьми с онкологическими заболеваниями головного и спинного мозга и ревматическими болезнями. Первичное знакомство психолога с подростками осуществлялось в первые три дня их поступления в стационары. Основное исследование проводилось на второй-третьей неделе пребывания подростков в больницах (максимальный срок пребывания в стационаре составляет 60 дней). Подростки привлекались к исследованию последовательно, по мере поступления в медицинские учреждения и получения разрешения лечащего врача к продолжению обучения в ГКОУ «Школа «Технологии обучения»». Диспропорция участников исследования по полу в двух выборках была связана со способом их формирования. У всех подростков фиксировалось достаточное физическое и интеллектуальное развитие для участия в исследовании. Исследование

проводилось индивидуально, в единичных случаях – в небольших группах (от двух до четырех человек). Подростков просили ответить, как они себя ведут и что обычно делают при столкновении с трудными жизненными ситуациями.

Методики исследования

Исследование разбивалось на два этапа. На первом этапе подростки заполняли только стандартизированные методики:

- Тест жизнестойкости Е.Н. Осина, Е.И. Рассказовой [10] для обнаружения жизнестойких установок (вовлеченности, контроля, принятия риска);
- Опросник ролевой виктимности М.А. Одинцовой, Н.П. Радчи́ковой [9] для выявления установок на поведение жертвы игрового или социального характера.

На втором этапе проводилась индивидуальная работа на основе использования проективной методики «Человек под дождем» А. Эбрамса в модификации авторов с последующим написанием сказки. Данная методика предназначена для диагностики личностных резервов подростков, а работа со сказкой – для снижения неблагоприятных эмоциональных состояний.

В отдельных случаях эти этапы менялись местами. В двух случаях (это были 13-летние девочки с онкологическими заболеваниями) вначале предлагалась проективная методика, а затем стандартизированные. При работе с проективной методикой подросткам давался бланк для рисунков с инструкцией: «Нарисуйте на одной половине листа человека, а на другой – человека под дождем. Рисуйте теми художественными средствами, которые вам больше нравятся». Далее предлагалось описать чувства нарисованного человека, а потом – человека под дождем. Для получения более полной информации проводилось последовательное обсуждение рисунков. Перечень вопросов для обсуждения: расскажите о нарисованном человеке. Какой он? Что чувствует этот человек? О чем он думает?

Такие же вопросы задавались и относительно изображенного человека под дождем. Далее необходимо было написать сказку о человеке под дождем. После последовательного обсуждения вопросов написание сказки у большинства подростков не вызывало затруднений. В трех случаях сказки отсутствовали, но работа по проективной методике состоялась в полной мере. В одном случае не было рисунка, но подросток представил человека и человека под дождем в своем воображении, а в беседе описал чувства и мысли героев.

Обработка данных

При статистической обработке полученных данных были использованы t-критерий Стьюдента для сравнения двух независимых выборок по количественным показателям и критерий χ^2 Пирсона для сравнения двух независимых выборок по качественным показателям; логлинейный анализ для выявления взаимодействия между более, чем двумя качественными переменными;

кластерный анализ по методу k-средних для выделения групп подростков с различными диспозициями. Качественный анализ результатов текстов сказок проводился четырьмя экспертами, имеющими от 10 до 25 лет профессионального стажа в области психолого-педагогической деятельности, направленной на социализацию и адаптацию людей с инвалидностью. Два эксперта имели степень кандидата психологических наук. Вся процедура исследования и качественный анализ осуществлялся в соответствии с критериями COREQ, разработанными А. Tong и соавторами [21]. Средняя согласованность мнений экспертов составила 90% (рассчитывалось как среднее значение процентов совпадающих ответов для шести пар экспертов).

Результаты и обсуждение

Сравнительный анализ проявлений ролевой виктимности и жизнестойкости показал, что значимые различия между подростками с онкологией и подростками с ревматическими заболеваниями отсутствуют (табл. 1). В то же время сравнения по полу позволили выявить только одно статистически значимое различие: контроль как уверенность в том, что жизненными событиями можно управлять, выше в группе подростков мужского пола.

Таблица 1

Проявления характеристик ролевой виктимности и жизнестойкости в разных группах подростков

Исследуемые характеристики	Среднее ± стандартное отклонение			
	Подростки с онкологией n=40	Подростки с ревматическими заболеваниями n=50	Мужской пол n=47	Женский пол n=43
Ролевая виктимность				
Игровая роль жертвы	16,9±8,6	17,0±7,2	16,2±7,7	17,8±7,9
Социальная роль жертвы	19,0±10,7	19,2±10,6	17,7±10,1	20,7±10,9
Ролевая виктимность	35,9±18,2	36,2±16,9	33,9±16,6	38,4±18,1
Жизнестойкость				
Вовлеченность	19,8±5,9	19,8±6,1	20,8±6,0	18,8±5,9
Контроль	15,5±4,7	14,8±4,9	16,3±4,3*	13,8±5,0*
Принятие риска	10,1±4,1	10,6±4,3	10,4±4,4	10,2±4,1
Жизнестойкость	45,4±13,2	45,2±13,9	47,5±13,2	42,8±13,6

Примечание: звездочкой выделены средние значения, различия между которыми статистически значимы ($p < 0,05$).

Так как выборки были не сбалансированы по полу, для проверки возможного влияния половых различий была проведена следующая процедура. Три раза из группы подростков мужского пола с онкологией и группы подростков женского пола с ревматическими заболеваниями были отобраны случайные выборки, составляющие 50–60% от общего числа участников. В результате уменьшения числа подростков с онкологией и ревматическими болезнями, группы оказывались эквивалентны по полу. Затем были проведены сравнения изучаемых характеристик в данных группах. Ни в одном из вариантов случайного отбора не оказалось статистически значимых различий между подростками с онкологией и подростками с ревматическими заболеваниями.

При анализе данных, полученных по проективной методике, экспертной группой были выделены следующие критерии:

- 1) использование цвета в рисунке (черно-белый; два цвета; три цвета и более);
- 2) направленность чувств нарисованных героев (положительные, нейтрально-двойственные, отрицательные);
- 3) сложность рисунка Человека и Человека под дождем (простой схематичный; усложненный (с дополнительными деталями); сложный с изображением пейзажа, деталей быта, городской среды и т.п.);
- 4) уровень сложности сказки (простая, усложненная, сложная).

Направленность чувств нарисованных героев (положительные, нейтрально-двойственные, отрицательные) определялась следующим образом. Позитивные чувства отражались в таких высказываниях подростков, как «радость»; «счастье»; «легкость и веселье» и т.п. Нейтрально-двойственные переживания прослеживались в цитатах: «ничего особенного не чувствует»; «простор, дуновения ветра, пространство, шелест деревьев, пустоту окружения, прохладу, даже холод, свист ветра»; «радость и грусть одновременно» и т.п. Отрицательные переживания включали в себя такие чувства, как «грусть»; «боль»; «печаль» и т.п.

Сложность и глубина сказки определялась: 1) объемом (количество предложений); 2) насыщенностью и оригинальностью содержания (яркость героев, их переживаний, действий, событий); 3) доминированием образов, хранящихся в памяти; доминированием чувств; обращением к смыслам. Простая сказка включала три-четыре коротких предложения. В ней могли быть перечислены привычные действия нарисованного человека, попавшего под дождь: «надел шляпу», «раскрыл зонт», «спрятался», «пошел домой» и т.д.; слабо выражены чувства: «дошел домой влажным, переоделся, и ему стало нормально». В таких сказках прослеживается простое перечисление действий, которые усвоились ранее и воспроизводятся в типичной ситуации.

Усложненная сказка включала пять-десять предложений. При перечислении привычных действий уделялось внимание внешнему облику самого человека,

доминировало описание эмоциональных переживаний, связанных с отношением героя к тем или иным событиям, описанным в сказке, но отсутствовал выход на смысловой уровень. Например, *«Жила-была и есть девушка. Возраста 20-22 лет. Внешность у нее была очень привлекательной. В жизни занималась только тем, от чего получала только положительные эмоции и заряд. Как-то раз, она решила пойти в такое место, где может побыть одна. На улице был дождь. Оделась, вышла. Специально не взяла с собой зонт. Она очень любила дождь. По дороге зашла в кафе. Приобрела себе кофе. Шла по улице, пила кофе. А в голове были только положительные мысли. От дождя она получала огромное удовольствие»*.

Сложная сказка включала более десяти развернутых предложений. Отличалась оригинальным сюжетом, насыщенностью событиями, описанием чувств, действий и размышлений необычных героев: это мог быть Колдун, Баба-Яга, господин Медведь, Фея и т.д. Наряду с чувствами в сказке отражались мысли о смыслах происходящих событий, переживаний и т.п. Примером сложной сказки может служить следующая:

«Однажды в маленьком городке родился необыкновенный ребенок. Он с виду ничем не отличался от других детей, но в нем была необыкновенная и очень сильная любовь к дождю. Рос он, как и все дети, но с момента его рождения в городке начали происходить странные вещи, удивительные и нереальные. В маленьком городе появлялось все больше и больше разных животных: лошадей с крыльями, поющих сверчков по ночам, летающих котят и светящихся птиц. Но самое удивительное, что всё это происходило именно тогда, когда была пасмурная погода, и моросил дождик. В такую погоду все жители городка сидели у себя в домиках, кроме одного необычного мальчика. Он всегда любил стоять под дождем и наблюдать, а иногда даже и общаться с этими маленькими животными. Люди маленького города всегда стояли у окон своих домов, наблюдая за всем происходящим. Ведь то, что было вокруг этого мальчика, удивляло всех. Он как будто повелевал ими, игрался с маленькими зверьками, призывая всех жителей города выйти из своих домов и пообщаться с ними, но они отвергали все его позы, боясь всего, что происходит за окном в дождливую погоду.

Время шло, мальчик рос, и вместе с ним росли его маленькие зверьки. Они становились игривее, красивее, добрее, хитрее. Но в один обычный день они не увидели того мальчика, он ушел погулять в лес и ему настолько понравилось, что он не хотел возвращаться. Говорящие пни и деревья, хохочущие листья, добрый говорящий ветер и один лишь грустный дождь, возле которого были все эти маленькие зверьки. Он почему-то грустил, всегда. Мальчику стало слишком интересно, и потому он был всегда с этим дождем, пытаясь узнать о том, почему он всегда грустит, но мальчика в ответ ожидала всегда тишина...».

Сложность рисунка Человека и Человека под дождем определялась по наличию дополнительных деталей, тщательности в прорисовке героев. Примеры простого, усложненного и сложного рисунков представлены на рис. 1а–г.

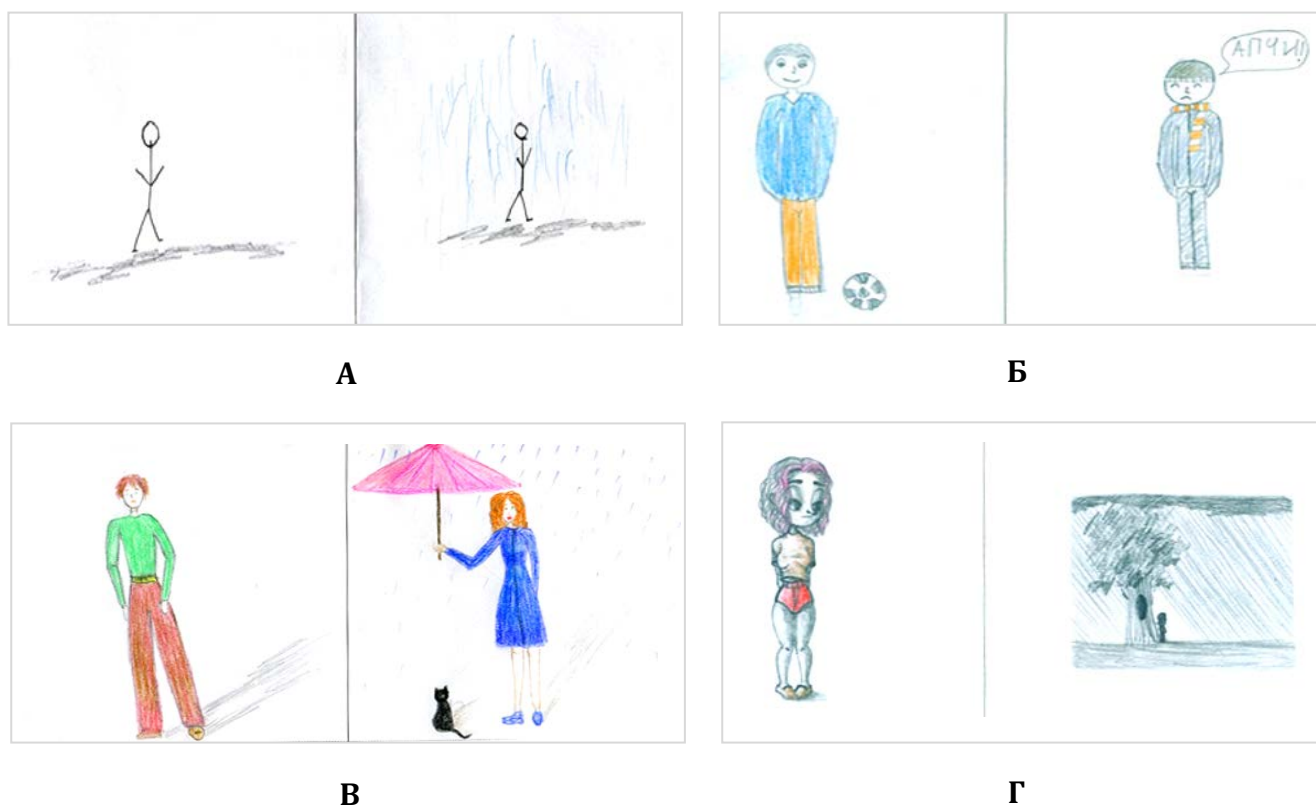


Рис. 1. Рисунки Человека и Человека под дождем у подростков-мальчиков (А, Б) и подростков-девочек (В, Г)

Примечание. А – пример простого схематичного рисунка; Б, В – примеры усложненных рисунков; Г – пример сложного рисунка (Человек под дождем).

Так как различные характеристики проективной методики могли зависеть от типа заболевания и от пола, а выборки не были сбалансированы по полу, для определения влияющего фактора применялся логлинейный анализ – статистический метод, который является расширением критерия хи-квадрат Пирсона на случай проверки связи более двух качественных переменных. Логлинейный анализ проводился для переменных Пол {1}, Тип заболевания {2} и Результаты проективной методики {3}, где в качестве третьей переменной по очереди брались различные результаты проективной методики: цвет, используемый в рисунке; чувства нарисованных Человека и Человека под дождем, сложность сказки и рисунков. Так как в группе подростков с ревматическими заболеваниями преобладали участники женского пола, в модель логлинейного анализа всегда включался элемент {1 2}, который обозначал связь между полом и типом заболевания.

Для некоторых показателей, полученных по проективной методике, результаты логлинейного анализа показали, что модель, предполагающая только связь между полом и типом заболевания и обозначаемая как {1 2, 3}, хорошо согласуется с полученными данными (табл. 2). Это означает, что использование

цвета, а также чувства, которыми наделяли подростки своих нарисованных героев, не зависят от пола и типа болезни.

Таблица 2

**Критерии частотного анализа (использование цвета) в рисунках
и чувства Человека и Человека под дождем: абсолютные величины
и процентное соотношение**

Критерии анализа	Человек		Человек под дождем	
	n	%	n	%
Использование цвета при изображении Человека и Человека под дождем				
Черно-белый	51	57,3	55	61,8
Два цвета	8	9,0	12	13,5
Три цвета и более	30	33,7	22	24,7
Модель {1 2, 3}, p	0,211		0,158	
Чувства Человека и Человека под дождем				
Положительные	52	58,4	23	25,6
Нейтрально/двойственные	29	32,6	37	41,1
Отрицательные	8	9,0	30	33,3
Модель {1 2, 3}, p	0,490		0,639	

Примечание. Модель {1 2, 3} обозначает, что переменные {1} и {2} (пол и тип заболевания) связаны между собой, но обе не зависят от переменной {3} (результаты методики «Человек под дождем»: цвет/чувства).

Для других показателей проективной методики оказалось, что наименьшей моделью, адекватно описывающей данные, является модель, включающая еще и связь между полом и показателем проективной методики и обозначаемая как {1 2, 1 3} (табл. 3). Это говорит о том, что сложность сказки, а также сложность рисунков Человека и Человека под дождем зависят от пола участника исследования, но не зависят от типа его заболевания. Так, подростки-девочки писали более сложные сказки и рисовали более сложные рисунки.

Подросткам-мальчикам в большей степени характерны простые (схематичные) рисунки и рисунки средней сложности, где изображались дополнительные детали (рис. 1а и 1б). Сложные рисунки у подростков-мальчиков встречались крайне редко. Рисунки подростков-девочек более сложные, с тщательно прорисованными деталями. Схематичные рисунки у девочек встречаются реже. В большинстве случаев изображения Человека и Человека под дождем существенно отличаются: значительно меняется размер, пол и возраст персонажей, добавляются или наоборот

убираются дополнительные детали. В простых рисунках сами изображения Человека и Человека под дождем практически не отличаются.

Таблица 3

Критерии частотного анализа (сложность рисунка) Человека и Человека под дождем и сложность сказки: абсолютные величины и процентное соотношение

Критерии анализа	Женский пол		Мужской пол	
	n	%	n	%
Рисунок человека				
Простой, схематичный	8	18,6	24	52,2
Средней сложности (с дополнительными деталями, относящимися к человеку)	12	27,9	9	19,6
Сложный (пейзаж, детали быта и т.п.)	23	53,5	13	28,2
Модель {1 2, 1 3}, p	0,223			
Рисунок человека под дождем				
Простой, схематичный	9	20,9	23	50,0
Средней сложности (с дополнительными деталями, относящимися к человеку под дождем)	24	55,8	16	34,8
Сложный (пейзаж, детали быта и т.п.)	10	23,3	7	15,2
Модель {1 2, 1 3}, p	0,551			
Сложность сказки				
Простая сказка	4	9,5	20	44,4
Усложненная сказка	24	57,2	16	35,6
Сложная сказка	14	33,3	9	20,0
Модель {1 2, 1 3}, p	0,226			

Примечание. Модель {1 2, 1 3} обозначает, что переменные {1} и {2} (пол и тип заболевания) связаны между собой, переменные {1} и {3} (пол и сложность рисунка) связаны между собой, но переменные {2} и {3} (тип заболевания и сложность рисунка) не связаны между собой.

Дополнительно проведенный анализ показал, что связей между сложностью сказки/сложностью рисунка Человека и сложностью сказки/сложностью рисунка Человека под дождем) нет ($\chi^2 = 4,91$; $p = 0,300$ и $\chi^2 = 5,81$; $p = 0,213$ соответственно).

Таким образом, результаты, полученные по стандартизированным и проективной методикам, оказались никак не связаны с типом заболевания

подростков, поэтому в дальнейшем анализе все участники исследования будут рассматриваться как одна группа с выделением в ней диспозиционных стилей.

На основании показателей методик ролевой виктимности и жизнестойкости был проведен кластерный анализ по методу k-средних (данные были предварительно z-нормированы). Результаты анализа (рис. 2) показывают, что можно выделить три группы подростков с разным уровнем жизнестойкости/виктимности. Так как жизнестойкость и ролевая виктимность являются диспозициями, включающими противоположные установки, выражающиеся в поведенческих стилях, выделенные группы были названы следующим образом. Подростки, попавшие в кластер 1 (22 человека), характеризуются низким уровнем виктимности и высокими значениями всех показателей жизнестойкости (жизнестойкий диспозиционный стиль). У подростков из кластера 3 (29 человек), наоборот, высокий уровень виктимности и низкий – жизнестойкости (виктимный диспозиционный стиль). В кластер 2 попало 39 человек, для которых характерны средние уровни виктимности/жизнестойкости (неустойчивый диспозиционный стиль). Данная группа является наиболее многочисленной в силу того, что именно в подростковом возрасте на фоне активного формирования личности жизнестойкие и виктимные установки имеют динамичную и неустойчивую структуру.

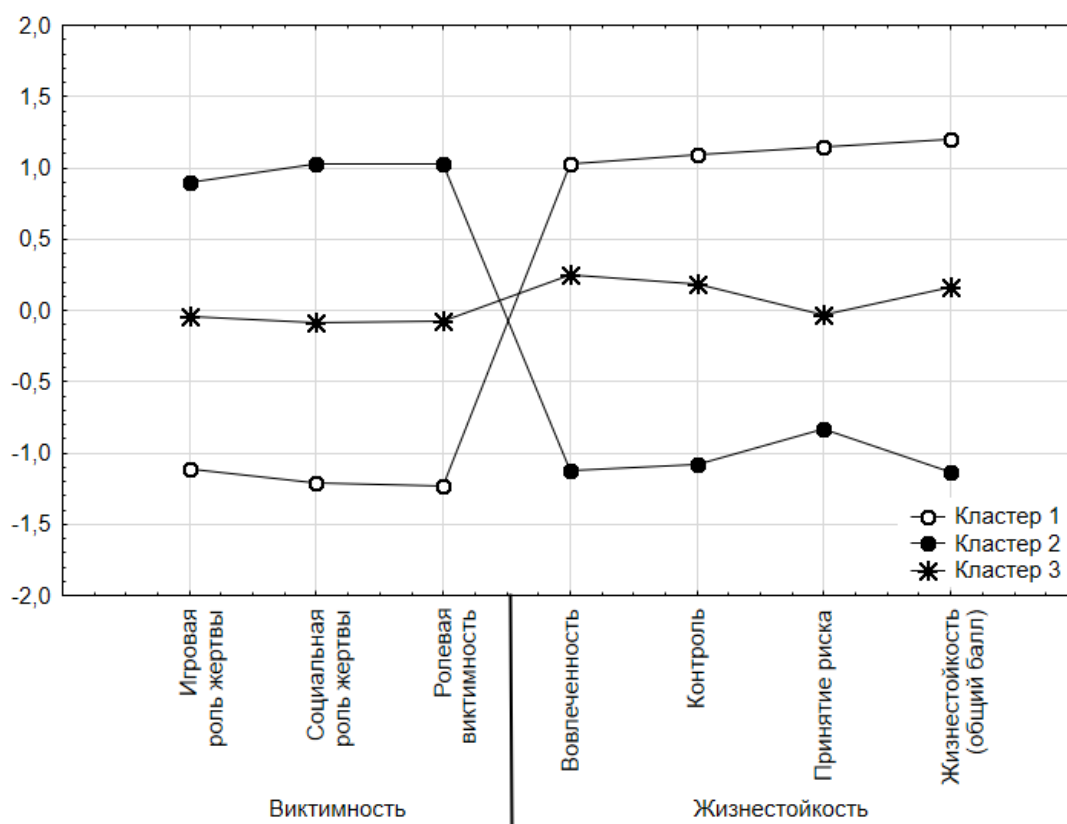


Рис. 2. Средние нормированные значения характеристик жизнестойкости и виктимности для трех различных групп подростков

Можно предположить, что полученные результаты связаны не только с возрастными особенностями. Так, еще Л.С. Выготский утверждал, что между двумя крайними полюсами развития в условиях болезни (сверхкомпенсация и неудача компенсации) расположены иные степени компенсации [6]. Статистический анализ показал, что группы с разными диспозициями эквивалентны по полу ($\chi^2=2,96$; $p=0,23$) и типу заболевания ($\chi^2=1,97$; $p=0,37$).

Для определения диспозиционного стиля на основании авторских сказок подростков эксперты обратились к их содержанию. Жизнестойкий стиль определялся при выраженном позитивном эмоциональном содержании, проявлении активности героя или героев, наличии мыслей о победах и достижениях: «... была тяжелая игра, но они победили»; «Генри ничего не боялся, он вышел с мужеством...»; «...его наградили медалью мужества, таких людей, как он, в мире было мало»; «всему свое время, и того, что желаешь, следует упорно добиваться» и т.д.; при обозначении перспектив на будущее: «В будущем она мечтает стать экономистом или банковским аналитиком»; «мечты Евы – это мир и доброта в большом мире»; «мечтает стать великим футболистом»; «мечтает построить много больниц для больных детей» и т.д. Типичным примером сказки, которую эксперты отнесли к жизнестойкому стилю, может служить следующий текст.

«В тридевятом царстве, нарисованном государстве жил человек по имени Карандашин Фломастер Артемович (отчество в этом государстве зависело от автора рисунка, поэтому не редкость были женские отчества). В один обычный для себя день Карандашин шел на работу, как вдруг к их нарисованному миру подбежал маленький хулиган и нарисовал дождь. Остальные художники были начеку и вовремя нарисовали зонтики всем своим подопечным. Все жители были очень удивлены, но им это было ни по чем, как и Карандашину, стоящему под зонтиком и мирно улыбающемуся. Через пару часов дождь стерли, и жители нарисованного государства продолжили нормальную жизнь».

Виктимный диспозиционный стиль определялся по выраженному негативному эмоциональному содержанию, герои пассивны, переживали чувство беспомощности, опустошенности, безысходности, в некоторых случаях окончание сказки было трагическим (гибель героя или героев). В сказках часто звучала тема бессмысленности жизни: «человек не знал, куда он идет. Что он делал – не знал. И умер...»; «Путник остановился и задумался: что он даст людям, и поймут ли они его»; «она единственная стояла под дождем и думала, что она сделала не так, может, она в чем-то ошиблась? Она стояла под дождем, она чувствовала боль, вранье, огорчение и почти потеряла смысл жизни»; обреченности: «Почему именно сегодня? Почему они? Почему он? Но никто не мог ответить на этот вопрос кроме Бога. Но он молчал»; «Почему, я? За что? ...» и т.д. Примером такого стиля может служить следующая сказка:

«Человек под дождем – это тот человек, который хочет что-то изменить, но не делает этого. Когда-то он жил хорошо. У него было много “друзей”, учился лучше всех, занимался рисованием, музыкой, и вроде бы был счастлив. Он думал, что так

будет всегда, что все будет легко и просто, но он ошибался. Случилось в его жизни то, чего он не мог представить. Он потерял людей, с которыми не расставался раньше ни на секунду, он всегда думал о них, хотя и не мог быть рядом. Эта новость убила его изнутри. Родителям он об этом сказал лишь тогда, когда полностью осознал произошедшее. Он искал утешенье в друзьях, но лишь некоторые реально понимали его. Он начал отдаляться ото всех, кому оказался не нужным, и почувствовал легкость. Он смирился со своей жизнью, сняв розовые очки. Теперь он просто существует. Проблемы падают на него подобно каплям дождя, но он хладнокровен и безразличен. Иногда он вдохновляется так, что способен свернуть горы, но это ненадолго. Ему остается лишь верить».

Неустойчивый диспозиционный стиль, к которому отнесено было большинство сказок, отличался противоречивостью и неоднозначностью эмоциональных переживаний героев, недостаточной выраженностью их активности, неоднозначностью желаний:

«Девочка стоит под дождем. Ей грустно. Она хочет найти настоящих друзей, которые поймут ее, которые поддержат в нужный момент. Она искренне верит. Она молода и наивна, но ей нравится дождь. Она верит, что дождь смывает все плохое, что было в ее жизни. Он делает ее счастливой на один момент. И в этот момент она действительно счастлива. Хоть на миг, но счастлива».

Статистический анализ показал, что диспозиционные стили, выделенные на основании опросников, и стили, выделенные на основании анализа сказочных историй, совпадают ($\chi^2=29,9$; $p<0,001$). Интересно, что три подростка, не написавшие сказку, оказались из группы с неустойчивым стилем (табл. 4), что может интерпретироваться как динамичность и неустойчивость их установок.

Таблица 4

Соотношение диспозиционных стилей, выделенных на основании стандартизированных опросников и авторских сказок

Диспозиционные стили на основании авторских сказок подростков, чел.(%)	Диспозиционные стили на основании стандартизированных опросников, чел.(%)			Всего, чел.
	Жизнестойкий	Неустойчивый	Виктимный	
Жизнестойкий	13 (59,1)	9 (25,0)	3 (10,4)	25
Неустойчивый	9 (40,9)	24 (66,7)	13 (44,8)	46
Виктимный	0 (0)	3 (8,3)	13 (44,8)	16
Всего, чел.	22	36	29	87

Дополнительный анализ показал, что диспозиционный стиль связан со сложностью и глубиной сказочных историй ($\chi^2=9,94$; $p<0,042$), а также с чувствами человека ($\chi^2=9,6$; $p<0,049$) и человека под дождем ($\chi^2=10,9$; $p<0,028$), что говорит о хороших диагностических возможностях методики «Человек под дождем».

Анализ результатов показывает (табл. 5), что подростки с жизнестойким диспозиционным стилем пишут, как правило, простые сказки и реже – сложные (только 18% жизнестойких подростков написали сложные сказки). Подростки с виктимным стилем, наоборот, чаще других пишут сложные сказки (31%) и крайне редко (10%) – простые.

Таблица 5

Соотношение диспозиционных стилей, определенных с помощью опросников, и сложности и глубины сказочных историй ($\chi^2=9,94$; $p<0,042$)

Сложность и глубина сказочных историй, чел. (%)	Диспозиционные стили на основании стандартизированных опросников, чел. (%)			Всего, чел.
	Жизнестойкий	Неустойчивый	Виктимный	
Простая сказка	11 (50,0)	10 (27,8)	3 (10,4)	24
Усложненная сказка	7 (31,8)	16 (44,4)	17 (58,6)	40
Сложная сказка	4 (18,2)	10 (27,8)	9 (31,0)	23
Всего, чел.	22	36	29	87

Большинство подростков (68% с жизнестойким, 66% с неустойчивым и 41% с виктимным стилями) наделяли Человека позитивными чувствами: «на душе светло»; «спокойствие и умиротворение»; «легкость и веселье» и т.п. Подростки с жизнестойким и неустойчивым диспозиционными стилями характеризуются более позитивными чувствами, приписываемыми Человеку.

Так, в группе подростков с жизнестойким стилем отрицательных чувств в описании Человека не обнаружено (табл. 6). В то время как подростки с виктимным стилем часто писали об одиночестве, печали, грусти, страхе, тоске Человека (21%). Нейтральные и двойственные чувства были отмечены подростками всех групп, что выражались в цитатах: «ничего особенного не чувствует»; «неизвестность» и т.п.

Человека под дождем положительными чувствами «прилив энергии»; «уверенность»; «любовь») наделяет большая часть только тех подростков, которые были отнесены к жизнестойкому стилю (табл. 7).

Количество подростков, которые указывают отрицательные чувства («боль»; «одиночество»; «раздражительность» и т.п.), увеличилось (табл. 6 и 7).

Таблица 6

Соотношение диспозиционных стилей, определенных с помощью опросников, и чувств нарисованного Человека ($\chi^2=9,6$; $p<0,049$)

Чувства Человека, чел. (%)	Диспозиционные стили на основании стандартизированных опросников, чел. (%)			Всего, чел.
	Жизнестойкий	Неустойчивый	Виктимный	
Отрицательные	0 (0,0)	2 (5,3)	6 (20,7)	9
Нейтрально-двойственные	7 (31,8)	11 (28,9)	11 (37,9)	29
Положительные	15 (68,2)	25 (65,8)	12 (41,4)	52
Всего, чел.	22	38	29	89

Таблица 7

Соотношение диспозиционных стилей, определенных с помощью опросников, и чувств нарисованного Человека под дождем ($\chi^2=10,9$; $p<0,028$)

Чувства Человека под дождем, чел. (%)	Диспозиционные стили на основании стандартизированных опросников, чел. (%)			Всего, чел.
	Жизнестойкий	Неустойчивый	Виктимный	
Отрицательные	7 (31,8)	14 (35,9)	9 (31,0)	30
Нейтрально-двойственные	5 (22,7)	21 (53,9)	11 (38,0)	37
Положительные	10 (45,5)	4 (10,2)	9 (31,0)	23
Всего, чел.	22	39	29	90

Выводы

Таким образом, подростки с онкологическими и ревматическими заболеваниями в общей для них социальной ситуации развития (условия тяжелой болезни и длительное пребывание в стационаре) не отличаются по уровню

проявления жизнестойких и виктимных установок. В некоторой степени это подтверждается исследованиями К.Н. Агаларовой, где показано негативное воздействие больничной среды, которую подростки ассоциируют с образами «тюрьмы», «концлагеря», «гестапо», «пленом» [1]. Вместе с тем подростки-мальчики в большей степени умеют управлять ходом ситуации, контролировать ее, а подростки-девочки выражают свои негативные эмоции, используя ресурсы проективной методики и авторской сказки. Рисунки девочек более сложные, как и сказки, отличающиеся оригинальными сюжетами, насыщенностью событиями. В них более детально описаны чувства, действия и размышления необычных героев, уделяется большое внимание внешности персонажей, звучат мысли о смыслах происходящих событий и переживаний.

В условиях онкологического жизнеугрожающего и ревматического хронического инвалидизирующих заболеваний, создающих общую дефицитарную социальную ситуацию развития, подросткам характерны разные диспозиционные стили поведения, в каждом из которых заложен ресурс для компенсации. Для подростков с жизнестойким диспозиционным стилем такими компенсаторными ресурсами являются установки на вовлеченность, контроль и принятие риска. Для подростков с виктимным диспозиционным стилем компенсаторным ресурсом становится авторская сказка, в которой они выражают свои чувства и размышляют над проблемой обретения смысла. Для подростков с неустойчивым стилем – сочетание жизнестойких установок и ресурсов сказки. Это нередко коренным образом трансформирует трагичную ситуацию в ситуацию проявления мужества и активности. Диспозиционный стиль поведения, определенный на основании стандартизированных опросников, тесно связан с чувствами, которыми наделяют подростки своих нарисованных героев; со сложностью и глубиной сказки, в которой проявляется «почерк» поведения.

Заключение

Исследование показало, что большинство подростков с онкологическими и ревматическими заболеваниями способно противостоять ситуации болезни, используя разные компенсаторные ресурсы. Возможно, и сам сказкотерапевтический сеанс стал ресурсным для таких подростков. Наши результаты согласуются с данными исследования N.R. Garcia-Schinzaria и соавторов, в котором показано, что специально созданные «окна историй» (Caixa de Histórias) в лечебном учреждении являются хорошей стратегией помощи неизлечимо больным детям и подросткам. Последующее обсуждение самых разных историй, полученных ребенком из «окна» в виде послания, пробуждает познавательные способности (внимание и воображение), мотивацию (живость и любопытство) [17]. Такие истории помогают в преодолении страхов, печали, уводят от фокуса на заболевании и обеспечивают улучшение эмоциональных состояний детей. А сказочные истории, написанные самими подростками, являются лекарством, которое восстанавливает утраченные силы и позволяет обнаружить то, что, возможно, ранее было скрыто от них самих.

Полученные результаты имеют большое практическое значение и позволяют определить дальнейшее направление психотерапевтической и психокоррекционной деятельности с подростками в условиях инвалидности.

Ограничениями данного исследования являются: неравномерный объем выборки подростков с онкологическими и ревматическими инвалидизирующими заболеваниями по полу, отсутствие данных по продолжительности заболевания и его прогнозам. Все это становится перспективами наших дальнейших исследований.

Благодарности

Авторы выражают благодарность родителям подростков за заинтересованность и содействие в проведении исследования, самим подросткам, согласившимся предоставить свои работы для данной статьи, администрации медицинских организаций Москвы и сотрудникам школы «Технологии обучения».

Литература

1. *Агаларова К.Н.* Восприятие подростками больничной среды [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 1. С. 33–44. doi: 10.17759/psyclin.2016050103 (дата обращения: 26.05.2019).
2. *Алексеева Е.И.* Ревматические болезни и их влияние на качество жизни детей и их семей // Качество жизни. Медицина. 2008. № 1. С. 14–20.
3. *Бурдукова Ю.А., Алексеева О.С.* Функция планирования у детей, имеющих в анамнезе нейроонкологическое заболевание [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 4. С. 50–60. doi: 10.17759/cpse.2016050404 (дата обращения: 20.05.2019).
4. *Буслаева А.С., Венгер А.Л., Лазуренко С.Б.* Задачи психологической помощи тяжело больному ребенку и его родителям [Электронный ресурс] // Культурно-историческая психология. 2016. Т. 12. № 1. С. 56–65. doi: 10.17759/chp.2016120106 (дата обращения: 25.05.2019).
5. *Вачков И.В.* Введение в сказкотерапию, или Избушка, избушка, повернись ко мне передом. М.: Генезис. 2015. 288 с.
6. *Выготский Л.С.* Дефект и сверхкомпенсация // Проблемы дефектологии. Москва: Просвещение. 1995. С. 82–97.
7. *Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат.* М., 2017. С. 170 с.

Одинцова М.А., Радчикова Н.П., Саркисян А.О.,
Куляцкая М.Г. Диспозиционные стили
в авторских сказках подростков с онкологическими
и ревматическими заболеваниями
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 2. С. 80–104.

Odintsova M.A., Radchikova N.P., Sarkisyan A.O.,
Kulyatskaya M.G. Dispositional Styles in Original
Tales of Adolescents with Cancer
and Rheumatic Diseases
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 2, pp. 80–104.

8. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена: филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. 2018. С. 222–250.

9. Одинцова М.А., Радчикова Н.П. Разработка и стандартизация опросника «Тип ролевой виктимности» // Известия Пензенского государственного педагогического университета им. В.Г. Белинского. 2012. № 28. С. 1303–1310.

10. Осин Е.Н., Рассказова Е.И. Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 2013. Т. 14. № 2. С. 147–165.

11. Русина Н.А. Болезнь как критическая ситуация // Человек в сложной жизненной ситуации: клиничко-психологические аспекты: материалы международной научно-практической конференции / под ред. Т.Д. Василенко. Курск: КГМУ. 2012. С. 161–165.

12. Солженицын А.И. Раковый корпус. М.: Новый мир. 1991. 363 с.

13. Хаин А.Е., Холмогорова А.Б., Абабков В.А. Эмоциональное состояние и стратегии совладания подростков с онкогематологическими заболеваниями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7. № 4. С. 131–149. doi: 10.17759/psyclin.2018070408 (дата обращения: 15.05.2019).

14. Чулкова В.А. Социально-психологические аспекты онкологических заболеваний в современном обществе // Социальная психология и общество. 2015. Т. 6. № 1. С. 117–126.

15. Arpawong T., Oland A., Milam J. Post-traumatic growth among an ethnically diverse sample of adolescent and young adult cancer survivors // Psychooncology. 2013. Vol. 22. № 10. P. 2235–2244. doi:10.1002/pon.3286

16. Darezzo M., Nunes R., Jacob E., Bomfim E.O. Fatigue and health related quality of life in children and adolescents with cancer // European Journal of Oncology Nursing. 2017. Vol. 29. Pp. 39–46. doi: 10.1016/j.ejon.2017.05.001

17. Garcia-Schinzaria N.R., Pfeiffera L.I., Pacciulio Spositob A.M. Caixas de histórias como estratégia auxiliar do enfrentamento da hospitalização de crianças e adolescentes com cancer // Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos. 2014. Vol. 22. no 3, p. 569–577. doi: 10.4322/cto.2014.079

18. Masaaki M. Pediatric rheumatic diseases: a review regarding the improvement of long-term prognosis and the transition to adults // Immunological Medicine Volume. 2018. Vol. 41. № 1. P. 2–5. doi:10.1080/09114300.2018.1451591

19. Mattsson E., Lindgren B. Von Essen L. Are there any positive consequences of childhood cancer? A review of the literature // Acta Oncologica. 2008. Vol. 47. P. 199–206. doi:10.1080/02841860701765667

Одинцова М.А., Радчикова Н.П., Саркисян А.О.,
Куляцкая М.Г. Диспозиционные стили
в авторских сказках подростков с онкологическими
и ревматическими заболеваниями
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 2. С. 80–104.

*Odintsova M.A., Radchikova N.P., Sarkisyan A.O.,
Kulyatskaya M.G. Dispositional Styles in Original
Tales of Adolescents with Cancer
and Rheumatic Diseases
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 2, pp. 80–104.*

20. *Vlachioti E. et al.* Assessment of quality of life of children and adolescents with cancer during their treatment // Japanese Journal of Clinical Oncology. 2016. Vol. 16. № 5. P. 453–460. doi:10.1093/jjco/hyw009

21. *Tong A, Sainsbury P, Craig J.* Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32 item checklist for interviews and focus groups // International Journal for Quality in Health Care. 2007. Vol. 19. № 6. P. 349–357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042.

Dispositional Styles in Original Tales of Adolescents with Cancer and Rheumatic Diseases

Odintsova M.A.,

Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Professor, Department of Psychology and Pedagogy of Distance Learning, Faculty of Distance Learning, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, mari505@mail.ru

Radchikova N.P.,

PhD in Psychology, Associate Professor, Department of General Psychology and Pedagogy, Psychological and Social Faculty, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia, nataly.radchikova@gmail.com

Sarkisyan A.O.,

Student, Faculty of Distance Learning, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, anait1@yandex.ru

Kulyatskaya M.G.,

Psychologist, Faculty of Distance Learning, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, kulyatskayamg@gmail.com

The article presents the results of a study of dispositional styles, which are reflected in the content of the original fairy tales of adolescents with oncological (n=40) and rheumatic (n=50) diseases. All adolescents underwent long-term treatment in Moscow medical organizations and were students of the State educational institution of the city of Moscow School "Teaching Technologies". A dispositional behavior style (including resilient / victimized styles) is considered as a set of attitudes formed as a result of interaction with the environment and encouraging certain behavioral reactions and actions, which reflect the "behavior signature". It was found that in conditions of oncological and rheumatic disabling diseases that create a deficit social situation of development, adolescents are characterized by different dispositional behavior styles, each of which has a resource for compensation. For adolescents with a resilient dispositional style, compensatory resources include attitudes toward involvement, control, and risk taking. For teenagers with a victimized dispositional style, a fairy tale becomes a compensatory resource: in fairy-tales they express their feelings and reflect on the problem of finding meaning. For adolescents with an unstable style compensatory resources are a combination of resilient attitudes and fairy tale resources.

Keywords: adolescents, resilience, role-based victimization, dispositional style, fairy-tale therapy, oncology, rheumatic diseases.

Acknowledgements

The authors thank the parents of adolescents for their interest and assistance in conducting the study, the adolescents themselves who agreed to submit their work for this article, the administration of medical organizations in Moscow and the staff of the State educational institution of Moscow School “Teaching Technologies”.

References

1. Agalarova K.N. Vospriyatie podrostkami bol'nichnoi sredy [Adolescent perception of the hospital environment] [Electronic resource]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2016, vol. 5, no.1, pp. 33–44. doi:10.17759/psyclin.2016050103 (Accessed: 26.05.2019) (In Russ, abstr. in Engl.)
2. Alekseeva E.I. Revmaticheskie bolezni i ikh vliyanie na kachestvo zhizni detei i ikh semei [Rheumatic diseases and their impact on the quality of life of children and their families]. *Kachestvo zhizni. Meditsina [The Quality of Life. Medicine]*, 2008, no. 1, pp. 14–20. (In Russ, abstr. in Engl.)
3. Burdukova Yu.A., Alekseeva O.S. Funktsiya planirovaniya u detei, imeyushchikh v anamneze neiroonkologicheskoe zabolevanie [Electronic resource] [Planning function in children with a history of neuro-oncological disease]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2016, vol. 5, no. 4, pp. 50–60. doi: 10.17759/cpse.2016050404 (Accessed: 20.05.2019) (In Russ, abstr. in Engl.)
4. Buslaeva A.S. Venger A.L. Lazurenko S.B. Zadachi psikhologicheskoi pomoshchi tyazhelo bol'nomu rebenku i ego roditelyam [Electronic resource] [The tasks of psychological care for a seriously ill child and his parents]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya [Cultural-Historical Psychology]*, 2016, vol. 12, no.1, pp. 56–65. doi: 10.17759/chp.2016120106 (In Russ, abstr. in Engl.)
5. Vachkov I.V. Vvedenie v skazkoterapiyu, ili Izbushka, izbushka, povernis ko mne peredom [Introduction to fairy tale therapy, or hut, hut, turn to me in front]. Moscow: Genezis 2011. 288 p. (In Russ.)
6. Vigotskiy L.S. Defekt i sverhkompensatsiya [Defect and overcompensation] // Problemy defektologii [Defectology Problems]. Moscow: Prosveschenie, 1995, pp. 82–97. (In Russ.)
7. Zdravookhranenie v Rossii [Healthcare in Russia], 2017: Stat. sb./Rosstat. Moscow, 2017. 170 p. (In Russ)

8. Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii v 2016 godu (zabolevaemost' i smertnost') [Malignant neoplasms in Russia in 2016 (morbidity and mortality)]. Moscow: MNI OI im. P.A. Gertsena: filial FGBU «NMITs radiologii» Minzdrava Rossii, 2018, pp. 222–250. (In Russ.)

9. Odintsova M.A., Radchikova N.P. Razrabotka i standartizatsiya oprosnika “Tip rolevoy viktimonsty” [Development and standardization of the questionnaire “Type of role-playing victimization”]. *Izvestiya Penzenskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. V.G. Belinskogo [Izvestiya of Belinsky Penza State Pedagogical University]*, 2012, no. 28, pp. 1303–1310. (In Russ, abstr. in Engl.)

10. Osin E.N., Rasskazova E.I. Kratkaya versiya testa zhiznesteikosti: psikhometricheskie kharakteristiki i primenenie v organizatsionnom kontekste [A short version of the viability test: psychometric characteristics and application in the organizational context]. *Vestnik Moskovskogo univehsiteta Ser. 14. Psikhologiya [Moscow University Psychology Bulletin]*, 2013, Vol. 14, no. 2, pp. 147–165. (In Russ, abstr. in Engl.)

11. Rusina N.A. Bolezn' kak kriticheskaya situatsiya [Disease as a critical situation]. In T.D. Vasilenko (ed.), *Chelovek v slozhnoi zhiznennoi situatsii: kliniko-psikhologicheskie aspekty: materialy mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii [Man in a difficult life situation: clinico-psychological aspects: proceedings of the international scientific-practical conference]*. Kursk: KGMU, 2012, pp. 161–165. (In Russ.)

12. Solzhenitsyn A.I. Rakovyi korpus [Cancer ward]. Moscow: Novyi mir, 1991. 363 p. (In Russ.)

13. Hain A.E., Holmogorova A.B., Ababkov V.A. Emotsionalnoe sostoyanie i strategii sovladaniya podrostkov s onkogematologicheskimi zabolevaniyami [Emotional state and coping strategies of adolescents with oncohematological diseases] [Electronic resource]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2018, vol. 7, no. 4, pp. 131–149. doi: 10.17759/psyclin.2018070408 (Accessed: 15.05.2019) (In Russ, abstr. in Engl.)

14. Chulkova V.A. Sotsial'no-psikhologicheskie aspekty onkologicheskikh zabolevanii v sovremennom obshchestve [Socio-psychological aspects of cancer in modern society]. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo [Social Psychology and Society]*, 2015, vol. 6, no. 1, pp. 117–126. (In Russ, abstr. in Engl.)

15. Arpawong T., Oland A., Milam J. Post-traumatic growth among an ethnically diverse sample of adolescent and young adult cancer survivors. *Psychooncology*, 2013, vol. 22, no. 10, pp. 2235–2244. doi:10.1002/pon.3286

16. Darezzo M., Nunes R., Jacob E., Bomfim E.O. Fatigue and health related quality of life in children and adolescents with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 2017, vol. 29, pp. 39–46. doi:10.1016/j.ejon.2017.05.001

17. Garcia-Schinzaria N.R., Pfeifera L.I., Pacciullo Spositob A. M. Caixas de histórias como estratégia auxiliar do enfrentamento da hospitalização de crianças e adolescentes

Одинцова М.А., Радчикова Н.П., Саркисян А.О.,
Куляцкая М.Г. Диспозиционные стили
в авторских сказках подростков с онкологическими
и ревматическими заболеваниями
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 2. С. 80–104.

Odintsova M.A., Radchikova N.P., Sarkisyan A.O.,
Kulyatskaya M.G. Dispositional Styles in Original
Tales of Adolescents with Cancer
and Rheumatic Diseases
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 2, pp. 80–104.

com cancer. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos*, 2014, vol. 22, no. 3, pp. 569–577. 10.4322/cto.2014.079

18. Masaaki M. Pediatric rheumatic diseases: a review regarding the improvement of long-term prognosis and the transition to adults. *Immunological Medicine Volume*, 2018, vol. 41, no. 1, pp. 2–5. doi: 10.1080/09114300.2018.1451591

19. Mattsson E., Lindgren B., Von Essen L. Are there any positive consequences of childhood cancer? A review of the literature. *Acta Oncologica*, 2008, vol. 47, pp. 199–206. doi:10.1080/02841860701765667

20. Vlachioti E. et al. Assessment of quality of life of children and adolescents with cancer during their treatment. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 2016, vol. 16, no. 5, pp. 453–460. doi: 10.1093/jjco/hyw009

21. Tong A, Sainsbury P, Craig J: Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32 item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 2007, vol. 19, no. 6, pp. 349–357, doi: 10.1093/intqhc/mzm042

Способность дошкольников использовать представления о знаниях другого человека и способах его изменения

Смирнова Я.К.,

кандидат психологических наук, доцент, Алтайский государственный университет (ФГБОУ ВО АлтГУ), Барнаул, Россия, uana.smirnova@mail.ru

Макашова А.В.,

студентка, Алтайский государственный университет (ФГБОУ ВО АлтГУ), Барнаул, Россия, asu1874psyh@mail.ru

Харитоновна М.А.,

студентка, Алтайский государственный университет (ФГБОУ ВО АлтГУ), Барнаул, Россия, marina.kharitonova.1998@mail.ru

В статье рассматривается проблема способности типично развивающихся дошкольников и дошкольников с задержкой психического развития использовать представления о знаниях другого человека и способах его изменения, способность децентрировать мышление в процессе коммуникации на примере понимания обмана. В исследовании участвовали 72 ребенка дошкольного возраста. Для анализа развития базовых представлений о ментальном мире других людей у дошкольников использовался Тест на ошибочное мнение Н. Wimmer, J. Perner (1983). Для оценки способности применения обмана дошкольникам были предложены игры «Отгадай, в какой руке монетка» и «Спрячь игрушку в коробке». Показана специфика дефицита средств социального взаимодействия, основанных на модели психического. Проанализировано, что в игре с обманым действием от ребенка требуется использование знаков для предвосхищения событий, которые давали знать о зарождающемся действии другого человека. Дети с задержкой психического развития в игре с обманым действием проявляли ситуационный способ действия без учета модели психического партнера по взаимодействию.

Ключевые слова: модель психического, социальное познание, ориентировочная основа действий, возрастное развитие, дошкольный возраст, теория разума, аутизм, задержка психического развития.

Для цитаты:

Смирнова Я.К., Макашова А.В., Харитоновна М.А. Способность дошкольников использовать представления о знаниях другого человека и способах его изменения [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 2. С. 105–123. doi: 10.17759/psyclin.2019080206

For citation:

Smirnova Ya.K., Makashova A.V., Kharitonova M.A. The Ability of Preschoolers to Use Ideas About Other's Knowledge and the Ways of Changing It [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 2, pp. 105–123. doi: 10.17759/psycljn.2019080206 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Проблема становления различных форм социального взаимодействия у детей с нормативным и нарушенным развитием связана с анализом механизмов, определяющих активное взаимодействие ребенка с миром [8]. В свою очередь данные об интеллектуальном развитии ребенка следует рассматривать совместно с вопросами сформированности произвольной регуляции поведения, ориентировкой на других детей и социальными мотивами [11]. Среди основных причин низкого уровня сформированности социальных взаимодействий обычно выделяют трудности в восприятии значимых социальных сигналов и знаково-символических средств.

S. Baron-Cohen была выявлена качественная специфика генеза знаково-символической функции у аутичных детей. Было показано, что данное нарушение приводит к недоразвитию всех символично-моделирующих средств социального взаимодействия в целом, основанных на модели психического [14; 32]. Также нарушается способность к метареферентации, т.е. способность понимать, что другой человек представляет что-то отличное от собственных убеждений, а именно не формируется модель психического. Такая способность невозможна без внутреннего опыта, референция которого необходима для теоретического конструирования объяснения поведения другого человека. Важными в развитии ребенка становятся способность к использованию «знаков» как указателей и социальных сигналов по отношению к другим и формирование у ребенка системы коллективных знаков, порождающих символическую функцию как средство выражения мышления [1; 2; 10]. Увеличивается роль социального обмена в развитии мышления через призму перехода от дооперационального эгоцентризма мышления [10].

У типично развивающегося ребенка формируется потребность в проверке своего мышления как условие формирования операционального мышления и социальная обязанность одновременно [9]. Постоянный обмен мыслями с другими

людьми позволяет децентрировать себя и обеспечивает возможность внутренне координировать отношения, вытекающие из разных точек зрения. Тем самым способность к межиндивидуальному интеллектуальному обмену может выступать критерием социализированности индивида [4; 9; 10]. Поэтому основной мотивационный субстрат, необходимый для сотрудничества, – мотивация делиться чувствами, опытом и действиями с другими лицами. Данный межиндивидуальный интеллектуальный обмен включает в себя понимание содержания психологического состояния других людей, формы социального участия, символическое общение и познавательное представление.

Именно «модель психического» лежит в основе обращения к ментальным внутренним схемам, которые позволяют интерпретировать эти состояния, а в случае несформированности модели психического не формируется и ментальная основа социального познания.

Особенность направления исследования модели психического состоит в том, что становление и специфика данного явления изучаются на примере одного, реже нескольких ментальных феноменов, а уровень развития понимания конкретного ментального феномена отражает уровень развития модели психического в целом. Основным вопросом является методическая процедура изучения модели психического каждого из уровней [5; 10; 12].

Так, в рамках исследования модели психического С. Прак выделил основные направления анализа данного феномена: ложные убеждения (*false belief*), различия кажущегося и реального (*appearance-reality distinction*), игры понарошку (*pretend play*), понимание ментальных феноменов в социальном взаимодействии и общении (*understanding of mental states in social interaction and communication*) и обман (*deception*) [5].

Подчеркивается, что модель психического является тем механизмом, без которого невозможен обман [13]. Обман связан с пониманием психических состояний и процессов других людей, поскольку предполагает умение оценивать широту и содержание знаний другого человека и менять их адекватными способами, а также умение заставить другого человека поверить в то, что на самом деле неверно [3; 7]. Для распознавания обмана детям необходимо понимать не только проявленные ментальные феномены, но и тщательно скрываемые, т.е. осуществлять двойное декодирование (распознавать обман), опираясь на дополнительные знания и представления. Когда индивид знает, что другой хочет (желание) и что он думает (убеждение) о способах достижения этого, тогда индивид может предсказать его поведение (намерение).

При этом подчеркивается, что система изучаемых аспектов понимания обмана охватывает когнитивные, а не нравственные аспекты. Распознавание обмана рассматривается как когнитивная функция, в которой учитываются конкретные приемы реализации модели психического на том или ином уровне становления. Понимание обмана посредством модели психического выступает как один из

компонентов объективно-рефлексивно-нормативного мышления, а именно социально рекурсивных и саморефлексивных умозаключениях о других или их собственных намеренных состояниях [7, с. 32]. При дефиците модели психического ребенок не может первоначально отражать социальное понимание намерений других людей [18; 19; 27; 28; 30]. В связи с этим были исследованы такие когнитивные аспекты понимания обмана, как определение и использование понятия «обман», представления о возможности успешности обмана, способы распознавания обмана, к которым относились признаки, стратегии и условия применения разных признаков при распознавании обмана, самостоятельное использование обмана, собственные стратегии обмана [6; 7].

Идея возрастной гетерохронности понимания обмана и исследования А.С. Герасимовой и Е.А. Сергиенко показывают, что в разные периоды детства стратегии распознавания и степень чувствительности к нюансам обмана отличаются. На более раннем возрастном этапе дети используют неэффективные способы распознавания обмана, отражающие недостаточное развитие модели психического [3; 4; 10].

Важным аспектом изучения данного вопроса является снижение уровня модели психического при отклонениях психического развития. Так, исследования понимания обмана детьми с аутизмом показали, что они испытывали трудности как в совершении обманных действий, так и в понимании того, что обман приведет к возникновению неверных мнений у других людей [11; 14; 15; 27; 30]. Развитие «модели психического», опираясь на определенный уровень интеллектуального развития ребенка, предполагает и становление особой системы репрезентаций психического. Развитие понимания обмана свидетельствует о развитии «модели психического» как когнитивного феномена [4]. Ребенок, знающий о возможности обмана и успешно распознающий обман, понимает отличия между репрезентацией собственных психических феноменов и психических состояний и процессов других людей. Для исследования всех изучаемых аспектов модели психического, в том числе понимания обмана, на наш взгляд, наиболее подходящим контекстом является игровая деятельность.

Во-первых, в игре ребенку можно предложить тот новый вид поведения, сущность которого заключается в том, что деятельность в мнимой ситуации освобождает ребенка от ситуационной связанности: в игре ребенок научается действовать в познаваемой, а не видимой ситуации [2]. Это соотносится с положениями Ж. Пиаже о том, что ребенок на дооперациональной стадии развития интеллекта не в состоянии различить видимость и реальность [9]. Детские игры понарошку можно интерпретировать как формируемые посредством слов и действий обстоятельства, не соответствующие реальности. Как раз такое освоение умения притворяться в раннем детстве рассматривается как часть развития детских знаний о психическом [24; 21].

Во-вторых, в игре наблюдается расхождение смыслового и видимого полей [2]. Именно в игре ребенок начинает действовать независимо от непосредственного

восприятия происходящего и руководствуется в своих действиях смыслом этой ситуации. И тогда в рамках исследования «модели психического» игровая деятельность позволяет наблюдать и оценивать умения ребенка замечать различия кажущегося и реального.

В-третьих, поведение ребенка в игре как в условиях мнимой ситуации уже включает в себе правила поведения, хотя это не игра с развитыми правилами, сформулированными наперед [2; 29]. То есть ребенок вынужден отказываться в игре от непосредственного импульса, координируя свое поведение, каждый свой поступок с игровыми правилами, которые в первую очередь отличаются тем, что устанавливаются самим ребенком. Соответственно соблюдение игровых правил может быть одним из критериев развития произвольного контроля ребенка [9].

В игре проявляются способность ко вторичным репрезентациям, отражающим не вещи в реальности, а их гипотетическое содержание, и способность строить причинные гипотезы. Для нас показательно, что в игре с обманым действием от ребенка требуется использование знаков для предвосхищения событий, которые давали знать о зарождающемся действии другого человека. То есть в игре возможно проследить способность ребенка использовать знаково-символические средства взаимодействия с партнером.

Данные факты являются предпосылками для изучения способности предвосхищения событий, зависящие от внутреннего опыта, репрезентация которого необходима для теоретического конструирования объяснения поведения другого человека. В ситуации игры с обманым действием становится возможным проследить способность к использованию знаков и как указательных социальных сигналов по отношению к другим, и как средства выражения мышления, и как средства изменения других людей.

При этом если аспект понимания обмана достаточно изучен, то экспериментальная ситуация, которая демонстрирует особенности модели психического как способности повлиять на психическое состояние других путем обмана, остается мало изучена. На наш взгляд, соблюдение игровых правил может выступать одновременно одним из критериев развития произвольного контроля ребенка и критерием развития «модели психического».

Еще одно нерешенной проблемой является то, что в ряде исследований проведен анализ связи уровня интеллектуального развития и развития модели психического. Между тем эти исследования в основном проводились на выборках детей с расстройствами аутистического спектра и со сниженным интеллектом, но систематизированных данных о связи модели психического и способности к обману у детей с задержкой психического развития остается мало.

При этом остается открытым вопрос, что лежит в основе отсутствия построения модели психического. Еще одна нуждающаяся в проверке гипотеза заключается в том, что дефицит механизмов формирования социального опыта,

лежащий в основе нарушений модели психического, случается из-за чрезмерной задержки в развитии [19; 20]. Получив подтверждение этой гипотезы, мы смогли бы объяснить, почему высокофункциональные аутичные дети кажутся способными понимать притворство [17] и ложную убежденность [16].

Результаты предыдущих исследований [14; 18; 23; 25; 26; 28; 31] позволяют обнаружить предпосылки для изучения вопроса о синхронности когнитивного развития и формирования модели психического. Мы исходим из гипотезы о том, что у группы детей с задержкой психического развития будут наблюдаться трудности в понимании отличий между репрезентацией собственных психических феноменов и психического других людей в связи с нарушениями в восприятии значимых социальных сигналов и знаково-символических средств, а также из-за преобладания непосредственного восприятия и снижения произвольного контроля. Это позволит выявить факт того, что навыки понимания обманных действий как проявления модели психического связаны с формированием обобщенных «символических» способностей и общих социально-познавательных процессов у детей.

Процедура исследования

Общую **выборку** исследования составили 72 ребенка дошкольного возраста от 5 до 6 лет (средний возраст – 5 лет и 6 месяцев). Экспериментальную выборку составили 42 ребенка дошкольного возраста (средний возраст – $5,6 \pm 0,47$), посещающие группы компенсирующей направленности и имеющие сочетанные формы особенностей психического развития и (или) отклонений в поведении: нарушение когнитивных функций, речи, эмоционально-волевой сферы, поведения, коммуникативной функции. Все дети из экспериментальной выборки имели нарушения развития, характерные для разных форм ЗПР, в том числе смешанных (F.80–F.89 по МКБ-10). Диагнозы были выставлены психологом и психиатром в рамках медико-психолого-педагогической комиссии; в ходе диагностики оценивался уровень интеллектуального развития при помощи теста интеллекта Векслера для дошкольного и младшего школьного возраста (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence, WPPSI). Результаты ниже среднего (<85 баллов) по тесту оценивались как критерий наличия ЗПР.

Контрольную выборку составили 30 дошкольников (средний возраст – $5,2 \pm 0,34$), имеющих развитие, соответствующее возрастной норме. Дети с нормативным возрастным развитием по результатам диагностики психологом детского сада имели средний уровень развития интеллекта (>100 баллов)

Методы. Для анализа развития базовых представлений о ментальном мире других людей у дошкольников были использованы классические методики, оценивающие и распознающие ложные убеждения, а именно:

1. Тест на ошибочное мнение («Задача Салли–Энн») (Н. Wimmer, J. Perner, 1983; адаптирован А.С. Герасимовой, Е.А. Сергиенко [4; 9]);

2. Задача на исследование возможности использования направления взора как показателя желаний «Что хочет Чарли?» (S. Baron-Cohen, P. Cross, 1992; адаптирована А.С. Герасимовой, Е.А. Сергиенко [4; 9]).

3. Задача на понимание намерений с опорой на внешние признаки (A. Meltzoff, 2002; адаптирована А.С. Герасимовой, Е.А. Сергиенко [4; 9]).

4. Задача на понимание принципа «видеть – значит знать»: «Какая девочка знает, что лежит в коробке?» (S. Baron-Cohen, 1989; адаптирована А.С. Герасимовой, Е.А. Сергиенко [4; 9]).

В ходе обследования оценивалась способность ребенка к распознаванию социальных сигналов, а именно понимание интенциональности (желаний и намерений) по поведенческим сигналам и внешним проявлениям: направлению взора, мимике, жестам. Были использованы идеи анализа развития базовых представлений о ментальном мире других людей по направлению взгляда как важного показателя реагирования на привлечение совместного внимания и дальнейшей возможности инициирования совместного внимания (Hobson, 2005).

В совокупности данные задания позволили выявить уровень понимания ментального мира: 1) понимание чувств и эмоциональных переживаний другого; 2) возможность учитывать то, что знает другой; 3) возможность определять намерения; 4) понимание связи между действиями других людей [4; 9]. Правильность решения задания оценивалась в 1 балл (максимальный балл – 4). Использовался общий суммарный показатель правильности решения каждой задачи как интегральный показатель уровня становления модели психического и степени ориентации на значимые социальные поведенческие сигналы.

5. Также применялся ряд задач на применение ложных убеждений в ситуации игры. Игра включала в себя понимание и применение обмана как умышленной передачи неверных сведений, а именно применение ссылочного информирования для изменения поведения партнера. Соблюдение игровых правил рассматривается как один из критериев развития произвольного контроля ребенка [10].

Мы провели две серии задач на выявления способностей понимать и применять ложные убеждения в форме игры на обман. Для нашего исследования важным аспектом явилась оценка способности детей обманывать как маркер способности использовать представления о знаниях другого человека и способах его изменения.

При разработке первой серий задач за образец нами была взята игра на применение ложных убеждений «Отгадай, в какой руке монетка» (S. Baron-Cohen, 1992). Дошкольникам была предоставлена ситуация выбора одной монеты из нескольких: ненастоящей монеты и настоящих монет разных размеров. Ненастоящая (шоколадная монета в обертке, которая похожа на настоящую, но

несколько больше по размеру) была добавлена в данную игру с целью проверки способности детей к распознаванию и различению «ложной» монеты и настоящих. После ребенку предлагали игру, в которой он должен был спрятать предмет в левой или правой руке, и когда экспериментатор спрашивал, в какой руке предмет, ребенок должен был обмануть экспериментатора, указав на ту руку, в которой ничего не было. Правильность решения задания оценивалась в 1 балл (максимальный балл – 5).

Во второй серии задач детям было предложено спрятать игрушку в одной из трех небольших коробок так, чтобы экспериментатор не знал, где именно она находится. Ребенку было разрешено прятать предмет в любую коробку и переставлять их в любом порядке. Как и в первой серии, в конце игры экспериментатором задавался вопрос о том, в какой именно коробке находится игрушка, и детям необходимо было обмануть экспериментатора, показав на пустую коробку.

Данные серии задач повторялись пять раз, что позволило проследить не только частоту применения ложных убеждений, но и учесть факт, что некоторые дети могли применить обманные действия только после нескольких попыток. Особенно это было выражено в группе детей с задержкой психического развития, где зачастую наблюдались случайное применение обманных действий или безуспешные попытки проигрывания ситуации обмана. Правильность выполнения задания оценивалась в 1 балл (максимальный балл – 5).

Результаты исследования

Сначала мы проанализировали специфику проявления модели психического у детей с разным уровнем психического развития. Использовался общий суммарный показатель правильности решения каждой задачи как показатель уровня становления модели психического. При помощи дисперсионного анализа были найдены значимые различия в уровне модели психического группы детей с нормативным возрастным развитием и детей с задержкой психического развития (статистика Ливня=6,36, $p=0,147$; $F=11,72$, $df=14$, $p=0,001$) (рис. 1).

Если дети с нормативным развитием справлялись в среднем с 3,2 из 4 задач, то показатель в группе детей с задержкой психического развития составил 1,7. Сниженную успешность выполнения задач у детей с ЗПР можно рассматривать как проявление трудностей в понимании отличий между репрезентацией собственных психических феноменов и психического других людей. На наш взгляд, это может быть связано с нарушениями в восприятии значимых социальных сигналов.

Исходя из различий групп можно прийти к выводу, что уровень развития модели психического условно связан с уровнем когнитивного развития. Следовательно, данная связь может опосредовать нарушения понимания намерений других людей и, как следствие, формирования базы социального опыта.

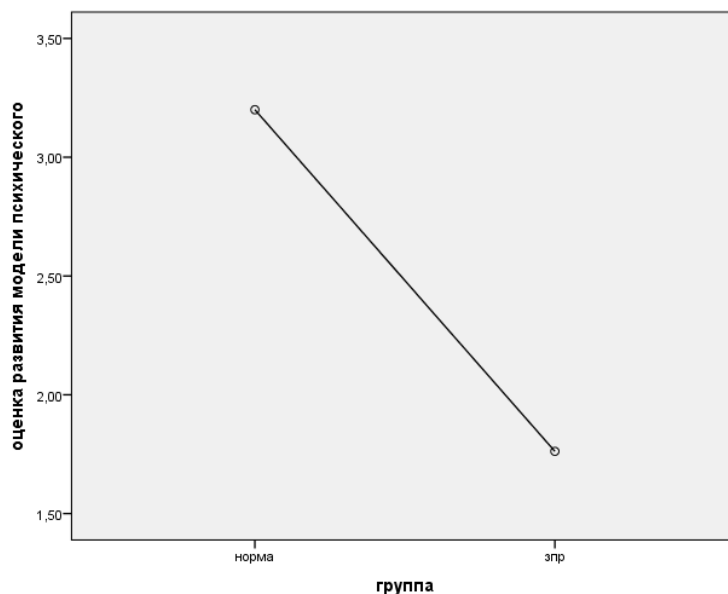


Рис. 1. Различие в уровне модели психического у групп дошкольников

Далее нами была проверена гипотеза о наличии различий у двух групп детей в применении обманных действий. При помощи дисперсионного анализа было выявлено, что в отличие от детей с нормативным развитием (средний показатель по группе – 4,6) дети с задержкой психического развития (средний показатель по группе – 0,5) либо не могут применять обманные действия, либо значительно реже это делают в серии заданий со спрятанной игрушкой в коробках (статистика Ливня=2,38, $p=0,128$; $F=205,66$, $df=50$, $p=0,0001$) (рис. 2).

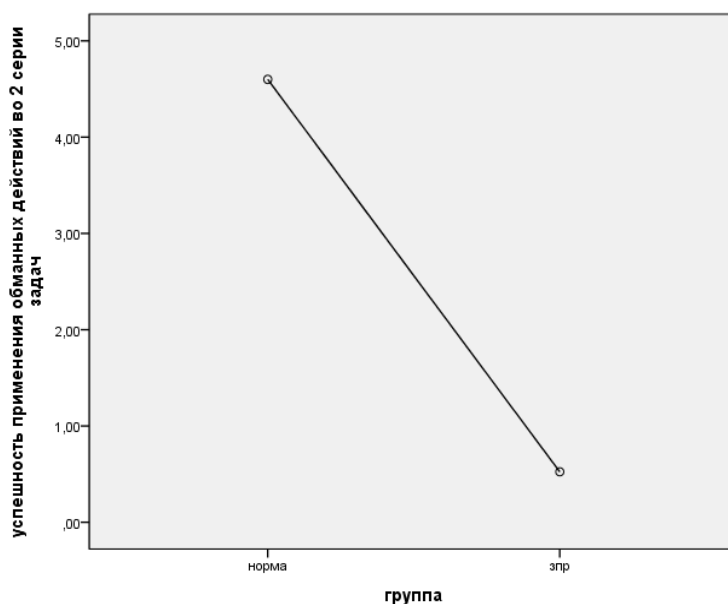


Рис. 2. Частота применения обманных действий в группах дошкольников в серии заданий со спрятанной игрушкой в коробках

Та же тенденция выявлена и в серии с прятаньем монетки в руке (статистика Ливня=0,01, $p=0,938$; $F=11,34$, $df=50$, $p=0,001$) (рис. 3). Дошкольники с задержкой психического развития (средний показатель в группе составил 0,3) реже применяли и понимали смысл обманных действий по сравнению с типично развивающимися сверстниками (средний показатель в группе – 1).

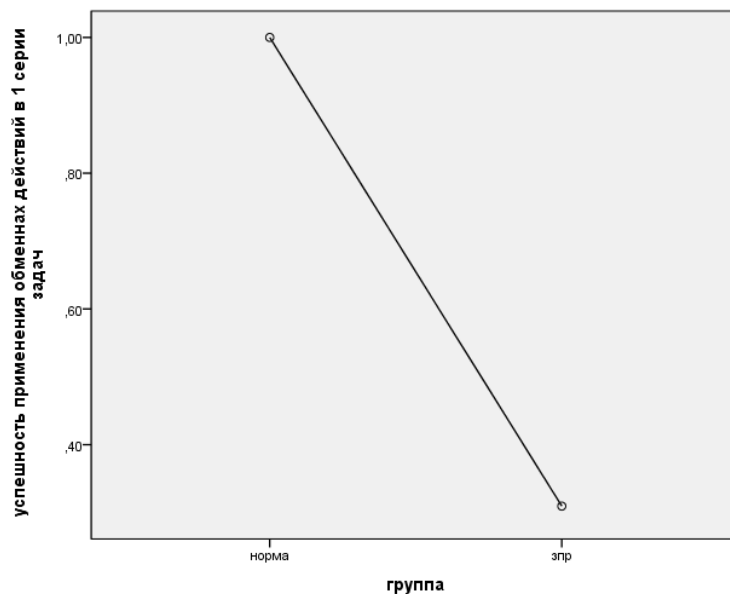


Рис. 3. Частота применения обманных действий в группах дошкольников в серии с заданием спрятать монетку в руке

Данные различия можно объяснить тем, что дети с задержкой психического развития в отличие от их нормально развивающихся сверстников испытывают бóльшие трудности в следовании правилам и произвольном контроле поведения в игровой ситуации, а именно в действиях, независимых от непосредственного восприятия предмета или воздействия контекста ситуации.

Можно проследить трудности произвольного следования игровым правилам у детей с задержкой психического развития. В ходе исследования у детей с нормативным развитием не возникало трудностей в применении обманных действий в игровой форме, при этом важно отметить, что дети из данной группы перед совершением обманных действий уточняли, является ли это правилом игры и условием выигрыша. Дети с задержкой психического развития испытывали трудности как в совершении обманных действий, так и в понимании того, что обман приведет к возникновению неверных убеждений у других людей. Дети с ЗПР часто ошибались в этой игре, что свидетельствует о том, что им сложно применять обманные действия, а понимание значения этих действий отсутствует.

Более того, у детей с задержкой психического развития наблюдались трудности понимания принципа «знать – значит видеть»: вместо того чтобы перепрятать игрушку в другую коробку, они переставляли коробки местами или

прятали коробку с игрушкой под другими коробками или под столом. Таким образом, они действовали по принципу: если не видно коробку, где спрятана игрушка, значит, экспериментатор не узнает, что игрушка находится в ней». Также дети с задержкой психического развития часто не понимали правила игры и каждый раз показывали на руку или коробку, где лежал спрятанный предмет. У детей данной группы наблюдались трудности понимания отличий видимого от реального: они допускали ошибки при попытке определить, настоящая была монетка или шоколадная.

Для дополнения данных по результатам теста на понимание ошибочных мнений (задача Салли-Энн) группа детей с задержкой психического развития была разделена на две подгруппы: подгруппа успешно решивших тест на понимание ложных убеждений и подгруппа детей, не справившихся с определением ложности убеждений. С помощью дисперсионного анализа подгруппы детей были сравнены в отношении умения применять обманные действия. Оказалось, что те дошкольники с ЗПР, которые успешно решали задачу на ошибочное мнение, чаще и успешнее применяли обманные действия в задании спрятать монетку в руке (статистика Ливня =2,12, $p=0,154$; $F=7,24$, $df=50$, $p=0,010$) (рис. 4).

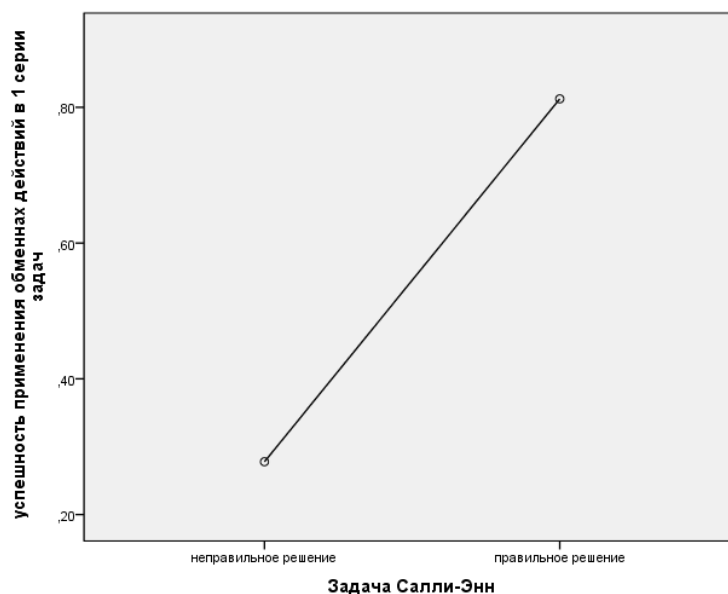


Рис. 4. Внутригрупповые различия в применении обманных действий в группе детей с задержкой психического развития, успешно и неуспешно справившихся с задачей на ложные убеждения

Далее при помощи регрессионного анализа нами была проверена гипотеза о влиянии уровня развития модели психического на качество применения обманных действий. Так, в качестве предиктора (независимой переменной) выступила оценка развития модели психического, а в качестве зависимой переменной – успешность применения обманных действий в 1 и 2 серии экспериментальных задач. Выявлено, что уровень развития модели психического влияет на применение обманных

действий и в серии заданий, где ребенок должен спрятать игрушку в одной из трех небольших коробок ($R^2=0,375$, $p=0,0001$, $\beta=0,612$), и в серии заданий с монеткой ($R^2=0,325$, $p=0,0001$, $\beta=0,570$).

Анализ результатов исследования позволяет прийти к выводу, что способность использовать представления о знаниях другого человека и способах их изменения с помощью обманных действий обусловлена когнитивным функционированием.

Выводы и заключение

У детей с задержкой психического развития наблюдаются одновременно и дефицит модели психического, и буквальность восприятия правил в игре с обманными действиями. Последнее проявляется в том, что ребенок путает символические правила игры. Это может быть связано с тем, что способность использовать представления о знаниях другого человека и способах изменения его знаний, а также постоянный обмен мыслями с другими людьми позволяют ребенку децентрироваться и обеспечивают возможность внутренне координировать отношения с партнером по общению, вытекающие из разных точек зрения. В связи со сниженной способностью к децентрации дети с задержкой психического развития в игре с обманными действиями следовали правилам игры буквально, без учета модели психического их партнера по взаимодействию. Их действия зачастую были оторванными от реальной коммуникативной ситуации.

При низком уровне развития модели психического у дошкольников наблюдаются трудности создания мнимой ситуации для партнера по коммуникации с целью изменения его психических процессов и состояний. Неумение применять обманные действия в ситуации игры могут быть сопряжены с трудностями произвольного контроля, так как действия по правилам такой игры требуют от ребенка способности действовать вопреки непосредственному импульсу. Дети с задержкой психического развития чаще приходят к конфликту между правилами игры и желаемыми действиями.

С помощью исследования действий дошкольников в ситуации игры с обманным действием, предполагающей обмен информацией с партнером для прогнозирования его социального ответа, удалось проследить специфику их модели психического.

На основании полученных результатов можно предположить, что из-за сочетанного дефицита модели психического и когнитивного развития у детей с ЗПР для них характерны отклоняющиеся от нормальных или слабые проявления социального взаимодействия, проявляющиеся в несформированности игровых действий, активном избегании социальных контактов, а также в неспособности инициировать и поддерживать взаимодействие.

Финансирование

Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ МК-3052.2018.6 «Становление механизмов произвольной регуляции ориентировочной части совместной деятельности на ранних этапах онтогенеза».

Литература

1. *Выготский Л.С.* Игра и ее роль в психическом развитии ребенка [Электронный ресурс] // Альманах Института коррекционной педагогики. 2017. № 28. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-28/the-game-and-its-role-in-the-mental-development-of-the-child> (дата обращения: 07.12.2018).
2. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений: В 6 т. Т. 1. Вопросы теории и истории психологии / Под ред. А.Р. Лурия, М.Г. Ярошевского. М.: Педагогика, 1982. 488 с.
3. *Герасимова А.С., Сергиенко Е.А.* Понимание обмана детьми 5–11 лет и становление модели психического // Психологический журнал. № 1. Т. 26, 2005. С. 56–70.
4. *Герасимова А.С., Сергиенко Е.А.* Факторы и условия развития понимания обмана детьми // Исследования по когнитивной психологии / Под ред. Е.А. Сергиенко. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2004. С. 351–377.
5. *Колесникова Н.И.* Развитие модели психического в период юности и зрелости: дисс. канд. психол. наук. М., 2012. 202 с.
6. *Королева Н.А., Сергиенко Е.А.* Генезис соотношения модели психического и символических функций в дошкольном возрасте [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2017. Т. 10. № 52. 9 с. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 27.11.2018).
7. *Найденова А.В.* Модель психического детей-сирот: дисс. канд. психол. наук. М., 2012. 197 с.
8. *Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинз М.М.* Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Теревинф, 2017. 288 с.
9. *Пиаже Ж.* Психология интеллекта. СПб.: Питер, 2003. 192 с.
10. *Сергиенко Е.А., Лебедева Е.И., Прусакова О.А.* Модель психического как основа становления понимания себя и другого в онтогенезе человека. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. 415 с.
11. *Симашкова Н.В., Ключник Т.П., Коваль-Зайцев А.А.* Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра. М.: Гэотар-Медиа, 2016. 288 с.

12. Уланова А.Ю. Модель психического как ментальная основа коммуникативной успешности детей 4-6 лет: дисс. канд. психол. наук. М., 2015. 201 с.
13. Adenzato M., Ardito R.B. The role of theory of mind and deontic reasoning in the evolution of deception // M. Hahn, S.C. Stoness (eds.). Proceedings of the Twenty-First Conference of the Cognitive Science Society. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, 1999. P. 7–12.
14. Baron-Cohen S. Mind Blindness. Cambridge, MA: MIT Press, 1995. 198 p.
15. Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. Does the autistic child have a «theory of mind»? // Cognition. 1985. Vol. 21. №1. P. 37–46. doi: 10.1016/0010-0277(85)90022-8
16. Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., Frith U. Mechanical, behavioural and intentional understanding of picture stories in autistic children // British Journal of Developmental Psychology. 1986. Vol. 4. № 2. P. 113–125. doi: 10.1111/j.2044-835X.1986.tb01003.x
17. Boucher J., Lewis V. Memory impairments and communication in relatively able autistic children // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1989. Vol. 30. № 1. P. 99–122. doi: 10.1111/j.1469-7610.1989.tb00771.x
18. Bruner J. Child's talk: Learning to Use Language. New York: Norton, 1985. 144 p.
19. Frith U. A new look at language and communication in autism // British Journal of Disorders of Communication. 1989. № 24. P. 123–150.
20. Gelb et Coidslein. Ueber den Einfluss des vollstandigen Verlustes des optischen Vorstellungsvermogens auf das taktile Erkennen // Psychologische Analysen hirnpathologischer Falle. 1920. Ch. 2. P. 157–250.
21. Hobson R.P. Beyond Cognition: A Theory of Autism // Autism, nature, diagnosis and treatment / G. Dawson (ed.). New York: The Guilford press, 1989. P. 22–48.
22. Hobson R.P. Understanding persons: the role of affect // Understanding other minds; perspectives from autism / S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, D.J. Cohen (eds.). Oxford: Oxford University Press, 1993. P. 204–227.
23. Kasari C. Affective sharing in the context of joint attention interactions of normal, autistic, and mentally retarded children // Journal of Autism and Developmental Disorders. 1990. Vol. 20. № 1. P. 87–100.
24. Leslie A.M. Pretence and representation: the origins of "theory of mind" // Psychological Review. 1987. № 94. P. 412–426.
25. MacPherson A.C., Moore C. Attentional control by gaze cues in infancy // Gaze-Following: Its Development and Significance / R. Flomm, K. Lee, D. Muir (eds.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2007. P. 53–76.

Смирнова Я.К., Макашова А.В., Харитоновна М.А.
Способность дошкольников использовать
представления о знаниях другого человека
и способах его изменения
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 2. С. 105–123.

Smirnova Ya.K., Makashova A.V., Kharitonova M.A.
The Ability of Preschoolers to Use Ideas About
Other's Knowledge and the Ways of Changing It
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 2, pp. 105–123.

26. *Moore C., Dunham P., Hillsdale N.J.* Joint Attention: Its Origins and Role in Development: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. 294 p.
27. *Mundy P.* A manual for the Abridged Early Social Communication Scales (ESCS). Miami: University of Miami Psychology Department, 2003. 65 p.
28. *Mundy P., Sullivan L., Mastergeorge A.M.* A parallel and distributed-processing model of joint attention, social cognition, and autism // *Autism research*. 2009. Vol. 2. №1. P. 2–21. doi: 10.1002/aur.61.
29. *Ozonoff S.* Components of executive function in autism and other disorders // *Autism as an executive disorder* / ed. J. Russell. Oxford: Oxford University Press, 1997. P. 179–211.
30. *Rossano F., Carpenter M., Tomasello M.* One-Year-Old Infants Follow Others Voice Direction // *Psychological Science*. 2012. Vol. 23. №. 11. P. 1298–1302. doi: 10.1177/0956797612450032.
31. *Scaife M., Bruner J.* The capacity for joint visual attention in the infant // *Nature*. 1975. Vol. 253. P. 265–266.
32. *Tomasello M.* Understanding and sharing of intentions: the origins of cultural cognition // *Behavioral and Brain Sciences*. 2005. Vol. 28. № 5. P. 675–735. doi: 10.1017/S0140525X05000129.

The Ability of Preschoolers to Use Ideas About Other's Knowledge and the Ways of Changing It

Smirnova Ya.K.,

PhD in Psychology, associate professor, Altai State University (ASU), Barnaul, Russia, yana.smirnova@mail.ru

Makashova A.V.

student, Altai State University (ASU), Barnaul, Russia, asu1874psyh@mail.ru

Kharitonova M.A.,

student, Altai State University (ASU), Barnaul, Russia, marina.kharitonova.1998@mail.ru

The article deals with the problem of the ability to use ideas about other's knowledge and the ways of changing it, the ability to de-center thinking in the process of communication in the example of understanding deception in typically developing preschoolers and preschoolers with mental retardation. The recognition of deception is considered as a cognitive function, taking into account the specific techniques of the implementation of the mental model. Empirical sample of research: 72 children of pre-school age from 5 to 6 years. Contrast samples show the specificity of the lack of social interaction tools based on the mental model. Analyzed that in a game with deceit, a child is required to use signs to anticipate events that made it known about the nascent action of another person. In children with mental retardation in a game with deceptive action, shown a situational mode of action without taking into account the model of a mental interaction partner due to the lack of ability to decentration. The data reflects the relationship between the cognitive level of development and the level of the mental model in the process of forming the basis of social cognition and social experience in the early stages of ontogenesis.

Keywords: theory of mind, social cognition, tentative basis of actions, age development, preschool age, autism, mental retardation.

Funding

This work was supported by grant President MK-3052.2018.6 "Formation of mechanisms of arbitrary regulation of the indicative part of joint activities in the early stages of ontogeny".

References

1. Vygotskij L.S. Igra i ee rol' v psihicheskom razvitii rebenka [The game and its role in the mental development of the child] [Electronic resource]. *Al'manah Instituta korrekcionnoj pedagogiki [Almanac of the Institute of Correctional Pedagogy]*, 2017, no. 28 URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-28/the-game-and-its-role-in-the-mental-development-of-the-child> (Accessed 07.12.2018) (In Russ.).
2. Vygotskij L.S. Voprosy teorii i istorii psihologii. Sobranie sochinenij: V 6-ti t. T. 1. [Questions of theory and history of psychology. Collected Works: In 6 vol. Vol. 1.]. In A.R. Luriya, M.G. YArOshevskogo (eds.). Moscow: Pedagogika, 1982, 488 p. (In Russ.).
3. Gerasimova A.S., Sergienko E.A. Ponimanie obmana det'mi 5–11 let i stanovlenie modeli psihicheskogo [Understanding deception by children 5–11 years old and the emergence of a mental model]. *Psihologicheskij zhurnal [Psychological journal]*, 2005, vol. 26, no 1., pp. 56–70. (In Russ.).
4. Gerasimova A.S., Sergienko E.A. Faktory i usloviya razvitiya ponimaniya obmana det'mi [Factors and conditions for the development of an understanding of cheating children]. In E.A. Sergienko (ed.) *Issledovaniya po kognitivnoj psihologii [Cognitive psychology research]*. Moscow: publ. of Institute of Psychology RAS, 2004, pp. 351–377. (In Russ.).
5. Kolesnikova N.I. Razvitie modeli psihicheskogo v period yunosti i zrelosti. Diss. kand. psihol. nauk. [The development of a mental model in the period of adolescence and maturity: PhD. (Psychology) diss.]. Moscow, 2012. 202 p. (In Russ.).
6. Koroleva N.A., Sergienko E.A. Genezis sootnosheniya modeli psihicheskogo i simvolicheskikh funkciy v doshkol'nom vozraste [The genesis of the relationship model of mental and symbolic functions in the preschool age] [Electronic resource]. *Psihologicheskie issledovaniya [Psychological research]*, 2017, vol. 10, no. 52, 9 p. URL: <http://psystudy.ru> (Accessed 27.11.2018). (In Russ.).
7. Najdenova A.V. Model' psihicheskogo detej-sirot. Diss. kand. psihol. nauk. [Model of mental. PhD. (Psychology) diss.]. Moscow, 2012. 197 p.
8. Nikol'skaya O.S., Baenskaya E.R., Libling M.M. Autichnyj rebenok. Puti pomoshchi [Autistic child. Ways of help]. Moscow: Terevinf, 2017. 288 p.
9. Piazhe ZH. Psihologiya intellekta [Psychology of intelligence]. Saint-Petersburg: Piter, 2003. p.192 (In Russ.).
10. Sergienko E.A., Lebedeva E.I., Prusakova O.A. Model' psihicheskogo kak osnova stanovleniya ponimaniya sebya i drugogo v ontogeneze cheloveka [The model of the mental as the basis for the development of the understanding of oneself and another in the ontogeny of man]. Moscow: publ. of Institute of Psychology RAS, 2009. 415 p. (In Russ.).

11. Simashkova N.V. Kliniko-biologicheskie aspekty rasstrojstv autisticheskogo spektra [Clinical and biological aspects of autism spectrum disorders]. Moscow: Gehotar-Media, 2016. 288 p. (In Russ.).
12. Ulanova. A.YU. Model' psihicheskogo kak mental'naya osnova kommunikativnoj uspeshnosti detej 4-6 let. Diss. kand. psihol. nauk. [The mental model as a mental basis for the communicative success of children 4-6 years old. PhD. (Psychology) diss.]. Moscow, 2015. 201 p. (In Russ.).
13. Adenzato M., Ardito R.B. The role of theory of mind and deontic reasoning in the evolution of deception. In M. Hahn, S.C. Stoness (Eds.), *Proceedings of the Twenty-First Conference of the Cognitive Science Society*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1999. pp. 7– 12.
14. Baron-Cohen S. *Mind Blindness*. Cambridge, MA: MIT Press, 1995.
15. Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. Does the autistic child have a «theory of mind»? *Cognition*, 1985, vol. 21, no. 1, pp. 37–46. doi: 10.1016/0010-0277(85)90022-8
16. Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. Mechanical, behavioural and intentional understanding of picture stories in autistic children. *British Journal of Developmental Psychology*, 1986, vol. 4, no 2, pp. 113–125. doi: 10.1111/j.2044-835X.1986.tb01003.x
17. Boucher J., Lewis V. Memory impairments and communication in relatively able autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1989, vol. 30, no 1, pp. 99–122. doi: 10.1111/j.1469-7610.1989.tb00771.x
18. Bruner J. *Child's talk: Learning to Use Language*. New York: Norton, 1985.
19. Gelb et Coidslein. Ueber den Einfluss des vollstandigen Verlustes des optischen Vorstellungvermogens auf das taktile Erkennen. *Psychologische Analysen hirnpathologischer Falle*, 1920, chap. 2, pp. 157–250.
20. Hobson R.P. *Beyond Cognition: A Theory of Autism*. New York: The Guilford press, 1989.
21. Frith U. A new look at language and communication in autism. *British Journal of Disorders of Communication*, 1989, no. 24, pp. 123–150.
22. Hobson R.P. Understanding persons: the role of affect. In Baron-Cohen S., Tager-Flusberg H., Cohen D.J. (eds.) *Understanding Other Minds; Perspectives from Autism*. Oxford: Oxford University Press, 1993, pp. 204–227.
23. Leslie A.M. Pretence and representation: the origins of "theory of mind". *Psychological Review*, 1987, no. 94, pp. 412–426.
24. Kasari C. Affective sharing in the context of joint attention interactions of normal, autistic, and mentally retarded children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1990, vol. 20, no. 1, pp. 87–100.

Смирнова Я.К., Макашова А.В., Харитоновна М.А.
Способность дошкольников использовать
представления о знаниях другого человека
и способах его изменения
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 2. С. 105–123.

Smirnova Ya.K., Makashova A.V., Kharitonova M.A.
The Ability of Preschoolers to Use Ideas About
Other's Knowledge and the Ways of Changing It
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 2, pp. 105–123.

25. MacPherson A.C., Moore C. Attentional control by gaze cues in infancy. In R. Flomm, K. Lee, D. Muir (Eds.), *Gaze-Following: Its Development and Significance*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2007. pp. 53–76.
26. Moore C., Dunham P., Hillsdale N.J. Joint Attention: Its Origins and Role. In *Development: Lawrence Erlbaum Associates*, 1995. 294 p.
27. Mundy P. A manual for the Abridged Early Social Communication Scales (ESCS). Miami: University of Miami Psychology Department, 2003.
28. Mundy P., Sullivan L., Mastergeorge A.M. A parallel and distributed-processing model of joint attention, social cognition, and autism. *Autism research*, 2009, vol. 2, no. 1, pp. 2–21. doi: 10.1002/aur.61.
29. Rossano F., Carpenter M., Tomasello M. One-Year-Old Infants Follow Others Voice Direction. *Psychological Science*, 2012, vol. 23, no. 11, pp. 1298–1302. doi: 10.1177/0956797612450032.
30. Ozonoff S. Components of executive function in autism and other disorders. In J. Russell (Ed.), *Autism as an executive disorder*. Oxford: Oxford University Press, 1997. pp. 179–211.
31. Scaife M., Bruner J. The capacity for joint visual attention in the infant. *Nature*, 1975, vol. 253, pp. 265–266.
32. Tomasello M. Understanding and sharing of intentions: the origins of cultural cognition. *Behavioral and Brain Sciences*, 2005, vol. 28, no. 5, pp. 675–735. doi: 10.1017/S0140525X05000129.

Особенности письменной речи глухих подростков в виртуальном общении

Савченко Е.А.,

магистрант, Московский государственный педагогический университет (ФГБОУ ВО МГПУ), Москва, Россия, sava1496@mail.ru

Хохлова А.Ю.,

кандидат психологических наук, доцент, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Россия, ehalina2@yahoo.com

Статья посвящена анализу письменной речи подростков и молодых людей с нарушениями слуха в виртуальном пространстве. В исследовании участвовали 28 человек в возрасте от 16 до 20 лет (три человека в возрасте 16 лет, 9 человек – 17 лет, 4 человека – 18 лет); 14 человек имели нарушенный слух. Первая часть исследования проходила в виде онлайн-анкетирования, в котором выяснялись предпочитаемые виртуальные пространства для общения, отношение к письменному общению в них, а также давались творческие задания для оценки письменной речи, разработанные О.В. Виленской. Вторая часть состояла из анализа содержимого социальных страниц участников исследования. Результаты показали, что письменное общение глухих подростков и юношей в социальных сетях отражает общие особенности их речевого общения и социальных отношений (в целом более сжатые письменные высказывания, чем у слышащих сверстников, меньше собственно инициированной письменной речи, не столь гибкий стиль письма, меньше собеседников для общения в социальных сетях, преобладание ошибок согласования). Однако важным представляется тот факт, что они высоко оценивают важность письменной речи и стараются следить за ее правильностью. Виртуальное общение в жизни молодых людей с нарушенным слухом играет ту же роль, что и в жизни слышащих, и они успешно осваивают эту сторону современной реальности.

Ключевые слова: письменная речь, глухие и слабослышащие подростки, нарушения слуха, виртуальное общение, социальные сети.

Для цитаты:

Савченко Е.А., Хохлова А.Ю. Особенности письменной речи глухих подростков в виртуальном общении [Электронный ресурс]. *Clinical Psychology and Special Education* [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2019, vol. 8, no. 2, pp. 124–139. doi: 10.17759/psycljn.2019080207

For citation:

Savchenko E.A., Khokhlova A.Yu. Features of Written Language in Virtual Communication of Deaf Teenagers [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 2, pp. 124–139. doi: 10.17759/psycljn.2019080207 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Наиболее четкое определение особенностей письменной речи мы можем встретить в работе А.Р. Лурии «Язык и сознание», где говорится о том, что письменная речь по своей сути монологична и может выступать в самых разных формах – от заметки или письменного сообщения до повествования, рассуждения, доклада [4]. Во всех случаях структура письменной речи не похожа на устную речь – ни на диалогическую, ни на монологическую – и имеет ряд специфических особенностей. Письменная речь монологична в любом случае, она не подразумевает наличия собеседника, поэтому ее мотив и конечная цель в итоге зависят исключительно от субъекта. Весь процесс остается в пределах деятельности самого пишущего и не подразумевает коррекции либо вмешательства со стороны читателя. То есть письменная речь должна быть максимально понятна, последовательна и структурирована, а грамматические образы, используемые в ней, должны быть полными и достаточными для передачи смысла каждого конкретного сообщения.

Письменная речь глухих зависит в первую очередь от опыта обучения и образовательной среды. Некоторые люди с нарушениями слуха на высоком уровне владеют грамотной письменной речью и активно пользуются ей в повседневной жизни. Тем не менее выделяется ряд особенностей, которые свойственны письменной речи глухих в процессе обучения чтению, письму и словесной речи в целом [1; 2; 3; 6; 9; 10; 11]. Связаны они с подходом к обучению речи. Например, письменное слово является зачастую первым образом слова, с которым знакомится глухой ребенок. Несмотря на различные методики, которые предполагают первичное знакомство глухих с устной и дактильной речью, так называемое «глобальное чтение» (обучение узнаванию целых слов на табличках) для многих детей остается наиболее эффективной техникой обучения. Таким образом, глухие дети демонстрируют иногда даже меньше ошибок в основе слов, чем их слышащие сверстники. При этом они допускают значительно больше ошибок в изменяющихся частях слов.

Дактильная речь строится на основе письменной речи и полностью повторяет именно буквенный состав слов. Жестовая же речь, являющаяся, как правило, средством межличностного общения, не является аналогом словесной речи, имеет собственные лексику и грамматику и не имеет распространенной формы письменности. То есть соотношение и роли различных типов речи в развитии и жизни индивида с глухотой не такие, как у слышащего человека.

Вместе с тем письменная речь является одним из наиболее эффективных средств коммуникации глухого и слышащего, а иногда и глухих друг с другом, тем

более в условиях современной реальности, когда активно используются такие мобильные и интернет-приложения, как ВКонтакте, WhatsApp, Skype, Viber, Instagram, технологии SMS и иные средства общения, обмена информацией и ее поиска.

Письменная речь и слышащих, и глухих подростков в пространстве Интернета характеризуется рядом особенностей, которые приближают ее к разговорной диалогической речи. Например, для упрощения и ускорения процесса коммуникации используют много различных инструментов: смайлы и стикеры, сленг, жаргонизмы, сокращенные слова. Сегодня возникла новая форма языкового взаимодействия – письменная разговорная речь. Причем функцию интонационных конструкций принимают на себя «смайлики», которые помогают собеседнику выразить эмоциональную составляющую высказываний [5; 7].

При этом письменная речь, используемая в таком варианте межличностного общения со сверстниками, весьма редко соответствует грамматическим нормам литературной речи. Стоит понимать, что в большей степени люди используют социальные сети для общения. Исходя из того, что по скорости обмена сообщениями такое общение является аналогом устного разговора, люди пришли к пониманию, что за то время, пока собеседник находится онлайн, необходимо обменяться значительной массой информации. Из-за этого и возникает необходимость сокращений, сленга и неправильного написания слов, часто из-за банальных опечаток, которые затем уже не корректируются.

Страдает текстовая оформленность, речевые действия становятся более свернутыми, исчезает вариативность. Письма часто отправляются непроверенными. Также наблюдается приближенность к читателю, более доверительный тон общения. И несомненной особенностью сетевых текстов является сниженная грамотность языка [8].

Интересным представляется изучить и описать особенности разговорной письменной речи подростков и молодых людей с нарушенным слухом. Влияют ли традиционно выделяемые особенности письменной речи глухих на их общение в сети Интернет? Как в условиях речевого недоразвития, обусловленного снижением слуха, лица с нарушенным слухом овладевают виртуальной коммуникацией?

Процедура исследования

В исследовании участвовали 28 человек в возрасте от 16 до 20 лет, 14 из них имели нарушенный слух (6 девушек, 8 юношей). Все они на момент исследования являлись учащимися школ и колледжей. Из них 4 человека обучались в 10 классе, 6 человек – в 11 классе, 4 человека проходили обучение на первом курсе колледжа. Участники указали, что имеют III и IV степени тугоухости.

Слуховые аппараты были у 11 человек, 6 человек были протезированы бинаурально, 4 человека – моноурально. Один участник имел кохлеарный имплант. Не пользовались средствами слухопротезирования три человека.

Контрольную группу (для анализа страниц в социальных сетях) составили 14 человек, набранные случайным образом из социальной сети ВКонтакте. Группа слышащих респондентов формировалась таким образом, чтобы количество участников каждого возраста и пола соответствовало таковому в группе респондентов с нарушениями слуха: 7 человек обучались в 11 классе, 7 – на первом курсе в колледже.

Первая часть исследования проходила в виде онлайн-анкетирования. Вторая часть состояла из анализа содержимого социальных страниц участников. В анкетировании принимали участие только респонденты с нарушенным слухом, социальные страницы анализировались как в группе слышащих, так и слабослышащих участников.

Анкета, разработанная О.В. Виленской, включает 10 заданий тестового характера (с выбором одного или нескольких ответов) и 5 творческих вопросов, на которые необходимо написать развернутый ответ. К каждому творческому вопросу представлена письменная инструкция с примером выполнения.

Цель заполнения анкеты – выявление степени вовлеченности опрошенных в интернет-общение и предпочтений относительно использования различных электронных средств общения, а также изучение индивидуальной самостоятельной письменной речи в неофициальной обстановке (имитация ведения диалогов в социальных сетях, переписки с помощью SMS и Twitter).

Основными критериями оценки творческих заданий являлись:

- 1) правильность письменной речи;
- 2) уместность использования лексических средств;
- 3) развернутость сообщений;
- 4) использование особых лексических средств (жаргонизмов и т.д.), использование литературной речи;
- 5) характер взаимодействия в ситуации общения.

Также учитывались количество и характер ошибок.

Социальные страницы участников исследования оценивались по следующим характеристикам:

- 1) информация о пользователе, размещаемая на странице;
- 2) количество друзей в социальной сети;
- 3) наполняемость информацией;
- 4) грамотность контента, размещенного на странице.

Исследование проведено с помощью Google Формы – специального сервиса, созданного для различного рода опросов. Там же были даны инструкции к каждому

заданию. Вопросы с открытой формой ответа сопровождалась конкретными примерами. Время заполнения не ограничивалось. Вопросы организаторам опроса можно было задать по электронной почте, предоставленной участникам для обратной связи. В случае возникновения затруднений у участников исследователь давал ответ на интересующий вопрос дистанционно, не нарушая самостоятельности заполнения анкеты.

Социальные страницы, указанные участниками во время анкетирования, мы использовали для анализа с их согласия. Анализу подвергался определенный промежуток времени, который зависел от того, как часто участник выкладывал что-либо на свою страницу в социальной сети. Мы анализировали страницы в сетях ВКонтакте, Twitter, Instagram. Все эти социальные сети позволяют оценить наполняемость страницы лексическим и иным материалами.

Результаты исследования

Результаты анкетирования

В качестве основных целей использования Интернета все опрошенные с нарушениями слуха обозначали общение и поиск информации (рис. 1).

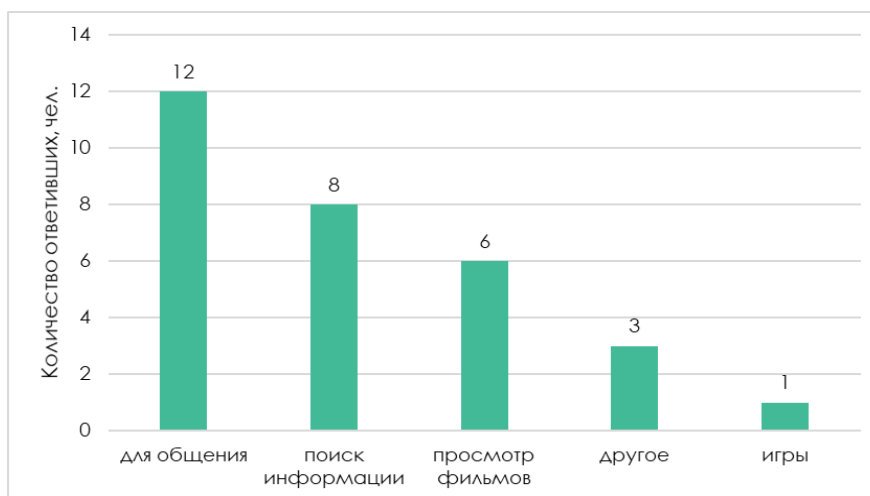


Рис. 1. Цель использования Интернета подростками с нарушенным слухом

Большая часть участников предпочитает реализовывать эти цели с помощью популярных социальных сетей. Мессенджеры и почта набрали равно малое количество поклонников. Стоит отметить, что форумы, еще недавно бывшие весьма популярными средствами коммуникации, на сегодняшний день почти не используются. Все подростки из нашей выборки используют социальные сети практически постоянно, т.е. не реже нескольких раз в день. Не были выбраны никакие иные ответы, подразумевавшие меньшее использование Интернета.

Так же, как и социальные сети, SMS и WhatsApp используют минимум несколько раз в день, но в данном исследовании содержание общения с помощью

этих средств связи не анализируются. В процессе общения в виртуальном пространстве большинство слабослышащих подростков и юношей придают значение грамотности своей письменной речи. Шестеро респондентов считают свою письменную речь грамотной, остальные восемь человек сообщают, что стараются писать с соблюдением правил грамматики.

Вопрос: Оцени свою письменную речь в официальной переписке? Объясни, почему? Примеры ответов (орфография и стиль респондентов сохранены):

«Я без ошибок пишу, так как училась в массовой школе и общалась наравне со слышащими ребятами, также я люблю читать книги, они тоже влияют на грамотность»;

«Мне стыдно показать себя неграмотным»;

«Важнее всего понять и вникнуться в сюжет книги. Незаметно для себя, ты берёшь слова из книги. Не надо и объяснять, почему я грамотна и тд. Все и так понятно».

Самые популярные темы у слабослышащих подростков те, которые можно назвать бытовыми: друзья, семья и встречи. Учеба и игры не вошли в перечень популярных тем (рис. 3). Стоит отметить многочисленные ошибки и вопросы к данному заданию.

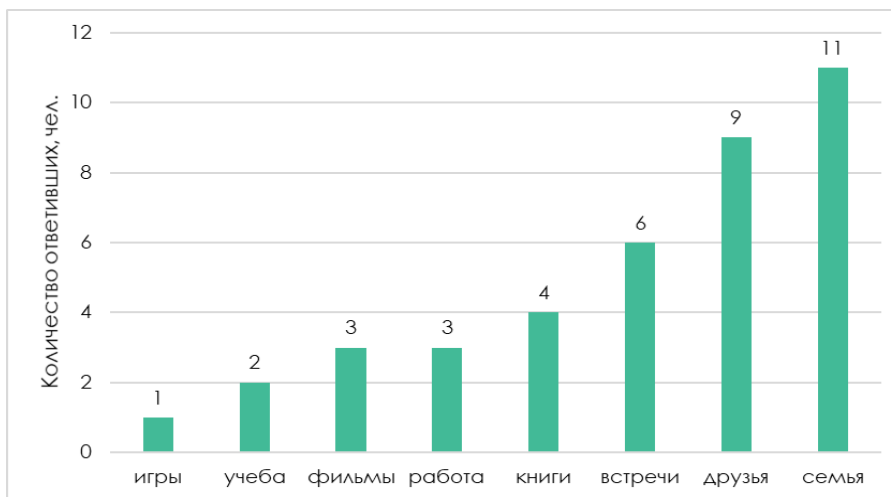


Рис. 2. Самые популярные темы обсуждений у подростков с нарушенным слухом

Читает книги из интернета две трети опрошенных (9 человек), некоторые из них скачивают литературу, некоторые читают онлайн. Примечательно, что в выборке не оказалось участников, не знающих, что книги можно скачивать или читать онлайн.

На вопрос о том, следят ли опрошенные за грамотностью своей речи в процессе виртуального общения, 6 человек ответили утвердительно, четверо дали ответ

«часто слежу», еще четверо – «иногда слежу». Большая часть опрошенных (9 человек) считает влияние социальных сетей на свою письменную речь значимым.

Творческие вопросы анкеты служили основой для понимания особенностей самостоятельной письменной речи подростков с нарушенным слухом. Также с помощью них можно судить о степени социализации участников, их внимательности, уровне развития речевых навыков, умении общаться в виртуальной среде. Точные полученные ответы участников были подвергнуты анализу по следующим критериям:

- 1) орфографические, пунктуационные ошибки;
- 2) использование особых лексических средств и литературной речи;
- 3) текстовая наполняемость и инициативность высказывания;
- 4) коммуникативное воздействие.

За основу оценки наличия ошибок мы взяли критерии оценки грамотности текста для учащихся старших классов.

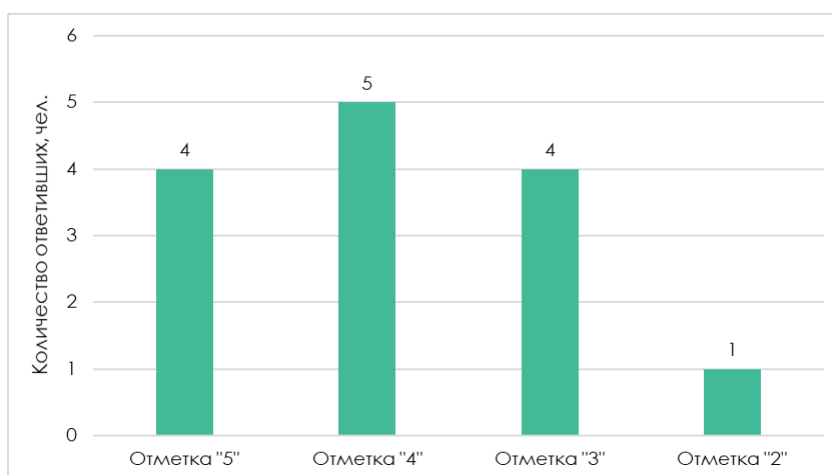


Рис. 3. Оценка грамотности ответов участников

Как можно видеть на диаграмме (рис. 3), достаточно хорошим уровнем грамотности обладает большинство участников.

При оценивании уместности использования лексических средств анализировался набор коммуникативных средств, которые используют участники в виртуальном общении: литературную и преимущественно литературную речь или речь, уместную в интернет-среде (сленг, сокращения, пиктограммы, смайлы).

Результаты разделились ровно поровну: в 7 анкетах из 14 присутствовали ответы с использованием интернет-сленга. Стоит отметить также, что никто не применял лексически неуместную речь. При этом ключевая мысль высказывания была понятна, несмотря на то, что самостоятельные высказывания некоторых участников были очень краткими.

Вопрос: Составь диалог о своем дне так, как будто ты переписываешься с другом в социальной сети (от 7 предложений). В диалоге должно быть 2 участника. Примеры ответов (орфография и стиль респондентов сохранены):

1. - привет, ты как?

- ну так себе, если честно...

- что случилось??

- опоздала на автобус, из-за этого опоздала на первую пару, получила замечание от преподавателя :(ну ладно, пустяки! Сама как?

- хорошо, только учебы очень много.. давай вечером погуляем, отдохнём?

- давай! В 19:00 у нашей остановки?

- отлично, договорились!

2. Я: Привет! Го катку в пубг

- Привет, не, мне лень, матку надо делать

Я: но... В пубг сейчас идет очень крутой ивент

- Посмотрю потом.

Я: Вряд ли успеешь. Ивент заканчивается через 40 часов

- Времени много. Давай, го катку завтра

Я: Отлично! Я напишу.

При оценке инициативности высказываний мы учитывали, насколько участник способен самостоятельно инициировать диалог, его текстовую наполняемость, т.е. распространенность ответов и способность подстраиваться под собеседника (рис. 4).

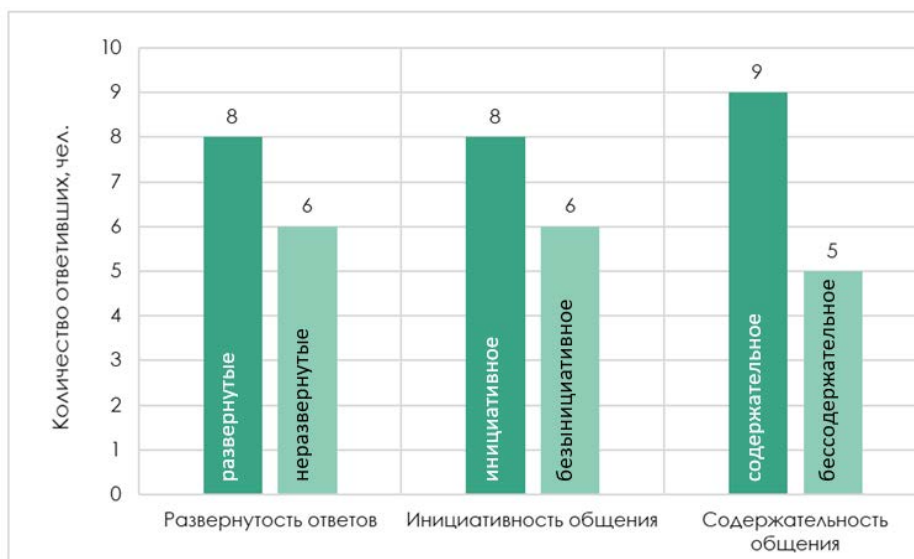


Рис. 4. Текстовая наполняемость и инициативность высказывания

На диаграмме мы можем видеть три критерия текстового наполнения анкеты и сделать следующие выводы.

1. Более половины опрошенных готовы давать подробные и распространенные ответы собеседнику, начавшему диалог. Однако краткие, не располагающие к продолжению разговора ответы встречаются у многих подростков с нарушенным слухом достаточно часто.

2. Многие респонденты готовы инициировать общение в социальной сети, то есть не только отвечать, но и начинать диалог, что говорит о коммуникативной активности участников.

3. Содержательное и адекватное наполнение диалогов наблюдалось у большей части выборки. Однако процент бессодержательных (неинформативных) диалогов все же достаточно велик (смайлы в ответ на вопрос, ответы типа «да, хорошо» на вопросы другого содержания), что говорит о недостаточной речевой или коммуникативной компетентности некоторых участников.

Пример бессодержательного диалога:

- Прив
- Прив, что делаешь?
- в школке еще. А ты?
- уже дома.
- 😊
- давай
- хорошо.

Результаты анализа страниц в социальных сетях

На странице в социальной сети можно разместить достаточно много информации о себе. При этом в самих настройках профиля в соцсети предложены графы для заполнения формальной или неформальной информацией. Под формальной информацией мы понимаем такие данные респондента, как возраст, пол, место проживания, учебы или работы, дата рождения. К неформальной информации относятся интересы, хобби, увлечения, любимые фильмы, книги и музыка, «статусы» и высказывания.

На рис. 5 представлено сравнение *наполняемости информацией личных страниц* респондентов с нарушенным слухом и слышащих подростков в социальных сетях.

Большая часть слышащих подростков склонны размещать много личной информации на социальных страницах. Формальную информацию (обычно это город/страна проживания и место учебы/работы) выкладывает треть опрошенных.

Большинство подростков с нарушенным слухом выкладывают исключительно формальную информацию о себе.

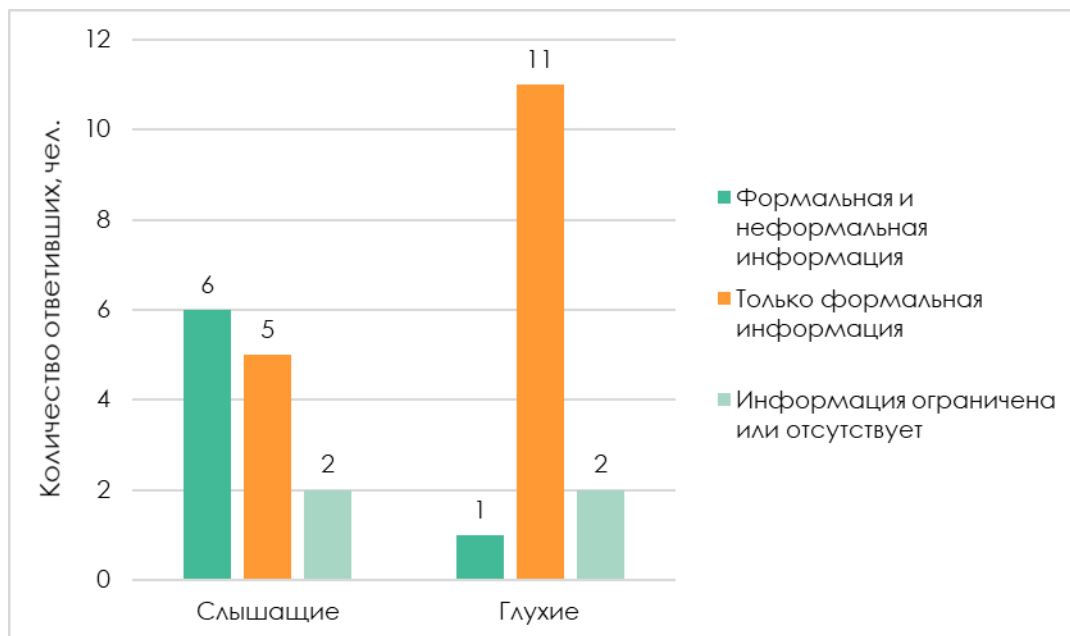


Рис. 5. Наполняемость информацией личных страниц в социальных сетях слышащих подростков и подростков с нарушенным слухом.

Далее мы провели сравнение количества контактов у слышащих и слабослышащих подростков (табл. 1).

Таблица 1

Сравнение количества контактов в социальных сетях слышащих и подростков с нарушенным слухом

Количество контактов	Слышащие	Глухие
Минимальное	9	54
Максимальное	6017	1003
Среднее	1190,7*	321,9*

Примечание. * – межгрупповые различия статистически значимы при $p < 0,003$ (Т-Уилкоксона=2,98).

Следующая характеристика для анализа – наполняемость страниц *собственной (самостоятельной) письменной речью* (рис. 6).

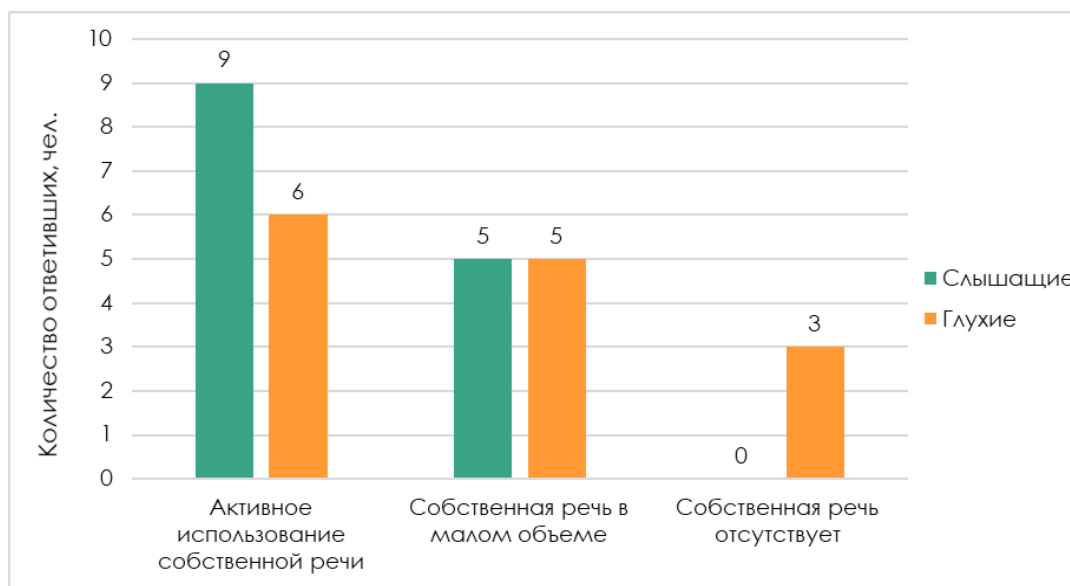


Рис. 6. Сравнение наполняемости собственной речью личных страниц в социальных сетях у слышащих и глухих подростков

У всех слышащих подростков самостоятельная письменная речь присутствует на страницах: большая часть участников используют ее активно, остальные – в малом объеме.

У подростков с нарушенным слухом самостоятельная письменная речь присутствует на страницах в меньшем объеме. У части подростков с нарушенным слухом на странице отсутствует любая самостоятельная письменная речь. Возможно, эта часть респондентов предпочитает общение по видеосвязи, которое в наши дни становится все доступнее и позволяет осуществлять коммуникацию на жестовом языке. При этом страница может быть наполнена перепостами, содержащими шутки и цитаты, а также большим количеством личных фотографий. Фотографии, выложенные в соцсетях, тоже являются неким сообщением, но не адресованным конкретному человеку и не всегда предполагающим обсуждение с помощью речевых средств.

Общая грамотность самостоятельного контента (при условии его наличия) у слышащих и подростков с нарушенным слухом показано на рис. 7. Напомним, что свободная письменная речь троих человек из выборки подростков с нарушенным слухом не могла быть подвергнута анализу в связи с отсутствием на их страницах лексического материала. При небольших количественных отличиях, стоит отметить принципиальные качественные различия в ошибках. Самыми распространенными «ошибками» слышащих подростков являются пунктуационные. Причем пунктуация может быть как недостаточной (например, отсутствие точек в конце предложений), так и избыточной (большое количество восклицательных или вопросительных знаков, чрезмерное употребление прописных букв). Особенности пунктуации слышащих подростков нельзя считать ошибками в полном смысле слова, так как

отсутствие знаков препинания в письме может быть намеренным (с целью сокращения времени письма), а обилие знаков – средством выражения эмоционального отношения или состояния.

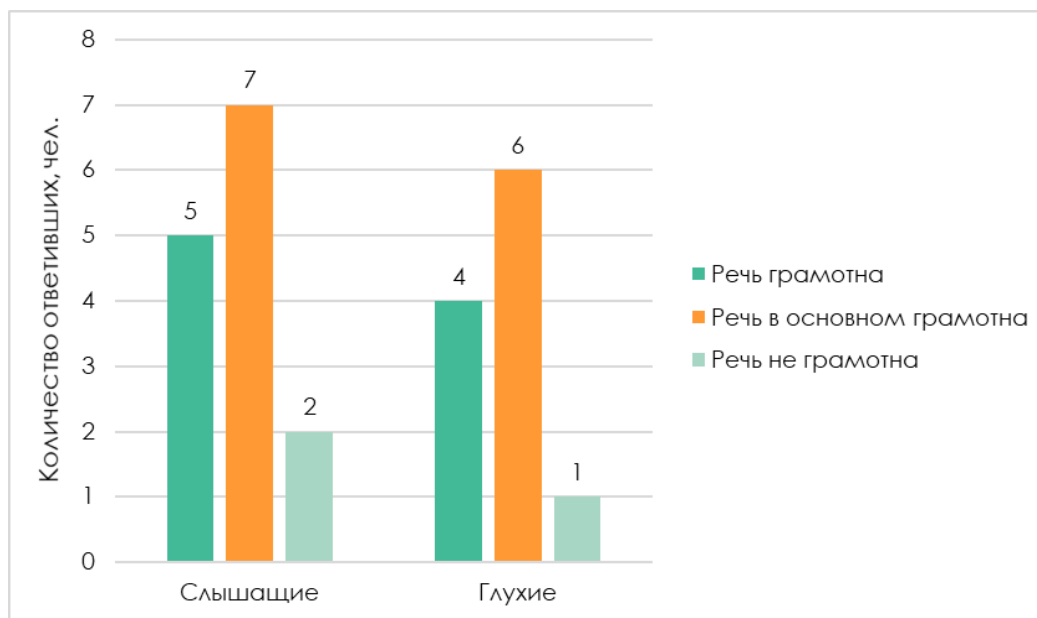


Рис. 7. Грамотность использования самостоятельной письменной речи в интернет-общении подростков у слышащих и глухих подростков

У подростков с нарушенным слухом наблюдаются в основном ошибки согласования, проблемы пунктуации не столь выражены. Их сообщения зачастую сложнее понимать, несмотря на малый объем текста.

Заключение

Подводя итоги исследования, можно выделить следующие особенности использования письменной речи в виртуальном пространстве подростками с нарушенным слухом.

1. Подростки с нарушенным слухом в достаточной мере овладевают правилами грамматики и реже, чем слышащие сверстники, намеренно нарушают правила пунктуации. Но на всех этапах исследования мы убеждались в наличии ошибок согласования, что характерно для письменной речи людей с нарушениями слуха вообще, а не только при виртуальном общении.

2. У подростков с нарушенным слухом отмечается ограниченный выбор тем для диалогического общения. Стиль письменной речи менее гибкий и не перестраивается в соответствии с ситуацией и стилем общения собеседника.

3. Письменные инструкции к заданиям часто требуют дополнительных разъяснений, что демонстрирует проблемы понимания письменного текста.

4. В социальных сетях глухие подростки размещают меньше неформальной информации о себе, чем их слышащие сверстники.

5. Глухие подростки имеют значительно меньше, чем слышащие, контактов в социальных сетях.

6. Несмотря на то, что со знакомыми в социальных сетях глухие общаются часто, их диалоги носят бытовой характер.

7. Социальные страницы подростков с нарушенным слухом содержат меньше собственной письменной речи, чем страницы слышащих. Важным моментом является некоторая склонность молодых людей с нарушенным слухом к ведению неинформативных бесед, то есть сам факт общения играет более значимую роль, чем его содержание.

Таким образом, письменное общение подростков и юношей с нарушенным слухом в социальных сетях отражает общие особенности их речевого общения и социальных отношений. Важным представляется тот факт, что они высоко оценивают важность письменной речи и стараются следить за ее правильностью. В целом виртуальное общение в жизни молодых людей с нарушенным слухом играет ту же роль, что и в жизни слышащих, и они успешно осваивают эту сторону современной реальности.

Необходимо отметить, что в статье представлены данные, полученные на малой выборке подростков с нарушениями слуха, и их нельзя экстраполировать на всю популяцию неслышащих. Статья носит описательный характер, для получения достоверных результатов необходимы дальнейшие исследования с участием большего количества респондентов и с использованием математической статистики.

Литература

1. *Боскис Р.М.* Глухие и слабослышащие дети. М.: Советский спорт, 2004. 303 с.
2. *Комаров К.В.* Методика обучения русскому языку в школе для слабослышащих детей: учеб. пособие для вузов. 2-е изд. М.: ОНИКС 21 век, 2005. 222 с.
3. *Коровин К.Г.* Книга для учителя школы слабослышащих: обучение русскому языку, чтению, произношению / Под ред. К.Г. Коровина. М.: Просвещение, 1995. 160 с.
4. *Лурия А.Р.* Письмо и речь: нейролингвистические исследования: учеб. пособие для студ. псих. фак. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2002. 352 с.
5. *Мудрак Д.А.* О языковой специфике sms-общения // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2012. Т. 2. № 2. С. 163–164.

Савченко Е.А., Хохлова А.Ю. Особенности письменной речи глухих подростков в виртуальном общении
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 2. С. 124–139.

Savchenko E.A., Khokhlova A.Yu. Features of Written Language in Virtual Communication of Deaf Teenagers
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 2, pp. 124–139.

6. *Носкова Л.П., Головчиц Л.А.* Методика развития речи дошкольников с нарушениями слуха: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Владос, 2004. 344 с.

7. *Павловская О.Е.* SMS-общение как репрезентация прагматического уровня языковой личности студента среднего профессионального образования // Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадского. Серия «Филология. Социальные коммуникации». Ч. 1. 2011. Т. 24 (63). № 2. С. 405–410.

8. *Сумкин К.С., Тараненко Л.О.* Анализ страницы пользователя социальной сети «ВКонтакте» // Молодой ученый. 2016. № 12. С. 189–194

9. *Сурдопедагогика: учебник для вузов / Под ред. Е.Г. Речицкой.* М.: Владос, 2014. 655 с.

10. *Туджанова К.И.* Развитие самостоятельной письменной речи слабослышащих учащихся. М.: изд-во МПГУ, 1997. 96 с.

11. *Шиф Ж.И.* Очерки психологии усвоения русского языка глухонемыми школьниками. М.: Государственное учебно-педагогическое издательство министерства просвещения РСФСР, 1954. 21 с.

Features of Written Language in Virtual Communication of Deaf Teenagers

Savchenko E.A.,

Postgraduate Student, Moscow State Pedagogical University, Moscow, Russia, sava1496@mail.ru

Khokhlova A.Yu.,

PhD in Psychology, Assistant Professor, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ehalina2@yahoo.com

The article is devoted to the analysis of written language of adolescents and young people with hearing impairment in the virtual space. The study involved 28 people, aged 16 to 20 years, 14 of them were with hearing impairments. 3 people at the age of 16 years old, 9 people are 17 years old, 4 people are 18 years old. The first part of the study was conducted as online questionnaires, which was aimed to clarify preferred virtual spaces for communication, the attitude to the written communication, also creative tasks for evaluation of written language developed by O.V. Vilenskaya was included. The second part consisted of analysis of the contents of the social network profile of the participants. The results have shown that the written language of deaf adolescents and young people in social networks reflected the general features of their verbal communication and social relations (in general, they use less detailed written statements than hearing peers do, less actually initiated written language, less flexible writing, less partners for communication in social networks, the prevalence of consistency errors). Nevertheless, it is significant that they appreciate the importance of writing and try to monitor its accuracy. Virtual communication in the life of young people with hearing impairments plays the same role as in the life of hearing peers and they successfully master this side of modern reality.

Keywords: writing, deaf and hearing impaired adolescents, hearing impairments, virtual communication, social networks.

References

1. Boskis P.M. *Glukhie i slaboslyshashchie deti [Deaf and hard of hearing Children]*. Moscow: Sovyetskiy sport, 2004. 303 p.

2. Komarov K.V. Metodika obucheniya russkomu yazyku v shkole dlya slaboslyshashchikh detey: ucheb. posobie dlya vuzov [The method of teaching Russian language at school for hearing impaired children]. 2nd ed. Moscow: ONIKS 21 vek, 2005. 222 p.
3. Korovin K.G. Kniga dlya uchitelya shkoly slaboslyshashchikh: obuchenie russkomu yazyku, chteniyu, proiznosheniyu [Book for the teacher at school for hearing impaired children: teaching Russian language, reading, speaking]. In Korovin K.G. (ed.). Moscow: Prosveshchenie, 1995. 160 p.
4. Luriya A.R. Pis'mo i rech': neyrolingvisticheskie issledovaniya: ucheb. posobie dlya stud. psikh. fak. vyssh. ucheb. zavedeniy [Writing and speech: neurolinguistic study]. Moscow: Akademiya, 2002. 352 p.
5. Mudrak D.A. O yazykovoy spetsifike SMS-obshcheniya [About the linguistic specific of SMS-communication]. *Byulleten' meditsinskikh Internet-konferentsiy [The Digest of Medical Internet Conferences]*, 2012, vol. 2, no. 2, pp. 163–164.
6. Noskova L.P., Golovchits L.A. Metodika razvitiya rechi doshkol'nikov s narusheniyami slukha: ucheb. posobie dlya stud. vyssh. ucheb. zavedeniy [The method of speech development of preschool children with hearing impairments]. Moscow: Vlados, 2004. 344 p.
7. Pavlovskaya O.E. SMS-obshchenie kak reprezentatsiya pragmaticheskogo urovnya yazykovoy lichnosti studenta srednego professional'nogo obrazovaniya [SMS-communication as representation of linguistic personality of students]. *Uchenye zapiski Tavricheskogo natsional'nogo universiteta im. V.I. Vernadskogo. Seriya «Filologiya. Social'nye kommunikatsii»*. Ch. 1. [Scientific Notes of Tavric National Vernadsky's University. Series „Philology. Social communication”. P. 1], 2011, vol. 24 (63), no. 2, pp. 405–410.
8. Sumkin K.S., Taranenko L.O. Analiz stranitsy pol'zovatelya sotsial'noy seti «VKontakte» [An Analysis of the user's page at the social network «VKontakte»]. *Molodoy ucheny [Young Scientist]*, 2016, no. 12, pp. 189–194.
9. Surdopedagogika: ucheb. posobie dlya vuzov [Deaf education]. In E.G. Rechitskaya (ed.). Moscow: Vlados, 2014. 655 p.
10. Tudzhanova K.I. Razvitie samostoyatel'noy pis'mennoy rechi slaboslyshashchikh uchashchikhsya [Independent written speech development in hard of hearing students]. Moscow: Publ. of MPSU, 1997. 96 p.
11. Shif Zh.I. Ocherki psikhologii usvoyeniya russkogo yazyka glukhonemymi shkol'nikami [Essays on the psychology of learning Russian by deaf-and-dumb schoolchildren]. Moscow: Gosudarstvennoe uchebno-pedagogicheskoe izdatel'stvo ministerstva prosveshcheniya RSFSR, 1954. 21 p.

Апробация русскоязычной версии Опросника сценариев дружелюбного подшучивания и агрессивного высмеивания (ОСПВ) Т. Платт

Иванова П.О.,

младший научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Россия, polisha.ms.ivanova@gmail.com

Иванова Е.М.,

кандидат психологических наук, и.о. заведующего кафедрой клинической психологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова); старший научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Россия, ivalenka13@gmail.com

Опросник сценариев подшучивания и высмеивания Т. Платт был разработан как один из инструментов для оценки гелотофобии. С его помощью было эмпирически показано, что люди с выраженным страхом насмешки испытывают трудности различения ситуаций дружеского подшучивания и агрессивного высмеивания. В статье предлагается апробация русскоязычной версии опросника сценариев подшучивания и высмеивания. Результаты исследования, проведенного на группе из 271 человека, подтвердили данные Т. Платт и показали, что люди с гелотофобией воспринимают отрицательно как высмеивание, так и дружеское подшучивание, реагируя на них целым рядом негативных эмоций. Русскоязычная версия опросника сценариев подшучивания и высмеивания показала хорошие психометрические свойства, надежность и валидность шкал и может быть рекомендована к использованию в исследованиях восприятия юмора и смеха.

Ключевые слова: юмор, гелотофобия, подшучивание, высмеивание, опросник ОСПВ, PhoPhiKat<30>.

Для цитаты:

Иванова П.О., Иванова Е.М. Апробация русскоязычной версии Опросника сценариев дружелюбного подшучивания и агрессивного высмеивания (ОСПВ) Т. Платт [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 2. С. 140–158. doi: 10.17759/psyclin.2019080208

For citation:

Ivanova P.O., Ivanova E.M. Russian Approbation of the Ridicule Teasing Scenario Questionnaire (RTQ) of T. Platt [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naiia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 2, pp. 140–158. doi: 10.17759/psycljn.2019080208 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Чувство юмора является своеобразным критерием психологической целостности и устойчивости личности с ее системой социальных и психологических качеств, а также важным компонентом психического здоровья. Смех играет положительную роль в жизни людей. Он служит формой коммуникации: когда люди шутят или рассказывают что-нибудь потешное, чтобы рассмешить других, они нередко пытаются произвести впечатление на окружающих своим остроумием и привлечь к себе внимание, завоевать авторитет или получить одобрение. Смех снижает риск возникновения напряжения в отношениях, помогает разрешать конфликты и сближает людей, создавая атмосферу принятия и понимания. Юмор и смех являются способом психологического воздействия: позволяют получать эмоциональное удовольствие от несоответствий, будучи формой социальной игры. Смех полезен в психотерапии, помогая устанавливать и поддерживать психотерапевтические отношения и способствуя самопознанию клиента и его изменениям [3].

Несмотря на то, что в смехе выражаются положительные эмоции, у него есть и негативная сторона. С его помощью можно демонстрировать свое превосходство за счет сарказма и унижения другого. Агрессивные формы юмора могут использоваться как метод принуждения людей к желаемым действиям. Например, социальная группа, высмеивая отличающиеся действия и черты людей, которые демонстрируют ненормативное поведение, закрепляет статусные различия и подавляет поведение, которое не соответствует их нормам [3].

Смех может использоваться как форма защитного отрицания, чтобы скрыть настоящие чувства и избежать разрешения проблем. Это может приводить к конфликтам в межличностных отношениях. Некоторые люди смешат других с целью снискать их расположение, развлекая тем, что говорят забавные вещи в ущерб собственной репутации [3]. Смех может иметь агрессивную форму, а некоторые люди особо чувствительны к агрессивным аспектам смеха, вследствие этого у них может развиваться страх перед насмешкой.

Впервые в рамках социофобии гелотофобию как патологический страх насмешки описал немецкий психотерапевт М. Титц. По его мнению, для таких людей характерны повышенная сенситивность, обидчивость, параноидные тенденции и как результат – социальная изоляция [17]. Гелотофобия на клиническом уровне характеризуется убежденностью в собственной нелепости, восприятием любого

смеха как враждебного, повышенной тревогой и чувством стыда, неспособностью использовать юмор в качестве копинг-стратегии, скованностью в движениях, психосоматическими расстройствами, ранимостью, обидчивостью, а в крайних вариантах – социальной изоляцией.

Эмпирическим исследованием гелотофобии впервые начали заниматься швейцарские психологи В. Рух и Р.Т. Проьер, рассматривая страх насмешки как феномен индивидуальных различий. Исследователи обнаружили связь гелотофобии с интроверсией и нейротизмом, низкими оптимизмом и удовлетворенностью жизнью, различными психическими расстройствами [15]. По данным Р. Проьера и В. Руха, гелотофобия не связана с уровнем развития когнитивных способностей (вербальным и математическим интеллектом, пространственным мышлением, рассуждением, словарным запасом, памятью и вниманием), однако сами люди с высокой гелотофобией склонны недооценивать свои когнитивные способности [12].

В отличие от М. Титца, В. Рух и Р.Т. Проьер предложили рассматривать гелотофобию как отдельный клинический синдром, не сводимый к социофобии, с одной стороны, и как феномен индивидуальных различий – с другой [15]. Специфика страха насмешки в отличие от социофобии заключается в убеждении человека в своей комичности и нелепости, в ожидании того, что над ним будут смеяться [5]. Социальная фобия по определению МКБ-10 (социофобия по определению DSM-IV, V) не включает эту характеристику. Теории социофобии фокусируются на особом чувстве, что человек совершил непростительную ошибку [5].

Другим специфическим симптомом, отличающим гелотофобию от социофобии, является «замороженная» экспрессивность, мимика [15]. В ситуации острой тревоги лицевая экспрессия этих пациентов становится обездвиженной и неживой, похожей на деревянную маску. Пациенты начинают чрезмерно контролировать движения своих рук и ног, теряют спонтанность. Такую «деревянную» внешность М. Титц [17] назвал «синдромом Пиноккио», и, по его мнению, она является одним из ключевых признаков гелотофобии.

Людам с высоким уровнем гелотофобии также свойственен чрезмерный интеллектуальный контроль, они слишком много думают о том, что могут подумать про них окружающие, что также приводит к повышенной инертности, напряженности и скованности. Специфическим проявлением гелотофобии является также «агелотичное состояние» — неспособность получать позитивные эмоции от смеха [17]. Люди с гелотофобией смеются неохотно, против воли, близко к сердцу воспринимают юмористические замечания со стороны других людей, могут шутить только в кругу близких людей, воспринимают доброжелательные шутки окружающих как насмешку над собой. Их смех бывает неестественен и неуместен, они часто не понимают смысла шуток или понимают его неверно. Юмор для них – соревнование, они язвительны и презрительны, смеются чаще над другими, чем с другими [5; 13]. В одном из исследований предьявлялись аудиозаписи смеха с различной эмоциональной окраской, и было показано, что люди с гелотофобией не

различают позитивно и негативно окрашенный смех, любой смех вызывает у них отрицательную реакцию [12].

Выраженность страха насмешки может меняться с возрастом. Первые проявления гелотофобии закладываются еще в детстве, когда важную для ребенка роль имеют отношения с родителями. По мнению М. Титца, дети, которые демонстрировали свою улыбку и после нее не получали никакой социальной стимуляции, впоследствии очень редко улыбались. В дальнейшем это препятствовало доверительному открытию ребенка окружающему миру [17].

В подростковом и юношеском возрасте выраженность гелотофобии носит особенный характер, так как этот период характеризуется личностной нестабильностью, противоречивостью настроения и поведения. В связи с актуальной темой этого возраста – взаимоотношений с окружающими – вероятно, наиболее характерной возрастной чертой является сильное чувство стыда. Логично, что особенный дискомфорт у подростков вызывают смех и насмешки. Эмпирически показано повышение гелотофобии в подростковом возрасте у мужчин и в юношеском – у женщин [6].

Возраст 46–60 лет характеризуется особой уязвимостью к изменениям привычных жизненных стереотипов, отмечаются ригидность поведения и снижение гибкости суждений, появляются эмоциональная лабильность, плаксивость, раздражительность, а также нарастает интровертированность. Все это может быть дополнительным фактором, оказывающим влияние на обострение ощущений собственной уязвимости, малоценности, неуверенности в себе, подозрительности [2; 4].

Гелотофобия является значимой социальной проблемой, так как человек с проявлениями страха насмешки тяжело социализируется, налаживает коммуникативные связи, трудовые и семейные отношения. Поэтому очень важным является выявление признаков гелотофобии на ранних стадиях, чтобы предотвратить многие проблемы социального и психологического характера.

Для исследования гелотофобии были созданы разнообразные методики. Одной из первых стал опросник GELOPH<46> [10]. Данный опросник содержит 46 утверждений для субъективной оценки гелотофобии, которые касаются убежденности в собственной нелепости и возможных предпосылок гелотофобии (насмешки в детстве). Часть утверждений включает специфические характеристики гелотофобии, а другие описывают феномены, встречающиеся также и при других формах психопатологии. Предлагается оценивать степень согласия с описанными чувствами, действиями и восприятием по четырехбалльной шкале Лайкерта.

Позже была предложена сокращенная версия опросника GELOPH<15> [11]. Для оценки степени выраженности гелотофобии по опроснику GELOPH<15> В. Рух и Р. Проер предложили использовать порог среднего балла, равный 2,5. Данный порог гелотофобии определяется заданным форматом ответа – среднее по

четырёхбалльной шкале равно 2,5. Также он соотносится с двойным стандартным отклонением и был выведен эмпирически в исследовании с участием клинических групп [12]. Русскоязычный вариант опросника был адаптирован Е.А. Стефаненко с соавторами [5]. Впоследствии GELOPH<15> вошел в состав опросника PhoPhiKat <45> [11] в качестве одной из шкал, куда были включены также дополнительные шкалы: гелотофии – страха выглядеть смешным (например, «Мне нравится, когда надо мной шутят: я расцениваю это как знак внимания») и катагеластизма – склонности высмеивать окружающих (например, «Чтобы рассмешить окружающих, можно и посмеяться над кем-то, даже если это его заденет»). Затем была предложена краткая версия опросника PhoPhiKat<30>, также адаптированная в России [1].

Наряду с опросником в лаборатории В. Руха был предложен полупроективный рисованный тест гелотофобии Picture-GELOPH, сконструированный по аналогии с тестом Розенцвейга [11]. Испытуемым предъявляются картинки с изображениями более или менее неопределенных ситуаций, которые можно интерпретировать как насмешку одного или нескольких персонажей над другим. Далее респондентов просят представить себя на месте этих персонажей и подобрать наиболее подходящий ответ, фразу или мысль для них. Стимульный материал – набор из 20 карточек, на которых изображены люди, взаимодействующие друг с другом: 6 картинок взяты из теста Розенцвейга, 14 – специально составлялись для исследования гелотофобии. Позже тест Picture-GELOPH претерпел модификацию и был сокращен до набора из 9 карточек, став альтернативным инструментом для оценки гелотофобии. Также тест был стандартизирован, теперь степень субъективности при его интерпретации значительно снизилась, поскольку разработаны подробные руководства по оценке к каждой картинке [14].

Нормальное чувство юмора является показателем высокого уровня психологического здоровья, в то время как обращение к агрессивной стратегии или самоуничтожению указывает на наличие психологических проблем, но люди с выраженным страхом насмешки испытывают трудности различения ситуаций дружеского подшучивания и агрессивного высмеивания [3].

Т. Платт была предложена дополнительная методика для оценки гелотофобии – Опросник сценариев подшучивания и высмеивания (Ridicule Teasing Scenario Questionnaire; RTSQ) [9]. В ее исследовании респонденты заполняли опросник гелотофобии GELOPH<15>, Опросник сценариев дружелюбного подшучивания и агрессивного высмеивания.

Интересна использованная Т. Платт процедура сбора данных: сначала по интернету происходила массовая рассылка приглашений к исследованию среди специальных групп и сообществ людей, подверженных буллингу. Затем были отобраны желающие участвовать в этом исследовании, с ними происходил предварительный разговор по телефону или личный контакт с целью объяснения исследования и гарантии конфиденциальности. В конце им присылали опросники по электронной почте или загружали их на сайт. Участники исследования заполняли опросники – добровольно и анонимно.

Целью исследования Т. Платт было изучение эмоций, возникающих в ситуациях подшучивания или высмеивания, и их связи с гелотофобией как первичным фактором. Столкновение с реальными ситуациями насмешек и издевательств для участников было бы некорректным, поэтому использовались сценарии, в которых были смоделированы воображаемые ситуации. Сценарии предварительно отбирались. Людей просили рассказать примеры ситуаций подшучивания и высмеивания, в которых они оказались или наблюдали со стороны. Из них было отобрано 13 разных ситуаций, из которых впоследствии были составлены сценарии, после чего они оценивались экспертами, знакомыми с концепцией. Каждый сценарий был разработан таким образом, чтобы он изображал сцену смеха, но без указания его характера. Эмоции к ситуациям были взяты по П. Экману (1999): радость, грусть, удивление, страх, злость и отвращение. А также была добавлена эмоция стыда, так как она преобладает у людей с гелотофобией.

Итоговая версия опросника Т. Платт включает 9 сценариев: четыре на подшучивание, четыре на высмеивание и один неопределенный. Пример сценария подшучивания: «вы были в парикмахерской и решили сменить цвет волос и стать блондином/блондинкой. Когда вы возвращаетесь, ваши друзья смеются над вами и называют вас “тупым блондином/тупой блондинкой”». Пример сценария высмеивания: «вы сидите на лавочке в парке и ждете кого-то. В это время группа проходящих мимо молодых людей начинает громко смеяться, показывая на шляпу у вас на голове». К каждому из сценариев предложено 7 эмоций: радость, грусть, гнев, отвращение, удивление, стыд и страх. Задание заключается в том, что испытуемому, прочитавшему предлагаемые высказывания, необходимо выбрать эмоцию, которая наиболее близко опишет, что бы он почувствовал в описываемой ситуации. Далее предлагается оценить интенсивность эмоции в описанной ситуации по шкале от 0 (наиболее слабая) до 8 (наиболее сильная). Затем таким же образом оценить все остальные эмоции. Помимо заданных, респонденту дается возможность предложить свою эмоцию и оценить ее.

Исследование Т. Платт показало, что у людей без гелотофобии сценарии агрессивного высмеивания вызывали отрицательные эмоции, такие как стыд, страх, злость, а на сценарии дружелюбного подшучивания люди реагировали положительными эмоциями, такими как радость и удивление. Люди с гелотофобией реагируют на дружелюбное подшучивание так же, как и на агрессивное высмеивание. В первую очередь оба типа сценария вызывают высокий уровень страха и стыда. Сценарии как дружелюбного подшучивания, так и агрессивного высмеивания вызывают негативные эмоции у людей с гелотофобией. Таким образом, способность к различению двух сценариев связано с уровнем гелотофобии.

Феномен гелотофобии является новым и нуждается в дальнейшей валидации с помощью различных методов. Кроме того, способность различать агрессивный или позитивный характер смеха может нарушаться и первично, вне связи со страхом насмешки. Так, при некоторых формах психопатологии снижается способность к восприятию эмоций, пониманию контекста, намерений окружающих [9].

Целью данного исследования стала русскоязычная адаптация опросника сценариев подшучивания и высмеивания Т. Платт.

В ходе адаптации опросника сценариев подшучивания и высмеивания были выполнены прямой и обратный переводы утверждений с английского на русский язык, после чего совместно с автором оригинального опросника вносились корректировки в формулировки пунктов.

Методы и процедура исследования

Для подтверждения того, что сценарии подшучивания и высмеивания русскоязычной адаптации методики действительно различаются людьми на практике, был проведен предварительный этап исследования. 61 человека различных специальностей (36 женщин и 25 мужчин) в возрасте 18–53 лет ($M=36,2$ $SD=10,0$) при помощи онлайн-опроса просили оценить пункты методики как ситуации добродушного, дружеского подшучивания, либо высмеивания, содержащего агрессию.

Участниками основного этапа исследования стали условно психически здоровые люди. Сбор данных проходил через кадровую службу и HR-отдел крупного предприятия. В исследовании приняли участие сотрудники разных уровней: от директоров и топ-менеджеров до секретарей и шоферов. Эту группу составил 271 человек в возрасте от 18 до 68 лет (145 мужчин и 126 женщин). Из них 229 человек – жители поселков, 24 человека – жители города Москвы и 18 человек – жители других городов России.

Участникам исследования предлагался Опросник сценариев подшучивания и высмеивания [9]. В целях его валидизации 93 человека заполнили также опросник PhoPhiKat<30> [5] для выявления уровня выраженности гелотофобии и 72 человека – опросник Басса–Перри (A. Buss & M. Perry, 1992, в адаптации С.Н. Ениколопова, Н.П. Цибульского, 2007) для диагностики выраженности агрессии и, в частности, для выявления связи гелотофобии с враждебностью. Методика включает три шкалы: физическая агрессия, враждебность, гнев. Опросник содержит 24 пункта, которые оцениваются по пятибалльной шкале. Участники заполняли опросники добровольно, анонимно, индивидуально, самостоятельно и в письменной форме (в бумажном варианте).

Результаты и их обсуждение

Оценивание сценариев экспертной группой

На предварительном этапе исследования сценарии подшучивания и высмеивания было предложено оценить экспертной группе. В таблице 1 представлен процент совпадения оценок экспертов с предполагаемым отношением сценария к ситуации подшучивания, либо высмеивания.

Таблица 1

Совпадения оценок экспертов с предполагаемым типом сценария

№ сценария	Тип сценария: подшучивание /высмеивание /нейтральный (П/В/Н)	% совпадений оценок
1. Вы играете в «салки», но вас все время выбирают водящим и говорят, что вы не сможете их догнать, потому что вы слишком жирный. Так и выходит, и все смеются над вами	В	84,1
2. Когда вы учились в школе, учитель взял одну из ваших работ и показал ее классу в качестве примера того, как НЕЛЬЗЯ делать, и все дети смеялись над ней	В	82,5
3. После обеда с друзьями один из них говорит вам, что вы надели джемпер наизнанку. Все друзья смеются и подшучивают над вами	П	100%
4. Вы сидите на лавочке в парке и ждете кого-то, в это время группа проходящих мимо молодых людей начинает громко смеяться, показывая на шляпу у вас на голове	В	71,4
5. Вы были в парикмахерской и решили сменить цвет волос и стать блондином/блондинкой. Когда вы возвращаетесь, ваши друзья смеются над вами и называют вас «тупым блондином/тупой блондинкой»	П	63,5
6. Компания ваших приятелей разыграла вас, послав в аптеку купить «фуфуциклин». Аптекарь отчитывает вас за то, что вы тратите его время попусту, а друзьям кажется это очень смешным. В течение нескольких недель после этого каждый раз, встречаясь с вами, они интересуются, не достали ли вы фуфуциклин	П	88,9
7. Вы очень долго репетировали перед концертом. Однако во время вашего выступления вы перепутали свои слова. Аудитория смеется над вашей ошибкой, впоследствии люди не дадут вам забыть об этом и будут передразнивать ваши слова снова и снова	Н	47,6%
8. Вы чем-то отличаетесь от остальных в компании своих приятелей. Они все время смеются над вами и добавляют к вашему имени словечки, которые подчеркивают это, например, «мини» (маленький) «танк» (большой) и т.д.	В	61,9
9. Вы случайно оказались на свадьбе знакомого. Во время празднования невеста хватает вас за руку и тянет на танцпол, чтобы присоединиться к танцу, танцевать который умеют, кажется, все кроме вас. Все смеются, поскольку вы танцуете неправильно	П	90,5

Полученные оценки в целом свидетельствуют в пользу валидности предложенных сценариев. Оценки по нейтральному сценарию № 7 распределились практически пополам: 47,6% экспертов посчитали его агрессивным сценарием. Корреляция средних оценок экспертов с предполагаемым типом сценария составила $r=0,84$ при $p=0,003$ (критерий Пирсона). Однако по двум сценариям (№ 5 и № 8) процент попадания был существенно ниже, чем по остальным. Один из них относится к ситуации высмеивания, другой – подшучивания. Вероятно, в связи с культурными различиями в восприятии юмора не для всех подобранных ситуаций прямое перенесение из одной культуры в другую оказалось удачным. Данные сценарии в дальнейших исследованиях стоит заменить альтернативными, аналогичными по смыслу. Затем был проведен анализ результатов основного этапа исследования.

Надежность шкал

Анализировались 14 шкал, соответствующих 7 эмоциям, для каждого из двух сценариев: 1) для сценария подшучивания (П); 2) для сценария высмеивания (В). Пример: радость при подшучивании (Радость П) и радость при высмеивании (Радость В). Участникам исследования предлагалось также предложить свой вариант эмоции и оценить ее интенсивность, однако на практике подобных случаев не наблюдалось. Уровень надежности шкал (α Кронбаха находился в диапазоне от 0,61 до 0,78) сходен с данными оригинального исследования (α Кронбаха – от 0,62 до 0,88 [7]) (табл. 2), что говорит о том, что, действительно, сценарии подшучивания и высмеивания были в целом сходны между собой, несмотря на трудности перевода и кросс-культурные различия.

Таблица 2

Анализ надежности шкал

Эмоции	Текущее исследование, α Кронбаха	Оригинальное исследование, α Кронбаха
Радость П	0,67	0,62
Радость В	0,71	0,87
Грусть П	0,71	0,70
Грусть В	0,74	0,76
Гнев П	0,61	0,68
Гнев В	0,70	0,72
Отвращение П	0,66	0,74
Отвращение В	0,78	0,74
Удивление П	0,78	0,77
Удивление В	0,78	0,78

Эмоции	Текущее исследование, α Кронбаха	Оригинальное исследование, α Кронбаха
Стыд П	0,77	0,86
Стыд В	0,73	0,88
Страх П	0,74	0,82
Страх В	0,76	0,85

Различия эмоций между сценариями подшучивания и высмеивания

Для того чтобы подтвердить, что сценарии подшучивания и высмеивания воспринимались респондентами эмоционально по-разному, было проведено сравнение средних. Поскольку проверка на нормальность распределения по критерию Колмогорова–Смирнова показала отклонение от нормального распределения по всем шкалам, все дальнейшие подсчеты проводились с использованием непараметрических критериев. Сравнение средних интенсивностей эмоций при сценариях добродушного подшучивания и агрессивного высмеивания по критерию Уилкоксона для связанных выборок выявило высоко значимые различия по всем эмоциям, кроме стыда (табл. 3).

При сценариях добродушного подшучивания радость и удивление выше, чем при сценариях агрессивного высмеивания, а гнев, отвращение, грусть и страх – ниже. Это означает, что в целом люди различают сценарии дразнения и подшучивания, реагируя на них по-разному. Добродушный юмор вызывает положительные эмоции, а высмеивание – негативные, что соответствует здравому смыслу.

Вопреки ожиданиям, по эмоции стыда различий выявлено не было, что противоречит как данным оригинального исследования, так и концептуальной модели, поскольку данная методика разработана в первую очередь как альтернативный способ оценки гелотофобии, тесно связанной со стыдом. В связи с этим данный результат нуждается в перепроверке в дальнейших исследованиях.

Таблица 3

Сравнение средних по эмоциям при сценариях подшучивания/высмеивания по критерию Уилкоксона

Эмоции	Медиана	Текущее исследование, р	Оригинальное исследование, р
РадостьВ	1,25	0,000	0,001
РадостьП	2,75		
ГрустьВ	4,00	0,000	0,001
ГрустьП	3,50		

Эмоции	Медиана	Текущее исследование, р	Оригинальное исследование, р
ГневВ	4,00	0,000	0,001
ГневП	3,00		
ОтвращениеВ	4,25	0,000	0,001
ОтвращениеП	3,50		
УдивлениеВ	4,75	0,038	0,004
УдивлениеП	5,00		
СтыдВ	4,25	0,878	0,001
СтыдП	4,25		
СтрахВ	2,75	0,000	0,001
СтрахП	2,25		

Влияние гелотофобии на способность различения дружелюбного и агрессивного юмора

На следующем этапе анализировалось влияние гелотофобии на способность к различению двух типов сценариев. Из 93 человек, которые заполнили опросник $\Phi\text{PhiKat}<30>$, порог гелотофобии в 2.5 [12] превысили 18,3% человек, т.е. у них наблюдалась как минимум легкая степень гелотофобии. Было предпринято сравнение крайних групп. Группу «без гелотофобии» ($G \leq 1,6$) составили 33 человека, группу «с гелотофобией» ($G \geq 2,5$) – 17 человек. Затем различия между сценариями были проанализированы отдельно в каждой из этих групп.

В группе без гелотофобии незначимые различия между сценариями подшучивания и высмеивания оказались теперь по удивлению, а различия по интенсивности стыда стали, напротив, значимыми (табл. 4).

Напротив, в группе респондентов с гелотофобией по большинству эмоций (кроме радости и гнева) различий между сценариями не наблюдается, что говорит о том, что такие люди воспринимают оба сценария – как дружелюбного подшучивания, так и агрессивного высмеивания – отрицательно, реагируя на них целым рядом негативных эмоций. Это соответствует описанию феномена гелотофобии: люди с гелотофобией не воспринимают смех и улыбку собеседника как нечто позитивное, а видят в них угрозу, воспринимая как насмешки, оскорбления или агрессию [9].

В целом полученные результаты согласуются с данными оригинального исследования Т. Платт, где в группе без гелотофобии различия наблюдались по всем 7 эмоциям, в группе респондентов с легкой степенью гелотофобии различия по сценариям были также значимыми, но менее выраженными по удивлению и стыду, а в группе респондентов с выраженным уровнем гелотофобии значимыми различия были лишь по грусти, гневу и страху [9] (табл. 4).

Таблица 4

Различия средних интенсивностей эмоций в зависимости от типа сценария по критерию Уилкоксона

Эмоции	Группа без гелотофобии		Группа с гелотофобией	
	Текущее исследование, р (N=33, G≤1,6)	Оригинальное исследование, р	Текущее исследование, р (N=17, G≥2,5)	Оригинальное исследование, выраженный уровень гелотофобии, р
Радость В Радость П	0,000	0,001	0,045	0,384
Грусть В Грусть П	0,001	0,001	0,108	0,005
Гнев В Гнев П	0,002	0,001	0,004	0,014
Отвращение В Отвращение П	0,005	0,001	0,925	0,841
Удивление В Удивление П	0,753	0,013	0,793	0,326
Стыд В Стыд П	0,020	0,001	0,534	0,430
Страх В Страх П	0,002	0,001	0,304	0,028

Было также проведено сравнение средних интенсивностей всех шкал-эмоций для сценариев подшучивания/высмеивания между группами респондентов с гелотофобией и без гелотофобии по критерию Манна-Уитни с поправкой на множественные сравнения Холма. Результаты показали значимые различия для шкал УдивлениеП (U=169; p=0,000), УдивлениеВ (U=162; p=0,000), ОтвращениеВ (U=178; p=0,012) и СтыдП (U=169; p=0,022).

Корреляционный анализ шкал эмоций с гелотофобией по критерию Спирмена показал, что высоко значимые взаимосвязи наблюдаются преимущественно с эмоциями в ситуации подшучивания, в ситуации высмеивания взаимосвязи становятся менее устойчивыми (табл. 5). Это хорошо соотносится с представлением о неспособности людей с гелотофобией получать удовольствие от ситуаций юмора и смеха, а также с данными оригинального исследования. Однако корреляции гелотофобии с эмоцией радости отсутствуют для обоих типов сценариев, что

противоречит данным Т. Платт и требует верификации в дальнейших исследованиях.

Таблица 5

Корреляции гелотофобии со шкалами эмоций при сценариях подшучивания и высмеивания

Эмоции	Корреляции со шкалой гелотофобии, r-Спирмена	p
Радость В	-0,105	0,318
Радость П	-0,149	0,154
Грусть В	0,233	0,025
Грусть П	0,356	0,000
Гнев В	0,178	0,088
Гнев П	0,257	0,013
Отвращение В	0,257	0,013
Отвращение П	0,348	0,001
Удивление В	0,226	0,030
Удивление П	0,251	0,015
Стыд В	0,150	0,150
Стыд П	0,216	0,038
Страх В	0,185	0,076
Страх П	0,245	0,018

Примечание: значимые различия выделены жирным шрифтом.

Таким образом, результаты, полученные с помощью различных способов анализа данных, в целом согласуются и свидетельствуют в пользу влияния гелотофобии на способность различать ситуации дружелюбного подшучивания и агрессивного высмеивания.

Гелотофобия и агрессия

Корреляционный анализ по критерию Спирмена показал наличие взаимосвязей гелотофобии со шкалами агрессии: физической агрессии ($r=0,330$, $p=0,005$), гнева ($r=0,470$, $p=0,000$) и враждебности ($r=0,498$, $p=0,000$). Другими словами, страх насмешки сочетается с агрессией по отношению к окружающим, что вполне согласуется с описанием феномена гелотофобии [13] и может отражать защитную реакцию. Таким образом, полученные результаты исследования приводят нас к следующим **выводам**:

1) русскоязычная версия опросника сценариев подшучивания и высмеивания показала в целом хорошие психометрические свойства, надежность и валидность

шкал и может быть рекомендована к использованию в исследованиях восприятия юмора и смеха и гелотофобии. При этом два сценария целесообразно улучшить;

2) при гелотофобии способность к различению добродушного подшучивания и агрессивного высмеивания снижается и основывается на меньшем количестве эмоций.

Заключение

Юмор и смех могут играть как положительную, так и отрицательную роль в жизни людей. Смех является универсальным проявлением положительных эмоций, однако у некоторых людей возникает страх перед осмеянием, насмешкой – гелотофобия, что может приводить к серьезным психологическим проблемам, социальной дезадаптации.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют в пользу хороших психометрических свойств русскоязычной версии опросника сценариев подшучивания и высмеивания Т. Платт, его надежности и валидности. Опросник может быть использован в исследовательской практике для изучения страха насмешки. Тем не менее целесообразно улучшить или заменить на альтернативные сценарии №№ 5 и 8, поскольку их оценки экспертной группой оказались менее согласованны. В данном исследовании есть ограничения по валидации опросника: отсутствие ретестовой надежности, небольшой объем выборки, ненормальность распределения эмпирических данных вследствие чего была использована непараметрическая статистика.

В работе показано, что способность к восприятию доброжелательного и агрессивного видов юмора и смеха тесно связана с наличием гелотофобии или страха насмешки.

Данная работа была проведена на выборке условно здоровых людей, где показано, что именно гелотофобия обуславливает описанные нарушения восприятия характера смеха. Исследования других авторов показывают, что у людей с психическими заболеваниями гелотофобия повышается [8], а, например, при шизофрении характерны трудности понимания контекста, эмоций и мотивов других людей [7]. Можно предположить, что и различение дружелюбного и агрессивного видов смеха у них тоже нарушается. Однако вопрос о том, носят ли эти нарушения первичный характер или связаны со страхом насмешки, – поле для дальнейших исследований.

Литература

1. Иванова Е.М., Макогон И.К., Стефаненко Е.А. и др. Русскоязычная адаптация опросника гелотофобии, гелотофилии и катагелластицизма PhoPhiKat // Вопросы психологии. 2016. № 2. С. 162–171.

Иванова П.О., Иванова Е.М. Апробация русскоязычной версии Опросника сценариев дружелюбного подшучивания и агрессивного высмеивания (ОСПВ) Т. Платт Клиническая и специальная психология 2019. Том 8. № 2. С. 140–158.

Ivanova P.O., Ivanova E.M. Russian Approbation of the Ridicule Teasing Scenario Questionnaire (RTQ) of T. Platt Clinical Psychology and Special Education 2019, vol. 8, no. 2, pp. 140–158.

2. Концева В.А. Функциональные психозы позднего возраста: Руководство по психиатрии. Т. 1 // Под ред. А.С. Тиганова. Москва: Медицина, 1999. С. 667–685.
3. Мартин Р. Психология юмора // Под ред. Л.В. Куликова. СПб.: Питер, 2009. 480 с.
4. Смулевич А.Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2012. 336 с.
5. Стефаненко Е.А., Иванова Е.М., Ениколопов С.Н. и др. Диагностика страха выглядеть смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии // Психологический журнал. 2011. Т. 32. № 2. С. 94–108.
6. Стефаненко Е.А., Ениколопов С.Н., Иванова Е.М. Социодемографические аспекты гелотофобии в России // Вопросы психологии. 2013. № 2. С. 104–112.
7. Bowie C.R., Reichenberg A., Patterson T.L., et al. Determinants of real world functional performance in schizophrenia subjects: Correlations with cognition, functional capacity and symptoms // American Journal of Psychiatry. 2006. Vol. 163. P. 418–425. doi:10.1176/appi.ajp.163.3.418
8. Forabosco G., Ruch W., Nucera P. The fear of being laughed at among psychiatric patients // Humor: International Journal of Humor Research. 2009. Vol. 22. № 1-2. Pp. 233–252. doi:10.1515/HUMR.2009.011
9. Platt T. Emotional responses to ridicule and teasing: Should gelotophobes react differently? // Humor: International Journal of Humor Research. 2008. Vol. 21. № 2. Pp. 105–128. doi:10/1515/ HUMOR.2008.005
10. Proyer R.T., et al. Breaking ground in cross-cultural research on the fear of being laughed at (gelotophobia): A multinational study involving 73 countries // Humor: International Journal of Humor Research. 2009. Vol. 22. № 1-2. Pp. 253–279. doi: 10.1515/HUMR.2009.012
11. Ruch W., Altfreder O., Proyer R.T. How do gelotophobes interpret laughter in ambiguous situations? An experimental validation of the concept // Humor: International Journal of Humor Research. 2009. Vol. 22. № 1-2, P. 63–90. doi:10.1515/HUMR.2009.004
12. Ruch W., Proyer R.T. Extending the study of gelotophobia: On gelotophiles and katagelasticians // Humor: International Journal of Humor Research, 2009. Vol. 22. № 1-2. Pp. 183–212. doi: 10.1515/HUMR.2009.009
13. Ruch W. Fearing humor? Gelotophobia: The fear of being laughed at Introduction and overview // Humor: International Journal of Humor Research. 2009. Vol. 22. № 1-2. Pp. 1–26. doi: 10.1515/HUMR.2009.002
14. Ruch W., Platt T., Bruntsch R. Evaluation of a Picture-Based Test for the Assessment of Gelotophobia // Frontiers in Psychology. 2017. Vol. 8 № 1. P. 1–11. doi: 10.3389/fpsyg.2017.02043

Иванова П.О., Иванова Е.М. Апробация
русскоязычной версии Опросника сценариев
дружелюбного подшучивания
и агрессивного высмеивания (ОСПВ) Т. Платт
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 2. С. 140–158.

*Ivanova P.O., Ivanova E.M. Russian Approbation
of the Ridicule Teasing Scenario Questionnaire (RTQ)
of T. Platt
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 2, pp. 140–158.*

15. *Ruch W., Proyer R.T.* The fear of being laughed at: Individual and group differences in Gelotophobia // *Humor: International Journal of Humor Research*, 2008. Vol. 21. № 1. Pp. 47–67. doi: 10.1515/HUMOR.2008.002
16. *Titze M.* Gelotophobia: The fear of being laughed at // *Humor: International Journal of Humor Research*. 2009. Vol. 22. № 1-2. Pp. 27–48. doi: 10.1515/HUMR.2009.002
17. *Titze M.* The Pinocchio Complex: Overcoming the fear of laughter // *Humor and Health Journal*. 1996. Vol. 5. № 5. P. 1–11.

Russian Approbation of the Ridicule Teasing Scenario Questionnaire (RTQ) of T. Platt

Ivanova P.O.,

*junior researcher, Department of Medical Psychology, Mental Health Research Center,
Moscow, Russia, polisha.ms.ivanova@gmail.com*

Ivanova E.M.

*PhD in Psychology, acting head of the Department of Clinical Psychology, Faculty of
Psychology and Social Sciences, Pirogov Russian National Research Medical University; senior
researcher at the Department of Medical Psychology, Mental Health Research Center, Moscow,
Russia, ivalenka13@gmail.com*

The Ridicule Teasing Scenario Questionnaire was elaborated by T. Platt as one of instruments to assess gelotophobia. Using the RTSQ it was shown empirically that people with high fear of ridicule are hardly able to distinguish situations of good-natured teasing and genuine bullying type ridicule. The article presents a Russian adaptation of the Ridicule Teasing Scenario Questionnaire of T. Platt. The results of a study on a group of 271 people confirmed the original data of Platt and showed that people with gelotophobia negatively perceive teasing as well as ridicule, and react to it with a whole range of negative emotions. The Russian version of the Ridicule Teasing Scenario Questionnaire has shown good psychometric properties, reliability and validity of the scales and can be recommended for use in studies of humor and laughter perception.

Keywords: humor, gelotophobia, teasing, ridicule, RTSQ questionnaire, PhoPhiKat<30>.

References

1. Ivanova E.M., Makogon I.K., Stefanenko E.A., et al. Russkoyazychnaya adaptatsiya oprosnika gelotofobii, gelotofilii i katagelastitsizma PhoPhiKat [Russian-language adaptation questionnaire gelotophobia, gelotofilia and katagelastisizm PhoPhiKat]. *Voprosy Psichologii [Questions of Psychology]*, 2016, no 2, pp. 162–171.

2. Kontseva V.A. Funktsional'nye psikhozy pozdnego vozrasta: Rukovodstvo po psikiatrii [Functional psychoses of later age: Manual of psychiatry], vol. 1. In A.S. Tiganov (ed.). Moscow: Meditsina, 1999, pp. 667–685.

3. Martin R. Psikhologiya yumora [Psychology of humor]. In L.V. Kulikova (ed.). Saint-Petersburg: Piter, 2009. 480 p.
4. Smulevich A.B. Rasstroistva lichnosti. Traektoriya v prostranstve psikhicheskoi i somaticheskoi patologii [Personality disorder. Trajectory in the space of mental and somatic pathology]. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2012. 336 p.
5. Stefanenko E.A., Ivanova E.M., Enikolopov S.N. Diagnostika strakha vyglyadet' smeshnym: russkoyazychnaya adaptatsiya oprosnika gelotofobii [Diagnosis of fear being laughed: russian-language adaptation questionnaire gelotophobia]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 2011, vol. 32, no. 2, pp. 94–108.
6. Stefanenko E.A., Enikolopov S.N., Ivanova E.M. Sotsiodemograficheskie aspekty gelotofobii v Rossii [Sociodemographic aspects of gelotophobia in Russia]. *Voprosy Psichologii [Questions of Psychology]*, 2016, no 2, pp. 104–112.
7. Bowie C.R., Reichenberg A., Patterson T.L., et al. Determinants of real world functional performance in schizophrenia subjects: Correlations with cognition, functional capacity and symptoms. *American Journal Psychiatry*, 2006, vol. 163, pp. 418–425. doi:10.1176/appi.ajp.163.3.418
8. Forabosco G., Ruch W., Nucera P. The fear of being laughed at among psychiatric patients. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2009, vol. 22, no. 1-2, pp. 233–252. doi: 10.1515/HUMR.2009.011
9. Platt T. Emotional responses to ridicule and teasing: Should gelotophobes react differently? *Humor: International Journal of Humor Research*, 2008, vol. 21, no. 2, pp. 105–128. doi:10/1515/ HUMOR.2008.005
10. Proyer R.T., et al. Breaking ground in cross-cultural research on the fear of being laughed at (gelotophobia): A multinational study involving 73 countries. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2009, vol. 22, no. 1-2, pp. 253–279. doi: 10.1515/HUMR.2009.012
11. Ruch W., Altfreder O., Proyer R.T. How do gelotophobes interpret laughter in ambiguous situations? An experimental validation of the concept. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2009, vol. 22, no. 1-2, pp. 63–90. doi:10.1515/HUMR.2009.004
12. Ruch W., Proyer R.T. Extending the study of gelotophobia: On gelotophiles and katagelasticians. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2009, vol. 22, no. 1-2, pp. 183–212. doi: 10.1515/HUMR.2009.009
13. Ruch W. Fearing humor? Gelotophobia: The fear of being laughed at Introduction and overview. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2009, vol. 22, no. 1-2, pp. 1–26. doi: 10.1515/HUMR.2009.002
14. Ruch W., Platt T., Bruntsch R. Evaluation of a Picture-Based Test for the Assessment of Gelotophobia. *Frontiers in Psychology*, 2017, vol. 8, no. 1, pp. 1–11. doi: 10.3389/fpsyg.2017.02043

Иванова П.О., Иванова Е.М. Апробация русскоязычной версии Опросника сценариев дружелюбного подшучивания и агрессивного высмеивания (ОСПВ) Т. Платт
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 2. С. 140–158.

Ivanova P.O., Ivanova E.M. Russian Approbation of the Ridicule Teasing Scenario Questionnaire (RTQ) of T. Platt
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 2, pp. 140–158.

15. Ruch W., Proyer R.T. The fear of being laughed at: Individual and group differences in Gelotophobia. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2008, vol. 21, no. 1, pp. 47–67. doi: 10.1515/HUMOR.2008.002
16. Titze M. Gelotophobia: The fear of being laughed at. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2009, vol. 22, no. 1-2, pp. 27–48. doi: 10.1515/HUMR.2009.002
17. Titze M. The Pinocchio Complex: Overcoming the fear of laughter. *Humor and Health Journal*, 1996, vol. 5, no. 5, pp. 1–11.

Дистанционное консультирование родителей в ранней помощи: компетентностный подход

Казьмин А.М.,

кандидат медицинских наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития, факультет клинической и специальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Россия, mgppukprd@gmail.com

Словохотова О.В.,

педагог-психолог территориального отделения «Бабушкинское», ГБУ ГППЦ ДОгМ, Москва, Россия, nicsecreatol9@gmail.com

В статье излагаются методологические основы, методики, средства и порядок осуществления дистанционного консультирования родителей в ранней помощи в рамках компетентностного подхода. Апробация подхода проводилась в течение двух лет на 29 матерях детей в возрасте от 1 года 4 месяцев до 5,5 лет с различными диагнозами: «детский аутизм» (n=12), «синдром Дауна неуточненный» (n=3), «церебральный паралич неуточненный» (n=7), «другие уточненные хромосомные аномалии» (n=4), «смешанное специфическое расстройство психологического развития» (n=1), «общее расстройство развития неуточненное» (n=2). Возможности и ограничения подхода обсуждаются при описании двух случаев.

Ключевые слова: дистанционное консультирование, родители, ранняя помощь, семейно-центрированная модель, компетентностный подход, коучинг, видеоанализ, активность, участие, международная классификация функционирования.

Для цитаты:

Казьмин А.М., Словохотова О.В. Дистанционное консультирование родителей в ранней помощи: компетентностный подход [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 2. С. 159–184. doi: 10.17759/psycljn.2019080209

For citation:

Kazmin A.M., Slovokhotova O.V. Distance Counseling for Parents in Early Intervention: a Competence-Based Approach [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 2, pp. 159–184. doi: 10.17759/psycljn.2019080209 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Ранняя помощь должна включать консультационные услуги семьям (в том числе в дистанционной форме) с целью формирования позитивных отношений с ребенком и содействия реализации индивидуальных программ ранней помощи (далее – ИПРП) в естественных для ребенка ситуациях [2].

Консультирование родителей является ключевой формой работы специалистов при семейно-центрированной модели ранней помощи [3; 22; 38]. При этом могут решаться задачи активизации воспитательного потенциала и собственных ресурсов всех членов семьи для поддержки развития и обучения ребенка [12; 38]. В семейно-центрированной модели выделяют несколько компонентов или измерений. Двухкомпонентная модель включает отношения и участие [21]. В плане отношений специалисты должны обладать необходимыми компетенциями в сфере профессиональной коммуникации, уважать установки и способности родителей, в плане участия – быть гибкими, способными вовлекать семью во все процессы ранней помощи, поддерживать их активность в оценочных процедурах, в выборе целей, в принятии решений по ходу реализации ИПРП [21].

В качестве измерений семейно-ориентированной практики предлагается рассматривать: оказание помощи семье в целом, ориентацию на активную и решающую роль семьи в ранней помощи, приоритетность опоры на ресурсы ребенка и семьи [36]. Наиболее адекватная роль специалиста в семейно-центрированной модели – не эксперт, дающий семье ценные рекомендации, а фасилитатор и партнер, помогающий семье усилить свои ресурсы [15; 17; 19]. Исполнение специалистом роли партнера должно обеспечиваться такими качествами, как уважительность, эмпатия, честность, скромность, вовлеченность, а также полным спектром необходимых профессиональных компетенций (знания о развитии детей в норме и при нарушениях, об инвалидности, об услугах; способности поддерживать усилия родителей, быть оппонентом; владение техниками активного слушания, эмпатического реагирования, резюмирования, конструктивного диалога и т.п.) [20].

Расширение использования дистанционного консультирования в ранней помощи поддерживается стремительным совершенствованием интернет сервисов, мобильных устройств, увеличением высокоскоростного доступа к интернету. Благодаря новым технологиям становится возможным использовать время специалистов и родителей детей, нуждающихся в ранней помощи, наиболее эффективно [26; 29; 33], а также реализовывать раннюю помощь в ситуациях повседневной жизни силами родителей [8; 14; 18; 31; 32; 34; 41].

Имеются данные исследований, подтверждающие эффективность дистанционного консультирования родителей детей с тяжелыми нарушениями зрения, слуха, с расстройствами аутистического спектра, синдромом Мартина–Белл, другими расстройствами как в плане повышения вовлеченности родителей в реализации программ ранней помощи, так и в плане прогресса в развитии детей [8; 14; 27; 31; 32; 41]. Наибольшее внимание уделяется применению видеоконференции

со специалистом, выполняющим функции коуча [13; 14; 18; 25; 31; 32; 34; 41]. При этом широко используется видеонализ [8; 14; 34]. Большинство авторов описывают комбинированное использование дистанционных и очных форм работы при оказании ранней помощи [8; 31; 32; 34; 41].

Компетентностный подход в ранней помощи

Понятие «компетенция» было введено Р. Уайтом (R.W. White) в 1959 году, которое он определял как способность эффективно взаимодействовать со средой [39]. Источник формирования компетенции – «мотивация воздействия» (competence motivation, effectance), проявляющаяся в устойчивой избирательной активности, направленной на изменение среды [35; 39].

Компетенция – это не стабильный ресурс, позволяющий выполнять автоматизированные действия, а готовность личности использовать специфический опыт, приобретенный через значимую для нее деятельность, в изменяющихся условиях, а также готовность активно совершенствовать свою способность на протяжении всей своей жизни [28]. Компетенция, по своей сущности, – мотивированная способность [10].

У маленьких детей компетенции формируются в процессе мотивированного взаимодействия с окружающей средой, например, при исследовательской или игровой активности [40]. Компетенции позволяют взрослому человеку быть успешным в разных аспектах семейной жизни, в досуговой, профессиональной или общественной деятельности. Оценка компетенций рассматривается как альтернатива измерению интеллекта при подборе персонала [30] или оценке образовательных результатов традиционным способом [4].

Компетентностный подход в ранней помощи базируется на семейно-центрированной модели со всеми ее атрибутами; особый акцент ставится на прямой поддержке укрепления способностей родителей к повышению своего благополучия, а также на благополучии ребенка и семьи. При этом происходит формирование или совершенствование компетенций всех участников процесса оказания услуг: ребенка с ограничением жизнедеятельности, родителей и других членов семьи, специалиста (рис. 1).



Рис. 1. Взаимодействие супервизора, специалиста, родителя и ребенка при реализации индивидуальной программы ранней помощи в компетентностном подходе

Компетенции ребенка. Ранняя помощь оказывается детям младенческого, раннего и дошкольного возрастов. Ребенок с типичным развитием входит в этот мир как незрелый организм, но уже к первому году жизни выглядит исключительно любознательным и направленным на общение с близкими людьми. Исследуя предметы и людей, научаясь воспринимать язык и осознавать себя, он расширяет свои интересы, пробует свои возможности, испытывает границы и постепенно усиливает способности обогащать и использовать свой опыт влияния на окружение.

У маленького ребенка формируются компетенции в основных сферах детской деятельности: социального взаимодействия и общения, в разных видах досуговой активности, включая исследование и игру, самообслуживание.

Компетенции родителя. Родители детей с задержками развития и нарушениями жизнедеятельности испытывают дополнительные стрессовые нагрузки по сравнению с родителями типично развивающихся детей [8]. Крушение образа развивающегося здорового ребенка вызывает у родителей переживание утраты, что затрудняет полноценное их функционирование в семье, в том числе в родительско-детской подсистеме [8; 11].

Для таких родителей важны реактуализация, совершенствование или формирование следующих компетенций: способность справляться со стрессом, умения самостоятельно находить способы решения проблем, уважительно и конструктивно взаимодействовать и общаться с членами семьи и другими людьми, успешно разрешать конфликты, оказывать необходимую поддержку, воспитывать и развивать своего ребенка с учетом его ограничений, сильных сторон и интересов.

Компетенции ведущего специалиста. Специалисты в сфере ранней помощи, ведущие семью, работающие в рамках семейно-центрированной компетентностной модели должны обладать компетенциями:

- способностью выполнять свои трудовые функции в соответствии со стандартами предоставления услуг ранней помощи и этическими нормами;
- способностью проводить оценочные процедуры и составлять ИПРП;
- способностью содействовать улучшению функционирования детей с различными нарушениями развития, т.е. иметь трансдисциплинарную подготовку [23];
- способностью вовлекать родителей (других членов семьи) в партнерское взаимодействие по реализации ИПРП;
- способностью содействовать (в том числе с использованием технологий рефлексивной супервизии и коучинга) повышению родительских компетенций, содействующих адаптации родителей и расширению их возможностей поддержки функционирования ребенка и семьи;
- способностью к рефлексии своей профессиональной деятельности и профессиональному росту, включая все аспекты оказания услуг ранней

помощи, конструктивное взаимодействие в команде специалистов, профилактику выгорания [24].

Компетенции супервизора. Супервизор должен обладать всеми компетенциями ведущего специалиста, а также способностью проводить рефлексивную супервизию ведущего специалиста.

Реализация компетентностного подхода при дистанционном консультировании родителей в ранней помощи

Методологическая основа

А. Биопсихосоциальный подход и Международная классификация функционирования и ограничений жизнедеятельности

Ограничения жизнедеятельности ребенка рассматриваются в соответствии с моделью функционирования, принятой в Международной классификации функционирования и ограничений жизнедеятельности (далее – МКФ), разработанной на основе биопсихосоциального подхода с расширением, предполагающим учитывать состояние функций организма, а также социальных и иных факторов окружающей среды (контекста).

Категории и параметры МКФ используются для оценки состояния функционирования ребенка в динамике [7]. В фокусе внимания специалиста находится функционирование ребенка при взаимодействии с близкими и с предметным окружением в естественных жизненных ситуациях (далее – ЕЖС), т.е. в ситуациях повседневной жизни, характерных для здоровых сверстников ребенка.

Б. Теория функциональных систем

Теория функциональных систем [1] принимается в качестве структурно-функциональной основы для понимания организации и развития целенаправленного поведения ребенка, в которой раскрывается роль внешних стимулов, предыдущего опыта и мотивационных факторов в афферентном синтезе и принятии решений и анализируется структура эфферентного синтеза и механизмов обратной связи при достижении субъективно важных результатов. Схема функциональной системы используется при анализе целенаправленного поведения ребенка и его взаимодействия с родителем.

В. Теория процессуального анализа

Термины и модели теории процессуального анализа раскрывают психологическую структуру межсубъектного взаимодействия ребенка с другими людьми, а также динамику развития системы аффективной саморегуляции, формируемых компетенций [5].

Схема межсубъектного взаимодействия помогает в оценке состояния структурно-функциональных компонентов взаимодействия в диаде ребенок–

родитель (совместное переживание аффектов, совместно-разделенное внимание, совместные действия, корегуляция). Модель регуляции аффективного гомеостаза используется при интерпретации адаптивного и дезадаптивного поведения ребенка. Понятие функционального домена позволяет фиксировать внимание на составляющих формируемых компетенций (информационной, аффективной, поведенческой и регуляторной).

Методики

А. Методика оценки сформированности компетенций ребенка

Оценка сформированности компетенций ребенка осуществлялась при помощи специально разработанного опросника «Жизненные ситуации». В сопоставлении с разделами и категориями МКФ были отобраны ЕЖС, наиболее характерные для современных детей раннего и дошкольного возраста (см. приложение 1).

Сформированность компетенций оценивалось по состоянию активности (демонстрируемой ребенком способности решения задач в ЕЖС) и участия (вовлеченности в ЕЖС) [6]. Для оценки использовалась порядковая шкала, в которой 0 баллов соответствовало наибольшей сформированности компетенций, 4 балла – полной несформированности компетенций (см. приложение 2).

Б. Методика оценки профиля функционирования ребенка

Для контроля динамики функционирования ребенка использовался опросник, разработанный на основе категорий МКФ в рамках выполнения государственной работы ГБОУ ВПО МГППУ «Разработка комплекса мероприятий по созданию единой системы вариативных форм дошкольного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья» (Москва, 2014). Опросник заполняется специалистом со слов родителей (см. приложение 3).

В. Методика оценки сформированности компетенций родителя

Для оценки динамики сформированности компетенций родителя использовался специально разработанный опросник, заполняемый родителями самостоятельно через каждые три месяца реализации ИПРП (см. приложение 4). Опросник состоит из 37 пунктов. Оценка ответов производится при помощи порядковой шкалы. Используются следующие критерии оценки: 0 баллов – «нет», 1 балл – «плохо», 2 балла – «в некоторой степени, но не знаю, как это использовать для развития и воспитания ребенка», 3 балла – «хорошо, пытаюсь это использовать для развития и воспитания ребенка», 4 балла – «очень хорошо, использую это для поддержки развития и воспитания ребенка».

Г. Вопросы для саморефлексии специалиста

С целью совершенствования компетентности специалиста применялись вопросы для саморефлексии проведения консультации (см. табл. 1).

Таблица 1

Пример вопросов для саморефлексии специалиста

№	Во время последней консультации я как специалист:
1.	просматривал(а) цели ИПРП
2.	спрашивал(а) родителя о том, что произошло с момента последней консультации
3.	спрашивал(а) родителя о приоритетах на данную встречу
4.	проводил(а) микроанализ представленных родителем видео совместно с ней(ним)
5.	спрашивал(а) родителя о том, что она(он) думает о происходящем на видео
6.	обсуждал(а) с родителем релевантные техники поддержки развития ребенка, при необходимости – демонстрировал(а) примеры их применения
7.	акцентировал(а) внимание родителя на ее(его) успешных действиях, направленных на поддержку активности и вовлеченности ребенка, на способностях проявляемых ребенком
8.	спрашивал(а) родителя о желании что-то изменить в обсуждаемой ситуации, представленной на видео
9.	спрашивал(а) родителя о том, как она(он) видит дальнейшее расширение или усложнение активности ребенка в обсуждаемой ситуации, представленной на видео
10.	акцентировал(а) внимание родителя на аспектах, затрудняющих успешность ребенка, которые родителем не были замечены
11.	акцентировал(а) внимание родителя на важности поддержки интересов и предпочтений ребенка для его(ее) развития
12.	предоставлял(а) конкретную обратную связь, основанную на наблюдаемом поведении, а не общие отзывы оценочного характера («отлично!» и т.п.)
13.	спрашивал(а) родителя о приоритетах на следующую встречу

Д. Методика дистанционного консультирования

При дистанционном консультировании использовались беседа, недирективный коучинг, элементы директивного коучинга, наблюдение (в форме просмотра видеозаписей).

Беседа используется в целях прояснения ресурсов и ограничений ребенка, установок, мнений, приоритетов, эмоционального состояния и запросов родителей,

образа жизни семьи, эмоциональной поддержки родителей, их информирования, формирования доверительных партнерских отношений.

Недирективный коучинг [16] применяется в целях содействия родителю в выборе целей ИПРП, выработке плана и способов ее реализации, рефлексии полученного опыта. Сущность недирективного коучинга заключается в поддержке освоения клиентом общей модели решения задач GROW (G – goal – цель; R – reality – реальность; O – options – варианты; W – will – намерения, составление плана действий). При содействии родителям в выборе целей специалист придерживается модели SMART, определяющей параметры целей (S – specific – конкретная; M – measurable – измеримая; A – achievable – достижимая; R – relevant – значимая; T – time-bounded – определена во времени) [37]. В парадигме недирективного коучинга используются: активное слушание, открытые вопросы, направленные на активацию конструктивной рефлексии родителя, поддержка веры родителя в свои силы, поддержка принятия родителем решений и проявления настойчивости в достижении поставленных целей. Важнейший компонент недирективного коучинга – поддерживающая обратная связь, используемая при рефлексии действий родителей по реализации ИПРП и их результатов. Мы использовали модель обратной связи BOOST (B – balanced: акцентирование внимания на развитии и достижениях родителя и ребенка при упоминании негативных аспектов в конструктивном ключе; O – observed: обратная связь основывается только на наблюдаемых специалистом фактах; O – objective: при предоставлении обратной связи используется только описание действий и результатов, оценки не даются; S – specific: комментарии носят конкретный характер и подкрепляются примерами наблюдаемого поведения; T – timely: специалист дает свой отзыв как можно скорее, после наблюдения деятельности).

Директивный коучинг, в отличие от недирективного, направлен на обучение родителей формированию компетенций у ребенка путем передачи готовых технологий, которыми владеет специалист.

Коучинговые технологии использовались с опорой на видеозаписи поведения ребенка и его взаимодействия с родителем. При видеоанализе применялась техника «стоп-кадр», облегчающая осуществление рефлексии, основанной на фактах.

Средства дистанционного консультирования

Для дистанционного консультирования специалисты пользовались отдельным помещением, оборудованным персональным компьютером с веб-камерой и проводной гарнитурой, подключенным к высокоскоростному интернету. Родитель пользовался любым доступным ему стационарным или мобильным компьютерным устройством с высокоскоростным доступом к интернету. Видеосюжеты хранились родителями в Google Foto своего аккаунта, соответствующие ссылки размещались ими в облачной рабочей документации совместного с ведущим специалистом пользования. Видео-конференц-связь осуществлялась при помощи Skype с использованием режима демонстрации экрана. В качестве рабочей документации использовался облачный конструктор индивидуальных программ, специально

разработанный нами в Google Tabs, к которому имели доступ ведущий специалист и родитель.

Порядок дистанционного консультирования

Определение нуждаемости ребенка и семьи в ранней помощи происходило во время первичного приема, проводимого специалистами в сфере ранней помощи.

В случае выявления у ребенка ограничений жизнедеятельности родителям ребенка предлагались услуги ранней помощи, включая дистанционное консультирование. При получении согласия родителей на взаимодействие с ведущим трансдисциплинарным специалистом в дистанционном режиме родители получали доступ к соответствующим облачным ресурсам, назначались время и дата первой дистанционной встречи для проведения оценочных процедур и разработки ИПРП, а также согласовывалось расписание дистанционных консультаций. Устанавливались продолжительность консультации 1 час и частота консультаций 1 раз в неделю или 1 раз в две недели.

Оценочные процедуры проводились при помощи опросников «Профиль развития ребенка» и «Жизненные ситуации». Полученные результаты обсуждались с родителем, который выбирал цели ИПРП и жизненные ситуации для формирования у ребенка компетенций. ИПРП составлялась в автоматическом режиме с использованием разработанного нами облачного конструктора в соответствии с формой, указанной в методических рекомендациях, принятых Минтрудом России [9] (см. табл. 2),

Таблица 2

Фрагмент ИПРП

Ситуации	Общие цели	Ситуационные цели	
		Специфическая активность в ситуации	Вовлеченность в ситуацию
Одевание	Ориентация в себе. Принятие новизны. Понимание неречевых сообщений. Использование неречевых средств общения. Понимание устной речи. Использование устной речи для общения. Поддержание взаимодействия. Установление и поддержание отношений с близкими людьми	может самостоятельно одеть и снять одежду частично	да

Затем специалист знакомил родителя с облачным рабочим инструментарием и сущностью предстоящей совместной работы. Родителю предстояло самостоятельно

выбирать темы очередных встреч, готовить соответствующие видеоматериалы для обсуждения и размещать ссылки на них на «рабочем столе» облачного конструктора программ.

Типичная структура онлайн-консультации включала вводную беседу, во время которой обсуждались актуальные для родителя вопросы функционирования ребенка и семьи, события семейной жизни, произошедшие со времени последней консультации, основную часть, фокусированную на выбранных родителем для обсуждения аспектах поведения ребенка и его взаимодействия с родителями в ЕЖС, заключительную часть, предназначенную для подведения итогов и текущего планирования.

Основная часть заключалась в процедурах коучинга с опорой на представленные родителем видеоматериалы. Директивные техники использовались в случаях необходимости разъяснения родителям эффективных способов достижения ожидаемых результатов. Недирективным техникам отдавалось предпочтение по мере вовлечения родителей в процесс реализации ИПРП и получения позитивных результатов от своих действий. Выработанные родителями решения фиксировались в облачной рабочей документации.

Сведения об апробации компетентностного подхода при дистанционном консультировании родителей в ранней помощи

Апробация компетентностного подхода при дистанционном консультировании родителей в ранней помощи осуществлялась в период с сентября 2016 по июнь 2018 года в Государственном бюджетном учреждении города Москвы «Городской психолого-педагогический центр Департамента образования города Москвы». Работа проводилась с матерями 29 детей (4 девочки и 25 мальчиков) в возрасте от 1 года 4 месяцев до 5,5 лет ($M_{\text{возр.}} - 27,9$ месяцев, $SD_{\text{возр.}} - 11,2$ месяца). Распределение детей по причинам ограничений жизнедеятельности было следующим: 12 детей с диагнозом «детский аутизм», 3 ребенка с диагнозом «синдромом Дауна неуточненный», 7 детей – с «церебральным параличом неуточненным», 4 ребенка с диагнозом «другие уточненные хромосомные аномалии», 1 ребенок со «смешанным специфическим расстройством психологического развития», 2 ребенка с диагнозом «общее расстройство развития неуточненное». Все дети имели статус ребенка-инвалида, более половины из них 1-2 раза в год получали курсовые медицинские и реабилитационные услуги. Однако при этом матери детей консультационную помощь не получали; все услуги предоставлялись в стационарной форме и не имели отношения к развитию активности и вовлеченности ребенка в ЕЖС.

Консультационная помощь семьям предоставлялась на протяжении не менее 6 месяцев. В 27 из 29 случаев мы наблюдали практически непрерывное улучшение состояния активности и участия в ЕЖС, при этом выраженность позитивной динамики у различных детей варьировала в широком диапазоне. На динамику формирования компетенций у конкретных детей могли влиять несколько факторов: исходная тяжесть отдельных ограничений жизнедеятельности ребенка, их

комплексность, наличие необходимых вспомогательных средств (например, специального оборудования для позиционирования ребенка), адаптация родителя к нарушению развития ребенка, последовательность, вовлеченность и креативность родителя при реализации ИПРП, установки и участие других членов семьи, отношения в семье, другие.

Примеры

Пример 1. М., мальчик, 2 года, с диагнозом: церебральный паралич (спастическая триплегия), задержка психоречевого развития, гиперметропия. М. получал стационарное лечение с частотой 1 раз в 3-4 месяца и еженедельно – занятия со специалистами по развитию подвижности на дому и на территории специализированного частного центра.

Состояние функционирования мальчика на момент начала дистанционного консультирования мамы было следующим: мальчик был чаще всего возбужден, не проявлял интереса к специалистам, большую часть времени предпочитал ползать по-пластунски, хватать и разбрасывать предметы, при этом совершенно не реагируя на обращения взрослых. При этом он отличал маму от незнакомых людей. В домашних условиях поведение было аналогичным: М. много ползал по-пластунски, разбрасывал предметы левой рукой, не демонстрировал интереса к изобразительным и дидактическим игрушкам, книжкам, видео, не имел никаких навыков самообслуживания, не понимал и не произносил никаких слов.

Развитию компетенций у ребенка мешали: отсутствие индивидуального специального оборудования для поддержания стабильной позы, очков; фиксированность мамы на преодолении отставания в двигательном развитии; ее недопонимание сложностей двигательных нарушений у сына, непонимание или игнорирование необходимости содействия формированию у М. навыков самообслуживания, общения, игровой и продуктивной деятельности; установка матери на приобретение услуг по развитию ребенка специалистами, отсутствие веры в способности М. к развитию и в свои способности стать компетентным родителем.

Тем не менее мама ребенка выразила согласие на получение дистанционных консультаций. В первые три месяца консультирования мама взаимодействовала с ведущим специалистом довольно поверхностно, многократно просила перенести встречи на другой день или другое время, мотивируя это необходимостью получения очередных разноплановых услуг, направленных на коррекцию двигательного развития; нарушала договоренности по целенаправленному содействию формирования согласованных компетенций у М.; вместо домашних видеозаписей предоставляла видеофрагменты работы специалистов различных реабилитационных центров. По инициативе мамы большую часть времени консультаций занимали беседы, во время которых ведущий специалист активно ее слушал, оказывал эмоциональную поддержку, последовательно стимулируя ее к рефлексии, предоставлял искомую информацию. Первыми ощутимыми результатами этого периода работы стали несколько важных изменений:

М. получил приемлемый вариант оборудования для активности в положении сидя, стал более внимательным во время приема пищи и научился есть рукой яблоко, а также пить из чашки с незначительной помощью матери. После проведения промежуточной оценки результативности реализации ИПРП и совместного обсуждения вовлеченность мамы заметно возросла, расписание консультаций стабилизировалось и к окончанию шестимесячного периода партнерства итоги выглядели уже более ощутимыми, чему в какой-то степени способствовало и начало использования очковой коррекции дальности зрения. М. продемонстрировал существенное увеличение вовлеченности в нескольких ЕЖС, стал самостоятельно есть ложкой и пить из чашки, играть с изобразительными игрушками (машинкой, куклой и другими), увлеченно смотреть видео, играть в прятки, демонстрировать понимание нескольких слов.

Рассмотрим использование представлений о структуре функциональной системы, упомянутых выше моделей SMART, BOOST при онлайн-консультировании мамы М.

В случае М., работа с его мамой была трудной преимущественно из-за того, что она была не готова принять наличие у сына тяжелого церебрального паралича и решиться взять на себя ответственность за поддержку развития ребенка. Эта позиция отражалась в ее негативных высказываниях об интересах и способностях М., в отсутствии умения общаться и играть с М., в отказе от приобретения инвалидного кресла и т.п. Складывалась парадоксальная ситуация: мама проявляла заботу о ребенке и отстраненность от него одновременно. М. большую часть времени находился либо у мамы на коленях, спиной к ней, либо один на полу. Она абсолютно все делала за сына, хотя левая рука у М. была вполне рабочей; никогда не играла с ним лицом к лицу в обычной для матерей манере, используя традиционные потешки, не пыталась сама хоть как-то его развивать. Свои мысли и энергию мама направляла на поиски новых методов лечения и занятий с новыми специалистами, находила средства в различных фондах для покрытия расходов на получение платных услуг.

Переломить ситуацию помогла наша помощь в виде предоставления во временное пользование удобного креслица для М., специально сконструированного ранее для другого ребенка с церебральным параличом, но совсем непохожего на инвалидное кресло, и в виде рекомендаций по подбору подходящего столика. При помощи этого оборудования М. продемонстрировал способность сидеть продолжительное время, манипулируя с игрушечной машиной. Мама сделала несколько видеозаписей этой самостоятельной занятости М. и проявила инициативу подробно их обсудить. Специалист на примере одной из видеозаписей в доступной форме познакомил маму с адаптированным вариантом описания модели самостоятельного функционирования ребенка. Внимание мамы фокусировали на следующих элементах: а) ребенок должен сам принимать решения, к чему ему стремиться, на основе того, что он чувствует, видит и слышит, что вызывает у него положительные эмоции (вариант описания начальных этапов существования функциональной системы от афферентного синтеза до формирования акцептора результата действия); б) ребенку необходимо

предоставить возможность самостоятельного использования сформированных ранее или демонстрируемых взрослым действий для достижения своей цели (вариант описания этапов эфферентного синтеза и исполнительных действий); в) ребенку важно самому оценивать результаты своих действий и думать, что ему делать дальше (вариант описания завершающих этапов работы функциональной системы). Мама отметила, что такое описание функционирования ребенка ей понятно, это естественно для любого человека. И она согласилась подумать о создании М. условий для научения чему-либо. В качестве актуальной ситуации она выбрала питье из чашки, так как пить мальчик любит, но все еще пьет из бутылочки, которую держит мама. Детализация описания цели с последующим составлением плана его реализации происходило в русле модели SMART: S (специфичность) – были согласованы параметры цели (характеристики чашки, содержимое и его количество, самостоятельное сидение ребенка в креслице за столиком, использование слюнявчика и наличие тряпочки на столике); М (измеряемость) – измерять результат договорились в примерном количестве самостоятельно выпитой жидкости; А (достижимость) – цель рассматривалась как достижимая, т.к. М. уже продемонстрировал способность устойчиво сидеть и при этом действовать левой рукой; R (значимость) – предлагать питье в типичное для питья время (в случае отказа – не предлагать); Т (определенность во времени) – ежедневные пробы и фиксация на видео с обсуждением во время следующей консультации через две недели.

Через две недели состоялась первая полноценная консультация с микроанализом видео. Результаты оказались более успешными, чем ожидала мама. М. проявил выраженный интерес и упорство в освоении самостоятельного питья. Он научился в большинстве случаев самостоятельно выпивать до 1/3 чашки жидкости, немного проливая; при этом начал выражать протест, если мама забирала у него чашку и пыталась его допить. По ходу совместного просмотра видео с остановкой кадра специалист задавал маме открытые вопросы, стимулирующие рефлексию, а также предоставлял обратную связь с использованием модели BOOST (конкретно, с акцентом на успехи как со стороны ребенка, так и со стороны мамы, обращая внимание также на затруднения и необходимость обдумать способы их преодоления). В заключительной части консультации специалист обсудил с мамой то, что она уже делает и может делать еще для повышения успешности М. в ситуации питья. Обсуждались важные компоненты родительской компетентности: умение заранее организовать предметную среду, ее расположение напротив ребенка, внимательное наблюдение за ребенком с целью понять ход его мыслей, действий и чувств, предоставление эмоциональной поддержки, невмешательство в действия ребенка.

Таким образом, ситуация питья стала источником достижений для М., которые в свою очередь помогли маме решиться на начало конструктивного сотрудничества со специалистом.

За период консультирования, продолжавшегося в течение 1 года 4 месяцев, мама М. повысила уровень своей родительской компетентности по следующим параметрам: знание сильных и слабых сторон сына, его интересов, умение

наблюдать за ним, понимание его поведения и желаний, проявление настойчивости в ситуациях фрустрации, умение оказывать ему эмоциональную поддержку.

Пример 2. У., девочка, 2 года, диагноз – «детский аутизм». Мама девочки на третьем триместре беременности вторым ребенком выбрала еженедельное дистанционное консультирование как единственную форму получения ранней помощи.

Состояние функционирования девочки на момент начала дистанционного консультирования мамы было следующим: У. демонстрировала высокий уровень вовлеченности при взаимодействии с игрушками со звуковыми и световыми эффектами, песком и красками, при просмотре мультфильмов, приеме пищи и питье, разглядывании книжек с картинками, танцах под музыку; умела самостоятельно есть ложкой и пить из чашки, снимать с себя одежду; при этом она не проявляла признаков ориентированности в себе и окружающих людях, совместного внимания, внимания к людям, взаимодействия с ними, интереса к изобразительным игрушкам, понимания речи и речевой продукции.

Развитию У. мешала недостаточность у мамы компетенций в области взаимодействия и общения с дочкой, содействия формированию у нее мотивации к различным видам деятельности, оказания адекватной помощи и эмоциональной поддержки.

Мощным ресурсом мамы оказалось ее желание научиться воспитывать и обучать У., как можно быстрее подготовить ее к посещению детского сада в группе типично развивающихся детей, что было отчасти обусловлено ожиданием рождения второго ребенка.

Первые 2,5 месяца еженедельного дистанционного консультирования прошли ритмично и продуктивно. Мама активно предоставляла видеоматериалы, вдумчиво участвовала в их обсуждении, в поиске нужной информации, в принятии решений по изменению среды и своего поведения. К очередной встрече мама успевала проделать большой объем работы в рамках достигнутых договоренностей и подготовить видео для обсуждения. Результаты не заставили себя долго ждать: у У. значительно расширился круг интересов, она стала вместе мамой участвовать в кормлении кошки, поливании цветов, изготовлении аппликаций, приготовлении пищи, просмотре домашних видеозаписей и фотоальбомов; стала играть с куклами и другими изобразительными игрушками, научилась кататься на самокате, надевать часть одежды, умываться, стала играть с папой в прятки, наблюдать за действиями взрослых и детей, понимать и произносить несколько слов.

После перерыва в течение 1,5 месяцев, связанного с отпускным периодом и рождением у мамы второго ребенка, дистанционное консультирование продолжилось с частотой 1 раз в 2 недели. На сеансах дистанционной связи ведущий специалист стал использовать преимущественно технологии недирективного коучинга, а мама – проявлять все большую самостоятельность. У. непрерывно демонстрировала прогресс в формировании компетенций: взаимодействие

с родителями стало намного устойчивее, У. стала самостоятельно выбирать занятия, ставить материалы и игрушки на место, научилась выговаривать несколько десятков слов, пересчитывать предметы в пределах пяти, улучшила другие свои навыки. У. стала посещать группу детского сада с типично развивающимися сверстниками, в первую половину дня с утра и до дневного сна. По отзывам воспитателей, адаптация У. проходила успешно, она стала наблюдать за детьми, совершать необходимые действия в установленном режиме дня, в том числе есть за одним столом с другими детьми и участвовать в изобразительной деятельности и музыкальных занятиях.

Рассмотрим использование элементов теории процессуального анализа, моделей GROW, BOOST, открытых вопросов при онлайн-консультировании мамы У.

К первой онлайн-встрече после составления ИПРП мама приготовила несколько видеофрагментов. В начале консультации, при совместном просмотре и обсуждении приоритетных для мамы видеоматериалов, используя модель обратной связи BOOST, специалист отметил позитивные аспекты в действиях мамы и дочки, а также обратил внимание мамы на проблемные моменты и посодействовал их осмыслению мамой, задавая открытые вопросы, относящиеся к остановленному кадру. Например: «Что Вы хотели от У. в данный момент?»; «О чем сейчас “говорят” руки У.?»; «На что в здесь направлено Ваше внимание? И на что – внимание У.?»; «Как Вы думаете, почему У. отталкивает Вашу руку?»; «Вы хотели бы что-то изменить в этой ситуации в следующий раз?»; «Что бы Вы себе посоветовали изменить?»; и т.д. Вторая половина консультации была посвящена беглому просмотру оставшихся видеофрагментов и планированию последующей работы, придерживаясь модели GROW.

G (цель). На вопрос «Какие общие цели Вы хотели бы выбрать на первое время в качестве первоочередных?» мама указала на желание освоить эффективные способы развития у У. способностей к взаимодействию с другими людьми, если такие существуют. Свой выбор мама обосновала необходимостью У. научиться контактировать с детьми и взрослыми в детском саду, который она должна была начать посещать через 3-4 месяца.

R (реальность). Исходное состояние способностей У. к взаимодействию и общению было малоутешительным. Она не обращала внимания на интонацию, мимику и жесты родителей, на речевые обращения, не интересовалась тем, что делают родители, отказывалась подключаться к совместной активности. Это контрастировало со способностями У. к самостоятельному научению действиям с разными предметами, как правило, через «пробы и ошибки». Мама, как это было видно из предварительного просмотра нескольких видео, не выглядела достаточно компетентной при контакте с дочкой. Она проявляла избыточную навязчивость, чаще располагалась сзади девочки, не учитывала ее интенций и темпа действий, предлагала слишком сложные виды активности, использовала преимущественно команды и не использовала комментарии или похвалу, пыталась действовать ее руками, критиковала и т.п. С другой стороны, было видно, что многие из представленных на видео ситуаций нравились У.: она смотрела на соответствующие

объекты, пыталась их исследовать, издавала радостные вокализации, проявляла радость, взмахивая кистями рук и иногда подпрыгивая, улыбалась.

О (варианты). Развитие социального взаимодействия и общения является общей целью, которая может достигаться в любых ситуациях, представляющих интерес для У., и в которых взаимодействие с другими естественно. Мама У. выбрала несколько подходящих ЕЖС для пробы и последующего анализа.

W (намерение, план). Работа по поддержке развития способностей У. к взаимодействию и общению была запланирована в следующем формате:

1) регулярная съемка видеосюжетов, на которых хорошо видны действия участников взаимодействия (мамы и У., папы и У.);

2) получение мамой необходимых знаний о способах содействия развитию взаимодействия и общения;

3) совместный разбор видео с целью корректировки планов.

На следующей встрече при обсуждении с мамой первого из видеофрагментов специалист пояснил ей в доступной форме смысл понятия «субъект» и рассказал о четырех компонентах межсубъектного взаимодействия (из теории процессуального анализа): 1) совместное или взаимное внимание (способствующее установлению общей темы взаимодействия); 2) совместные действия (действия, направленные на достижение общей цели); 3) совместное аффективное переживание (переживаемых субъектами, партнерами одинаковых аффективных состояний); 4) координация действий с партнером (совместное управление, корегуляция).

Далее специалист помогал маме анализировать состояние взаимодействия на других видеозаписях. В результате мама осознала, что в большинстве случаев взаимодействие можно было охарактеризовать как дезорганизованное по одной или нескольким компонентам: несовпадение фокуса внимания, разнонаправленность действий, отсутствие совместных переживаний, взаимной координации действий. Вслед за этим специалист подробно разъяснил маме несколько простых способов поддержки взаимодействия с ребенком (содействие повышению компетентности родителя): демонстрация без требования повторения, наблюдение за действиями ребенка без вмешательства, словесное картирование, утрированное эмпатическое отзеркаливание, ожидание ответа ребенка в очередной рутине, отзеркаливание действий. В конце консультации специалист при помощи открытых вопросов посодействовал уточнению плана действий мамы на следующие две недели: «В каких ситуациях Вы хотели бы поработать над развитием взаимодействия с У.?»; «Какие способы поддержки взаимодействия Вы планируете освоить?»

Несмотря на объективные естественные трудности, испытываемые мамой, связанные с необходимостью ухода за родившимся вторым ребенком при отсутствии помощниц, за 10 месяцев работы (с перерывом в 1 месяц на роды

и адаптацию) маме удалось добиться значительных успехов в содействии развитию У., как было указано выше. При этом уровень родительской компетентности мамы существенно повысился во многих аспектах: умения наблюдать за У., организовывать ее личное развивающее пространство, адаптировать места общего пользования для вовлечения ее в разные виды активности по самообслуживанию и быту, поддерживать ее самостоятельную исследовательскую активность и игру, содействовать повышению ее настойчивости в ситуациях фрустрации, оказывать ей эмоциональную поддержку и адекватную помощь, понимать, что она хочет сообщить, играть вместе с ней и заниматься различными видами продуктивной деятельности, уважать и поддерживать ее инициативы, интересы и самостоятельную активность, не прерывать без крайней необходимости ее действий, не критиковать, ждать, содействовать развитию понимания речи и использованию новых слов, переосмысливать свое взаимодействие и отношения с дочкой.

Развитие и поддержание компетентности специалистов

Ошибки в действиях специалиста в процессе дистанционного консультирования практически неизбежны. Даже очень хорошо структурированная технология работы не гарантирует устойчивой, вдумчивой, хорошо подстроенной к конкретному случаю активности консультанта из-за воздействия на него множества внутренних и внешних факторов. Ошибки специалиста могут значительно осложнить процесс консультирования и вовлечения родителей в партнерское взаимодействие, затруднить достижение возможного уровня эффективности ранней помощи.

С целью развития и поддержания компетентности специалистов используется саморефлексия профессиональной деятельности и различные варианты рефлексивной супервизии (перекрестная внутренняя, внешняя, индивидуальная и групповая). Действенный контроль качества предоставляемых услуг требует наличия в центре ранней помощи практики текущей саморефлексии и регулярной перекрестной или внешней рефлексивной супервизии специалистов-консультантов.

Мы использовали саморефлексию и перекрестную рефлексивную супервизию, что помогало нам размышлять над проведенной работой с клиентами и вносить необходимые коррективы в процесс консультирования.

Заключение

Компетентностный подход, используемый в дистанционном консультировании родителей, соответствует современным тенденциям в практике ранней помощи, обеспечивая соблюдение следующих принципов: следование семейно-центрированной модели, естественность (оказание услуг в ЕЖС), обеспечение функциональной направленности услуг.

Дистанционное консультирование родителей в рамках компетентностного подхода может содействовать повышению вовлеченности детей в ЕЖС и развитию их способностей к успешному выполнению соответствующих этим ситуациям задач,

развитию функционирования детей в целом, а также повышению родительской компетентности и компетентности специалистов.

Тем не менее эффективность данного подхода в дистанционном консультировании родителей в ранней помощи вариативна и безусловна, зависит от множества разнородных факторов, влияющих со стороны ребенка, родителя, семьи в целом, консультанта, организации и макросоциальной среды. В нашем исследовании мы сталкивались с ограничениями вследствие тяжелого множественного нарушения у ребенка и многофакторной немотивированности родителей.

Литература

1. Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем. М., «Наука», 1973, с. 17–61.
2. Ермолаева Е.Е., Казьмин А.М., Мухамедрахимов Р.Ж. и др. О ранней помощи детям и их семьям // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 2. С. 4–18. doi:10.17759/autdd.2017150201
3. Жиянова П.Л. Семейно-центрированная модель ранней помощи // Синдром Дауна XXI век. 2008. № 1. С. 20–23.
4. Зимняя И.А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании. Авторская версия. М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004. 40 с.
5. Казьмин А.М. Теория процессуального анализа: краткое описание и прикладное значение [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. № 4. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n4/57302.shtml> (дата обращения: 07.01.2019)
6. Казьмин А.М. Участие: теоретические аспекты и оценка в практике ранней помощи [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Т. 4. № 2. С. 115–127. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Kazmin.shtml> (дата обращения: 07.01.2019)
7. Казьмин А.М., Перминова Г.А., Чугунова А.И. Прикладное значение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (краткий обзор литературы) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2014. Т. 3. № 2. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n2/Kazmin_et_al.shtml (дата обращения: 07.01.2019)
8. Кудрина Т.П., Серкина А.В. Дистанционное консультирование родителей в системе ранней помощи: из опыта работы // Дефектология. 2013. № 6. С. 60–70.

9. Методические рекомендации по организации ранней помощи (от 25 декабря 2018) [Электронный ресурс] // URL: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/274> (дата обращения 07.01.2019)

10. Равен Дж. Компетентность в современном обществе: выявление, развитие и реализация. М.: Когито-Центр, 2002. 396 с.

11. Селигман М., Дарлинг Р.Б. Обычные семьи, особые дети: системный подход к помощи детям с нарушениями развития. М.: Теревинф, 2007. 368 с.

12. Ткачева В.В. Реализация семейно-центрированного подхода в условиях службы ранней помощи // Коррекционная педагогика. 2016. Т. 68. № 2. С. 17–21.

13. Baharav E., Reiser C. Using telepractice in parent training in early autism // Telemedicine and E-Health. 2010. Vol. 16. № 6. Pp. 727–731. Doi: 10.1089/tmj.2010.0029.

14. Behl D., Blaiser K., Cook G. et al. A Multisite Study Evaluating the Benefits of Early Intervention via Telepractice // Infants & Young Children. 2017. Vol. 30. № 2. Pp. 147–161. Doi: 10.1097/IYC.0000000000000090.

15. Block A.W., Block S.R. Strengthening social work approaches through advancing knowledge of early childhood intervention // Child and Adolescent Social Work Journal 2002. Vol. 19. № 3. Pp. 191–208. Doi: 10.1023/A:1015575914314

16. Braddell A. Citizens' Curriculum guide to non-directive coaching [Электронный ресурс]. Leicester: Learning and Work Institute, 2017. URL: <https://www.learningandwork.org.uk/wp-content/uploads/2017/08/LW-Coaching-Report-V6-13.7.2017.pdf> (дата обращения: 07.01.2019)

17. Brewer E.J., McPherson M., Magrab P.R. et al. Family-Centered, Community-based: coordinated care for children with special health care needs // Pediatrics. 1989. Vol. 83. № 6. Pp. 1055–1060.

18. Brown J.A. Exploring Coaching Strategies in a Parent-Implemented Intervention for Toddlers. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy, 2012. [Электронный ресурс]. The Florida State University College Of Communication and Information. URL: http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU_migr_etd-5324 (дата обращения: 07.01.2019)

19. Brown W., Thurman S.K., Pearl L.F. Family-Centered Early Intervention with Infants & Toddlers: innovative cross-disciplinary approaches. Baltimore, MD: Paul H. Brookes, 1993. 340 p.

20. Davis H., Day C., Bidmead C. Working in partnership with parents: the parent adviser model. London: The Psychological Corporation. 2002. 293 p.

21. Dunst C.J., Trivette C.M. Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care // Pediatric Nursing. 1996. № 4. Vol. 22. Pp. 334–337.

22. Dunst C.J. Family-centered practices // Journal of Special Education. 2002. Vol. 36. № 3. Pp. 141–149. Doi: 10.1177/00224669020360030401

23. *Edelman L.* A relationship-based approach to early intervention [Электронный ресурс]. Resources and Connections. 2004. Vol. 3. № 2. (July-September), pp. 2–9. URL: http://sacenter-ecmh.org/wp/wp-content/uploads/2012/03/relationship_based_approach.pdf (дата обращения: 07.01.2019)
24. Florida's Early Intervention Professional Competencies. Florida Department of Health website [Электронный ресурс]. URL: http://www.floridahealth.gov/alternatesites/cms-kids/providers/documents/Professional_Competencies. (дата обращения: 07.01.2019)
25. *Friedman M., Woods J., Salisbury C.* Caregiver Coaching Strategies for Early Intervention Providers: Moving Toward Operational Definitions // *Infants & Young Children*. 2012. Vol. 25 № 1. Pp. 62–82. Doi: 10.1097/IYC.0b013e31823d8f12
26. *Jones DJ, Forehand R, Cuellar J., et al.* Harnessing innovative technologies to advance children's mental health: Behavioral parent training as an example // *Clinical Psychology Review*. 2013. Vol. 33 № 2. Pp. 241–252. Doi: 10.1016/j.cpr.2012.11.003.
27. *Kaiser A.P., Roberts M.Y.* Parent-implemented enhanced milieu teaching with preschool children who have intellectual disabilities // *Journal of speech, language, and hearing research*. 2013. Vol. 56 № 1. Pp. 295–309.
28. *Knowles M.S.* The modern practice of adult education: Androgogy versus pedagogy. New York: New York Association Press, 1970. 376 p.
29. *McCarthy M., Muñoz K., White K.R.* Teleintervention for infants and young children who are deaf or hard-of-hearing // *Pediatrics*. 2010. Vol. 126. № 1. Pp. 52–58.
30. *McClelland D.C.* Testing for competence rather than intelligence // *American Psychologist*. 1973. Vol. 28. № 1. Pp. 1–14. Doi: 10.1037/h0034092
31. *McDuffie A., Machalicek W., Oakes A., et al.* Distance Video-Teleconferencing in Early Intervention: Pilot Study of a Naturalistic Parent-Implemented Language Intervention. // *Topics in Early Childhood Special Education*. 2013. Vol. 33. № 3. Pp. 172–185. Doi: 10.1177/0271121413476348.
32. *McDuffie A., Oakes A., Machalicek W., et al.* Early language intervention using distance video-teleconferencing: A pilot study of young boys with fragile X syndrome and their mothers // *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2016. Vol. 25. № 1. Pp. 46–66. Doi:10.1044/2015_AJSLP-14-0137
33. *Meadan H., Angell M.E., Stoner J.B., et al.* Parent-implemented social-pragmatic communication intervention: A pilot study. // *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 2014. Vol. 29 № 1. Pp. 95–110. Doi:10.1177/1088357613517504
34. *Meadan H., Snodgrass M.R., Meyer L.E., et al.* Internet-Based Parent-Implemented Intervention for Young Children with Autism: A Pilot Study // *Journal of Early Intervention*. 2016. Vol. 38. № 1. Pp. 3–23. Doi: 10.1177/1053815116630327

35. *Pearlman C.* The Measurement of Effectance Motivation // Educational and Psychological Measurement. 1982. Vol. 42. № 1. Pp. 49–56. Doi: 10.1177/0013164482421006
36. *Petr C.G., Allen R.I.* Family-Centered Professional Behavior: Frequency and Importance to Parents // Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 1997. Vol. 5. № 4. Pp. 196–204. Doi: 10.1177/106342669700500402
37. *Raia A.P.* Goal setting and self-control: An empirical study // Journal of Management Studies. 1965. Vol. 2. № 1. Pp. 34–53.
38. *Tomasello N.M., Manning A.R., Dulmus C.N.* Family-Centered Early Intervention for Infants and Toddlers with Disabilities // Journal of Family Social Work. 2010. Vol. 13. № 2. Pp. 163–172 Doi: 10.1080/10522150903503010
39. *White R.W.* Motivation reconsidered: The concept of competence // Psychological Review. 1959. Vol. 66. № 5. Pp. 297–333. Doi: 10.1037/h0040934
40. *White, R. W.* (1966). Lives in progress: A study of the natural growth of personality (2nd ed.). Oxford, England: Holt, Rinehart & Winston.
41. *Vismara L.A., McCormick C, Young G.S., et al.* Preliminary findings of a telehealth approach to parent training in autism // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2013. Vol. 43. № 12. Pp. 2953–2969. Doi: 10.1007/s10803-013-1841-8.

Distance Counseling for Parents in Early Intervention: A Competence-Based Approach

Kazmin A.M.,

PhD in Medicine, Professor, Department of Neuro and Pathopsychology of Development, Faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, mgppukprd@gmail.com

Slovokhotova O.V.,

psychologist, territorial branch "Babushkinskaya", SBI CPEA, Moscow, Russia, nicecreamol9@gmail.com

The article outlines the methodological framework, methods, tools and procedures for implementation of distance counseling of parents in early intervention within the competence-based approach. The approach testing was carried out during 2 years in 29 mothers of children aged 1 year and 4 months to 5,5 years with various diagnoses: "childhood autism" (n=12), "Down syndrome, unspecified" (n=3), "cerebral palsy, unspecified" (n=7), "other specified chromosome abnormalities" (n=4), "mixed specific developmental disorder" (n=1), "pervasive developmental disorder, unspecified" (n=2). Implementation of the approach, as well as its possibilities and limitations, are pointed out in the description of 2 cases.

Keywords: distance counseling, parents, early intervention, family-centered model, competence-based approach, coaching, video analysis, activity, participation, international classification of functioning.

References

1. Anokhin P.K. Printsipial'nye voprosy obshchei teorii funktsional'nykh sistem. [Principal issues of the general theory of functional systems]. Moscow: Nauka, 1973, pp. 17–61.
2. Ermolaeva E.E., Kaz'min A.M., Mukhamedrakhimov R.Zh., et al. O rannei pomoshchi detyam i ikh sem'yam [About early help for children and their families]. *Autizm i*

narusheniya razvitiya. [Autism and developmental disorders], 2017, vol. 15, no. 2, pp. 4–18. doi:10.17759/autdd.2017150201 (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Zhiyanova P.L. Semeino-tsentrirovannaya model' rannei pomoshchi. [Family-centered early help model]. *Sindrom Dauna XXI vek [Down syndrome XXI century]*, 2008, № 1, pp. 20–23.

4. Zimnyaya I.A. Klyuchevye kompetentnosti kak rezul'tativno-tselevaya osnova kompetentnostnogo podkhoda v obrazovanii. [Key competencies as an effective target basis of a competence-based approach in education]. Moscow, Issledovatel'skii tsentr problem kachestva podgotovki spetsialistov, 2004. 40 p.

5. Kaz'min A.M. Teoriya protsessual'nogo analiza: kratkoe opisanie i prikladnoe znachenie [Theory of procedural analysis: a brief description and applied value] [Web Source]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical and special psychology]*, 2012, no. 4. Available at: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n4/57302.shtml> (Accessed 07.01.2019) (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Kaz'min A.M. Uchastie: teoreticheskie aspekty i otsenka v praktike rannei pomoshchi [Participation: theoretical aspects and evaluation in the practice of early care] [Web Source]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical and special psychology]*, 2015, vol. 4, no. 2, pp. 115–127. Available at: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Kazmin.shtml> (Accessed 07.01.2019) (In Russ., abstr. in Engl.).

7. Kaz'min A.M., Perminova G.A., Chugunova A.I. Prikladnoe znachenie Mezhdunarodnoi klassifikatsii funktsionirovaniya, ogranichenii zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya detei i podrostkov (kratkii obzor literatury) [Applied value of the International classification of functioning, disability and health of children and adolescents (short literature review)] [Web Source]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical and special psychology]*, 2014, vol. 3, no. 2. Available at: http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n2/Kazmin_et_al.shtml (Accessed 07.01.2019) (In Russ., abstr. in Engl.).

8. Kudrina T.P., Serkina A.V. Distantionnoe konsul'tirovanie roditelei v sisteme rannei pomoshchi: iz opyta raboty [Remote counseling of parents in the system of early help: from work experience]. *Defektologiya [Defectology]*, 2013, no. 6, pp. 60–70.

9. Metodicheskie rekomendatsii po organizatsii rannei pomoshchi [Guidelines for the organization of early intervention], Dec., 25, 2018 [Web Source]. Available at: <https://rosmintrud.ru/docs/mintrud/handicapped/274> (Accessed 07.01.2019)

10. Raven Dzh. Kompetentnost' v sovremennom obshchestve: vyyavlenie, razvitie i realizatsiya. [Competence in modern society: identification, development and implementation]. Moscow: Cogito, 2002, 396 p.

11. Seligman M., Darling R.B. Obychnye sem'i, osobye deti: sistemnyi podkhod k pomoshchi detyam s narusheniyami razvitiya. [Ordinary families, special children: a systematic approach to helping children with developmental disorders]. Moscow: Terevinf, 2007. 368 p.

12. Tkacheva V.V. Realizatsiya semeino-tsentrirovannogo podkhoda v usloviyakh sluzhby rannei pomoshchi [Implementing a family-centered approach in terms of early help services]. *Korreksionnaya pedagogika [Correctional Pedagogy]*, 2016, vol. 68. № 2. pp. 17–21.
13. Baharav E., Reiser C. Using telepractice in parent training in early autism. *Telemedicine and E-Health*, 2010, vol. 16, no. 6, pp 727–731. Doi: 10.1089/tmj.2010.0029.
14. Behl D., Blaiser K., Cook G. et al. A Multisite Study Evaluating the Benefits of Early Intervention via Telepractice. *Infants & Young Children*, 2017, vol. 30, no. 2, pp. 147–161. Doi: 10.1097/IYC.0000000000000090.
15. Block A.W., Block S.R. Strengthening social work approaches through advancing knowledge of early childhood intervention. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 2002, vol. 19, no. 3, pp. 191–208. Doi: 10.1023/A:1015575914314
16. Braddell A. Citizens' Curriculum guide to non-directive coaching [Web Source]. Leicester: Learning and Work Institute, 2017. Available at: <https://www.learningandwork.org.uk/wp-content/uploads/2017/08/LW-Coaching-Report-V6-13.7.2017.pdf> (Accessed 07.01.2019)
17. Brewer E.J., McPherson M., Magrab P.R. et al. Family-Centered, Community-based: coordinated care for children with special health care needs. *Pediatrics*, 1989, vol. 83, no. 6, pp. 1055–1060.
18. Brown J.A. Exploring Coaching Strategies in a Parent-Implemented Intervention for Toddlers. Dissertation of Doctor of Philosophy [Web Source], The Florida State University College of Communication and Information, 2012. Available at: http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU_migr_etd-5324 (Accessed 07.01.2019)
19. Brown W., Thurman S.K., Pearl L.F. Family-Centered Early Intervention with Infants & Toddlers: innovative cross-disciplinary approaches. Baltimore, MD: Paul H. Brookes, 1993. 340 p.
20. Davis H., Day C., Bidmead C. Working in partnership with parents: the parent adviser model. London: The Psychological Corporation. 2002. 293 p.
21. Dunst C.J., Trivette C.M. Empowerment, effective helping practices and family-centered care. *Pediatric Nursing*, 1996, vol. 22, no. 4, pp. 334–337.
22. Dunst C.J. Family-centered practices. *Journal of Special Education*, 2002, vol. 36, no. 3, pp. 141–149. Doi: 10.1177/00224669020360030401
23. Edelman L. A relationship-based approach to early intervention [Web Source]. *Resources and Connections*, 2004, vol. 3, no. 2, pp. 2–9. Available at: http://cacenter-cmh.org/wp/wp-content/uploads/2012/03/relationship_based_approach.pdf (Accessed 07.01.2019).
24. Florida's Early Intervention Professional Competencies. Florida Department of Health website [Web Source]. Available at: <http://www.floridahealth.gov>

/alternatesites/cms-kids/providers/documents/Professional_Competencies. (Accessed 07.01.2019)

25. Friedman M., Woods J., Salisbury C. Caregiver Coaching Strategies for Early Intervention Providers: Moving Toward Operational Definitions. *Infants & Young Children*, 2012, vol. 2, no. 1, pp. 62–82. Doi: 10.1097/IYC.0b013e31823d8f12

26. Jones D.J., Forehand R., Cuellar J., et al. Harnessing innovative technologies to advance children's mental health: Behavioral parent training as an example. *Clinical Psychology Review*, 2013, vol. 33, no. 2, pp. 241–252. Doi: 10.1016/j.cpr.2012.11.003.

27. Kaiser A.P., Roberts M.Y. Parent-implemented enhanced milieu teaching with preschool children who have intellectual disabilities. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2013, vol. 56, no. 1, pp. 295–309.

28. Knowles M.S. The modern practice of adult education: Androgogy versus pedagogy. New York: New York Association Press, 1970. 376 pp.

29. McCarthy M., Muñoz K., White K.R. Teleintervention for infants and young children who are deaf or hard-of-hearing. *Pediatrics*, 2010, vol. 126, no. 1, pp. 52–58.

30. McClelland D.C. Testing for competence rather than intelligence. *American Psychologist*, 1973, vol. 28, no. 1, pp. 1–14. Doi: 10.1037/h0034092

31. McDuffie A., Machalicek W., Oakes A., et al. Distance Video-Teleconferencing in Early Intervention: Pilot Study of a Naturalistic Parent-Implemented Language Intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 2013, vol. 33, no. 3, pp. 172–185. Doi: 10.1177/0271121413476348.

32. McDuffie A., Oakes A., Machalicek W., et al. Early language intervention using distance video-teleconferencing: A pilot study of young boys with fragile X syndrome and their mothers. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2016, vol. 25, no. 1, pp. 46–66. Doi:10.1044/2015_AJSLP-14-0137

33. Meadan H., Angell M.E., Stoner J.B., et al. Parent-implemented social-pragmatic communication intervention: A pilot study. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 2014, vol. 29, no. 1, pp. 95–110. Doi:10.1177/1088357613517504

34. Meadan H., Snodgrass M.R., Meyer L.E., et al. Internet-Based Parent-Implemented Intervention for Young Children with Autism: A Pilot Study. *Journal of Early Intervention*, 2016, vol. 38, no. 1, pp. 3–23. Doi: 10.1177/1053815116630327

35. Pearlman C. The Measurement of Effectance Motivation. *Educational and Psychological Measurement*, 1982, vol. 42, no. 1, pp. 49–56. Doi: 10.1177/0013164482421006

36. Petr C.G., Allen R.I. Family-Centered Professional Behavior: Frequency and Importance to Parents. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 1997, vol. 5, no. 4, pp. 196–204. Doi: 10.1177/106342669700500402

37. Raia A.P. Goal setting and self-control: An empirical study. *Journal of Management Studies*, 1965, vol. 2, no. 1, pp. 34–53.
38. Tomasello N.M., Manning A.R., Dulmus C.N. Family-Centered Early Intervention for Infants and Toddlers with Disabilities. *Journal of Family Social Work*, 2010, vol. 13, no. 2, pp. 163–172 Doi: 10.1080/10522150903503010
39. White R.W. Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 1959, vol. 66, no. 5, pp. 297–333. Doi: 10.1037/h0040934
40. White R.W. *Lives in progress: A study of the natural growth of personality* (2nd ed.). Oxford, England: Holt, Rinehart & Winston, 1966.
41. Vismara L.A., McCormick C., Young G.S., et al. Preliminary findings of a telehealth approach to parent training in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2013, vol. 43, no. 12, pp. 2953–2969. Doi: 10.1007/s10803-013-1841-8.

Вопреки всем преградам, воздвигнутым самой природой

Басилова Т.А.,

кандидат психологических наук, профессор кафедры специальной психологии и реабилитологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Россия, basilova@yandex.ru

Малхасьян Е.А.,

кандидат психологических наук, профессор кафедры инклюзивного образования и сурдопедагогики, Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВО МПГУ), Москва, Россия, elarm45@mail.ru

Статья посвящена памяти известного сурдопедагога и инженера Ирины Цукерман и ее замечательных родителей – Вениамина Цукермана и Зинаиды Азарх, так много сделавших не только для своей оглохшей в 9 лет дочери, но и для всей отечественной науки, в том числе и для специальной педагогики. История их жизни стала примером стойкости, семейной и дружеской солидарности, примером творческого интереса, который победил слепоту и глухоту. Вениамин Цукерман был известным физиком, сотрудничал с известнейшими учеными мира. С раннего детства страдал редкой формой медленно прогрессирующего пигментного ретинита, приведшего к слепоте к 40 годам. Зинаида Азарх – архитектор по образованию, посвятила свою жизнь семье и теряющему зрение мужу, стала его секретарем и соавтором, любящим и верным спутником до конца его жизни.

Ключевые слова: туберкулезный менингит, стрептомицин, пигментный ретинит, приобретенная глухота и слепота, физика, телефонная связь с глухими и слепоглухими.

Для цитаты:

Басилова Т.А., Малхасьян Е.А. Вопреки всем преградам, воздвигнутым самой природой [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 2. С. 185–197. doi: 10.17759/psycljn.2019080210

For citation:

Basilova T.A., Malhasyan E.A. In Spite of All the Obstacles Created by Mother Nature Herself [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2019, vol. 8, no. 2, pp. 185–197. doi: 10.17759/psycljn.2019080210 (In Russ., abstr. in Engl.)

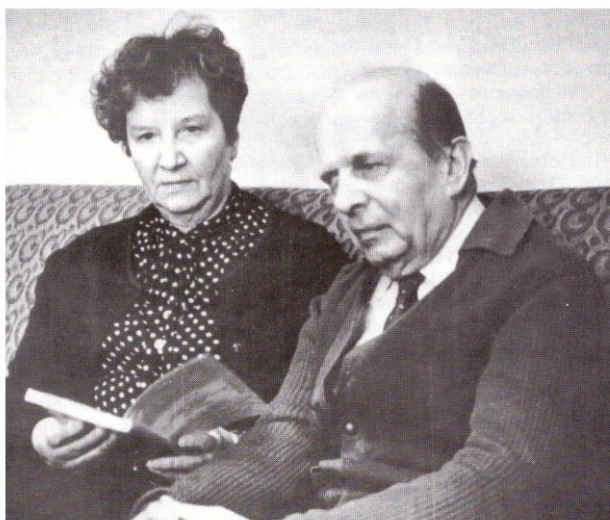
19 октября 2018 году на 81 году жизни ушла из жизни Ирина Вениаминовна Цукерман, кандидат педагогических наук, старший научный сотрудник, известный специалист в области технических средств и образования глухих детей и взрослых, почетный член Всероссийского общества глухих. Историю жизни И.В. Цукерман, которая потеряла слух в 9 лет, трудно представить, если не рассказать о ее замечательных родителях – Вениамине Ароновиче Цукермане и Зинаиде Матвеевне Азарх, так много сделавших не только для спасения жизни и образования своей дочери, но и для всей специальной педагогики и психологии.

В.А. Цукерман (1913–1993) был ведущим физиком-экспериментатором, доктором наук, профессором, лауреатом Ленинской и четырех Государственных премий, имел звание Героя Социалистического Труда. Он сотрудничал с известнейшими учеными страны, в том числе с А.Ф. Иоффе, П.И. Капицей, И.Е. Таммом, А.Д. Сахаровым, И.В. Курчатовым, Я.Б. Зельдовичем, дружил с В.Л. Гинзбургом, Ю.Б. Харитоновым, Л.В. Альтшулером и другими. Подготовил 36 кандидатов и 10 докторов наук, имел более сотни опубликованных работ, 4 монографии, более 60 запатентованных изобретений.

С раннего детства В.А. Цукерман страдал тяжелым заболеванием глаз, редкой формой медленно прогрессирующего пигментного ретинита, приведшего к полной слепоте к 40 годам. Особенно упало зрение после испытания взрывной противотанковой смеси в 1943 году. Вот как сам Вениамин Аронович описывает свое заболевание в книге «Люди и взрывы»: «У пигментного ретинита есть одна “положительная” особенность: болезнь прогрессирует медленно, зрение угасает на протяжении десятилетий. Это не мгновенная слепота из-за военных травм или катастроф. Природа здесь более гуманна: она дает возможность человеку постепенно приспособиться к утрате зрения. Освобождалось время от телевизора, от посещения кинотеатров, сокращались зрительные впечатления, появлялась так необходимая для научной работы возможность внутренней сосредоточенности, действительно развивалось пространственное воображение, тренировалась память» [9, с.22].

Зинаида Матвеевна Азарх (1917–2004) – архитектор по образованию, посвятила свою жизнь семье и теряющему зрение мужу, стала сотрудником в его научной лаборатории, секретарем и соавтором в публикациях, любящим и верным спутником до конца его жизни. Вот как описал эту замечательную семью известный писатель Юрий Нагибин после совместного с ними отдыха в подмосковном санатории в своем рассказе «Замолчавшая весна»: «Семья держалась стойко против ветра, не того пронзительного низового, но малого своей очевидной краткостью, что в пору их приезда наметывал сухой, рассыпчатый снег на северный фасад санатория, а против ветра судьбы, с неиссякающей злобой стремящегося оборвать их парус, черного ветра, что на половине жизненного пути ослепил отца, в раннем детстве отнял слух у дочери, а недавно унес сына. Не сразу понял Сергеев, что темные, внимательно обращенные к собеседнику глаза красивого, неторопливо-изящного в движениях человека слепы. Его глазами была жена. В долгой совместной жизни они выработали такую систему поведения, неприметных для окружающих легчайших жестов, касаний, покашливаний, междометий, вскользь роняемых слов,

что слепой человек мог вести себя в предметном мире с уверенностью зрячего. У него не было ошибочных или просто неуверенных движений, ни малейшей шаткости в походке, он не закидывал косо голову в опасении неожиданного препятствия, мог сказать, который час, вынув из кармана брюк часы с выпуклыми цифрами, и вы не замечали, что он видит время пальцами, ко всему еще бегло печатал на машинке, но хоть он много умел, его вела жена» [4, с. 20].



З.М. Азарх и В.А. Цукерман. 1978 год

В этой семье родилось двое детей: старшая, Ирина, жизнь которой они спасли от туберкулезного менингита, благодаря невероятным усилиям, помощи друзей и международным научным связям, и младший сын, Александр, погибший в 17 лет от внезапной тяжелой болезни. О многих своих переживаниях В.А. Цукерман и З.М. Азарх рассказали на страницах своих книг. Под псевдонимами В.А. Крайнин и З.М. Крайнина они очень подробно описали историю болезни и спасения дочери в книге «Человек не слышит». Там приводятся дневниковые записи В.А. Цукермана, в которых по дням расписаны все события, связанные с состоянием дочери, хлопотами друзей, коллег и врачей по поиску, добыванию и применению нужного лекарства [1; 2].

Эта книга, вышедшая в 1984 году и переизданная в 1987 году тиражом в 200 тысяч экземпляров, – настоящий учебник по воспитанию глухих, написанный понятным для любого читателя языком, раскрывающий не только историю сурдопедагогики и описывающий проблемы общения глухих, но и собравший реальные истории жизни нескольких глухих и их семей. Книга эта, переведенная на японский и частично на английский языки, не утратила своего значения. Она является полезным источником знаний не только для глухих и их близких, но и для нынешних и будущих педагогов и психологов [2].

Вениамин Аронович не терял интерес к поиску новых путей помощи глухим и слепоглухим до конца своей жизни. Он уделял постоянное внимание практически всем аспектам глухоты: от медицинских, аудиологических, генетических проблем до

вопросов этики, лингвистики, разработки технических средств, помогающих в общении. Его можно считать инициатором и вдохновителем создания новой отечественной отрасли приборостроения – сурдотехники. В.А. Цукерман добился создания в Институте дефектологии первой в СССР лаборатории сурдотехники, которая занималась устройствами, основанными на использовании зрения, осязания и остаточного слуха. С его помощью был создан прибор «Видимая речь», применяемый для коррекции речи глухих и слабослышащих. Он горячо интересовался вопросами телефонной связи глухих на основе использования телетайпа. В.А. Цукерман стал инициатором нового научного направления по использованию фокусированного ультразвука для возбуждения нервных структур органа слуха, а также для лечения некоторых мозговых заболеваний. Писал об истории образования глухих, о жестовом языке и проблемах международного жестового общения. В 1967 году он обращался в Комитет по радио и телевидению по поводу недоступности глухим в нашей стране телевидения, предлагая снабдить телевизионные передачи сурдопереводом или субтитрами. В 1968 и 1976 годах писал в Комитет партийного контроля СССР и в газету «Известия» о бедственном положении с производством слуховых аппаратов в нашей стране. Ему удалось преодолеть игнорирование проблем инвалидов во времена застоя и опубликовать статьи о глухих в ведущих СМИ того времени: газете «Известия» (1969), журналах «Наука и жизнь» (1975), «Химия и жизнь» (1979). Многие идеи о проблемах глухих, высказанные в работах В.А. Цукермана и в его переписке с друзьями и знакомыми (академиками Ю.Б. Харитоновым, В.Л. Гинзбургом; писателями Д. Граниным, В. Катаевым, В. Каверинным, Ю. Нагибиным, И. Меттером; кинорежиссером Г. Козинцевым; сотрудниками НИИ дефектологии АПН СССР и ЦП ВОГ, журнала «В едином строю» и др.), во многом опередили свое время [6–8; 10].

Ирина Вениаминовна потеряла слух в 9 лет после туберкулезного менингита и лечения ототоксическими антибиотиками. В те времена туберкулезный менингит считался смертельной болезнью, заболевшие им не проживали больше трех недель. Но В.А. Цукерман узнал о новейших исследованиях по лечению этого заболевания за рубежом с помощью стрептомицина и сделал все возможное, чтобы получить это лекарство в 1946 году и применить его не только для лечения своей дочери, но и других больных. По его инициативе стрептомицин был впервые применен для лечения туберкулезного менингита в нашей стране. Ему пришлось ставить эксперимент над собственной дочерью, связываться с помощью друзей с ведущими врачами США и нашей страны, доставать это лекарство и выяснять способы и дозы его введения, принять решение колоть стрептомицин в основание головного мозга дочери, а затем делать внутримышечные инъекции. Ирина провела в больнице 11 месяцев, рядом с ней постоянно была мама. Антибиотик спас жизнь девочки, но убил ее слуховой нерв и привел к полной глухоте уже на 21 день болезни [1; 2].

После выздоровления дочери родители стали заниматься ее образованием. Их усилия позволили Ирине учиться в массовой школе до пятого класса в закрытом научном городе Сарове (тогда Арзамас-16), где она чувствовала себя не очень уютно и одиноко, хотя стала членом редколлегии школьной газеты, которую оформляла как художник. Затем Зинаида Матвеевна вместе с дочерью переехали в Москву. По рекомендации известного сурдопедагога Федора Федоровича Рау они

познакомились с выдающимся педагогом Лидией Михайловной Шнауберт, которая стала заниматься с Ириной дома и в специальной школе № 337, в которую Ирина вскоре поступила (теперь это школа № 30 для слабослышащих и позднооглохших детей, носит имя ее тогдашнего директора Карпа Авдеевича Микаэляна). По воспоминаниям И.В. Цукерман, она почувствовала себя комфортно только в старших классах этой школы, среди позднооглохших, таких же, как она сама. Окончив школу в 1955 году, поступила в Московское высшее техническое училище (МВТУ) имени Н.Э. Баумана, в котором успешно учились многие глухие студенты. Именно там она осознала необходимость овладения жестовым языком глухих. Только благодаря жестовому переводу Дианы Никодимовны Стопановской ей стали доступны самые сложные по содержанию лекции преподавателей. Дипломный проект защитила на «отлично» и стала инженером.



Ирина Цукерман. 1955 год

Осенью 1958 года И.В. Цукерман вышла замуж за глухого однокурсника и стала работать в НИИ дефектологии АПН СССР. В 1962 году родилась дочь Аня, которая теперь известна многим как Анна Анатольевна Комарова, блестящий знаток не только английского, но и жестового языка, нынешний директор Центра образования глухих и жестового языка имени Г.Л. Зайцевой. Вторым мужем Ирины Вениаминовны стал очень известный в сообществе глухих Иван Константинович Данилин, бывший в то время председателем МГО ВОГ, блестящий оратор, лектор, знаток поэзии и литературы. Для него Ирина Цукерман была не только женой, но и другом, соратницей по общественной работе, музой. Муж называл ее «гением чистой красоты».

За долгие годы работы в Институте дефектологии Ирина Вениаминовна была сотрудником разных подразделений. В начале своей трудовой деятельности она работала в лаборатории технических средств обучения и слухопротезирования для глухих. В июле 1966 года она была командирована в Лондон для участия в Первом международном конгрессе по обучению аномальных детей. Она выступила там

с докладом «Технические средства обучения глухих в СССР» и последние два его абзаца читала по-английски (правильное английское произношение ставил ей перед поездкой Ф.Ф. Рау). В перерыве между заседаниями к ней подошел председательствующий и написал в ее блокноте: «Для меня было полной неожиданностью, что такая молодая и очаровательная леди в далекой России занимается гуманитарными проблемами помощи глухим. Ваш английский мы поняли лучше, чем язык многих наших собственных глухих».



Семья Цукерман. 1986 год

На первом плане – В.А. Цукерман и З.М. Азарх с их правнучкой Елизаветой Комаровой, в третьем ряду – их дочь, И.В. Цукерман, и внучка А.А. Комарова, в четвертом ряду – их зять И.К. Данилин.

В 1968 году И.В. Цукерман защитила кандидатскую диссертацию «Прием и передача вибрационных сигналов азбуки Морзе как способ связи глухих и слепоглухих по телефону», ее научным руководителем был известный сурдопедагог, профессор Федор Федорович Рау [11].

Потом она успешно занималась проблемами глухих и слабослышащих в лаборатории общего и профессионального обучения взрослых глухих под руководством Александры Петровны Гозовой. Ирина Вениаминовна изучала отечественный и зарубежный опыт организации профессионального обучения лиц с нарушениями слуха, собирала и обобщала сведения о различных специальностях, которыми овладевают глухие и слабослышащие, об особенностях их обучения в техникумах и училищах, о трудоустройстве выпускников [12–15]. Особое внимание И.В. Цукерман уделяла использованию жестового языка в учебном процессе средних специальных учебных заведений, роли сурдопереводчика, наличия у него необходимой квалификации для полноценной передачи знаний глухим студентам. «Следует заметить, что выбор того или иного вида перевода определяется

подготовленностью учащихся и сложностью учебного материала. Для более подготовленных целесообразен точный (“калькирующий”) перевод. Опытные переводчики используют в работе не только “калькирующий” перевод, но и элементы разговорного жестового языка. <...> Это также требует определенного знания учебных предметов в плане их специальной терминологии» [17, с. 21].

Важной проблемой для научной деятельности Ирины Вениаминовны был вопрос социальной реабилитации глухих, их личностной самооценки, в частности. «Глухие должны иметь право выбирать, каким образом они получают равные со всеми гражданами права на образование, на труд, на отдых. Поэтому, прежде всего, нужно самоопределиться, решить для себя – с кем я, не закрывая себе пути к обществу слышащих. <...> Главным требованием к себе сейчас стали высокий уровень грамотности, профессиональной подготовки и свободное владение жестовой речью как средством общения и обучения глухих. В зависимости от этих факторов глухие могут претендовать на соответствующее место в этом сложном меняющемся мире» [19, с. 50].

Деятельность этой научной лаборатории была тесно связана с Всероссийским обществом глухих. Ирина Вениаминовна самым активным образом участвовала в различных конференциях, мероприятиях, ездила в командировки в Тулу и Калугу, в Улан-Удэ и Донецк, Владимир и Одессу, в другие города. Везде ее выступления, беседы с ней вызвали неподдельный интерес слушателей. С одной стороны, перед ними выступал высококвалифицированный специалист в области сурдопедагогики, с другой – обаятельная и красивая женщина, живая легенда, человек, который преодолел глухоту и является образцом для подражания не только для тех, кто потерял слух, но и для слышащих родителей, воспитывающих глухих или слабослышащих детей. Ирина Вениаминовна всегда подчеркивала особую роль родителей в становлении личности неслышащего ребенка без всяких скидок на глухоту. Таким примером являлась жизнь ее собственных родителей.

Перед уходом на пенсию последним ее местом работы стала лаборатория содержания и методов обучения детей со сложной структурой дефекта, называвшаяся прежде лабораторией обучения и воспитания слепоглухих детей. И переход туда на работу был неслучайным, поскольку многие годы Ирина Вениаминовна помогала слепоглухим и как специалист, и как друг. Она расширила возможности общения с помощью азбуки Морзе для известной слепоглухой исследовательницы и писательницы Ольги Ивановны Скороходовой и стала ее близким другом. Они много лет общались друг с другом каждый вечер через день таким способом, благодаря телефонной связи с вибрационной приставкой. Содержание обычного 10-минутного разговора зачастую занимало почти час. Но именно такие «дежурные» беседы позволяли Ольге Ивановне постоянно общаться с подругой и не чувствовать себя в изоляции. Многие годы Ирина Вениаминовна дружила и общалась с другими известными в нашей стране слепоглухими: Юрием Лернером, Натальей Крылатовой и ее мужем Юрием, Сергеем Сироткиным, Александром Суворовым, Натальей Кремневой и Галиной Ушаковой.

Главный редактор журнала для слепоглухих «Ваш собеседник», Наталья Борисовна Кремнева, познакомилась с Ириной Вениаминовной у педагога

Л.М. Шнауберт в старших классах школы № 30, когда начала терять не только слух, но и зрение. На страницах своего журнала она вспоминала, как много ей дала многолетняя дружба с И.В. Цукерман: «А как много помогла Ирина Вениаминовна при создании организации “Ушер-Форум”! Приезжала на клубные встречи, часто организовывала выступления слепоглухих в педагогическом университете, где преподавала. Ее волновали проблемы людей с синдромом Ушера, она понимала нас, наверное, лучше многих и старалась сделать так, чтобы потерявший зрение человек не чувствовал себя в изоляции. Она часто приезжала ко мне, мы общались, гуляли в нашем парке. Ира читала мне “зрячие” письма, которые я получала. Благодаря помощи Ирины Вениаминовны я стала выпускать журнал для слепоглухих...» [3, с. 6].

Своим жизненным и профессиональным опытом Ирина Вениаминовна щедро делилась со студентами – с 1994 года она преподавала на кафедре сурдопедагогики Московского государственного открытого педагогического университета им. М.А. Шолохова, где читала различные учебные курсы: «Технические средства обучения глухих и слабослышащих», «Специальные (вербальные и невербальные) средства коммуникации», «Актуальные проблемы социальной реабилитации глухих и слабослышащих» [16]. Студенты – будущие сурдопедагоги – относились к Ирине Вениаминовне не только с большим уважением, но с теплотой и нежностью. Перед ними был преподаватель, не только владеющий научной информацией и передающей теоретические знания, но раскрывающий суть учебного материала на примере собственной жизни.

В последние годы своей жизни после перенесенного инсульта и потери возможности самостоятельно передвигаться из-за паралича Ирина Вениаминовна была окружена не только заботой зятя, Никиты Комарова (психолога по образованию, сына известных сурдопедагогов – Константина Васильевича и Елены Николаевны Комаровых), и дочери, но и общением с близкими друзьями по переписке. Но в это время она жила далеко от Москвы, в закрытом городе Сарове, в доме своих родителей, и ее живое общение с друзьями было очень ограничено. Письма Ирины Вениаминовны (сначала, пока могла, она писала их сама, потом письма стала печатать помощница) были наполнены интересом к жизни ее друзей, к событиям в области дефектологии. В одном из писем она писала: «Читала Ваш буклет и вспоминала докт. диссертацию А.И. Мещерякова – он до своей защиты давал мне ее вычитывать – она была слабо написана, – тогда я подумала – я бы написала по-другому. Тогда начался мой “роман” со с/г (слепоглухими – ред.), можно было продолжить, – но сурдотехнику и Ф.Ф. Рау “бросать” было неловко. Вот так и втянулась. Когда Зайцева звала меня в 65 шк., я отказывалась после 93 г. С Вами работать мне было комфортнее. А когда вы ушли – была какая-то пустота... Да и болезнь стала сказываться. Помните, как я ходила, когда мы ловили такси. Вспомнила разговор Зайцевой с моим папой: “Ваша Ира совсем не глухая, она просто не слышит”. ВА (В.А. Цукерман – ред.) смеялся, я задумалась. Думаю до сих пор. Думаю, что Галя (Г.Л. Зайцева – ред.) была права, – но в таком состоянии жить не слишком удобно. И глухим надо доказывать, что я “не верблюд”, и слышим, что я не г/н (глухонемая – ред.). Здесь у меня нет никого, общения просто – 0. Когда есть читиво – можно жить (здоровье позволяет)...» [5].

До конца жизни Ирина Вениаминовна очень надеялась приехать в Москву, повидаться с друзьями, но два первых инсульта в Москве, а потом третий в Сарове сделали такую поездку невозможной. Она вернулась сюда после смерти.

Литература

1. Азарх З.М. Вы же сделали чудо! // Атом. 2000. № 14. С. 30.
2. Крайнин В., Крайнина З. Человек не слышит. М.: Знание, 1984. 142 с.
3. Кремнева Н.Б. С юбилеем, Ирина Вениаминовна! // Ваш собеседник. 2012. Т. 22. № 2. С. 4–8.
4. Нагибин Ю. Замолчавшая весна. Рассказы // Библиотека «Огонек». № 50. Москва: изд-во «Правда», 1979. 48 с.
5. Письмо И.В. Цукерман к Т.А. Басиловой от 05.10.2010 (Рукопись. Личный архив Т.А. Басиловой).
6. Цукерман В.А. Термометр для слепых // Дефектология. 1970. № 4. С. 80–81.
7. Цукерман В.А., Цукерман И.В. Световая азбука для глухих и слабовидящих глухих // Дефектология. 1970. № 5. С. 66–72.
8. Цукерман В., Цукерман И. Глухота и сурдотехника // Наука и жизнь. 1975. № 6. С. 78–85.
9. Цукерман В.А., Азарх З.М. Люди и взрывы. ВНИИЭФ, Арзамас-16, 1994. 157 с.
10. Цукерман В.А. Я прожил удивительную и счастливую жизнь // Атом, 2000. № 14. С. 4–7.
11. Цукерман И.В. Прием и передача вибрационных сигналов азбуки Морзе как способ связи глухих и слепоглухих по телефону: Автореф. дисс. ...канд. пед. наук. М., 1968. 13 с.
12. Цукерман И.В. Скорость восприятия различных форм в норме и при нарушении слуха или зрения // Дефектология. 1969. № 3. С. 23–29.
13. Цукерман И.В. Международный симпозиум по социальному обеспечению глухих в социалистических странах // Дефектология. 1969. № 2. С. 94–96.
14. Цукерман И.В. Приборы для детей с множественными дефектами // Дефектология. 1971. № 3. С. 73–78.
15. Цукерман И.В. Технические средства для общения с глухими // Дефектология. 1973. № 2. С. 73–76.
16. Цукерман И.В. Беседы о глухоте и технике, помогающей глухим. Тексты лекций. Л.: изд-во НИИ дефектологии АПН СССР, Ленинградский восстановительный центр ВОГ, 1973. 64 с.

17. Цукерман И.В. Обучение глухих и слабослышащих в средних специальных учебных заведениях. Ленинград-Павловск: изд-во Ленинградский восстановительный центр ВОГ, 1984. 40 с.

18. Цукерман И.В. Помощь глухим! // Атом. 2000. № 14. С. 31.

19. Цукерман И.В. Что такое социальная реабилитация глухого? Материалы московского симпозиума по социальной реабилитации лиц с нарушениями слуха / Под ред. В. Паленного, Я. Пичугина. М.: Загрой, 2001. С. 49–50.

In Spite of All the Obstacles Created by Mother Nature Herself

Basilova T.A.,

PhD in Psychology, professor, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, basilova@yandex.ru

Malhasyan E.A.,

PhD in Psychology, professor, Moscow Pedagogical State University, Moscow, Russia, elarm45@mail.ru

This paper is dedicated to the memory of famous engineer and teacher of the deaf and hard of hearing Irina Zuckerman and her remarkable parents Veniamin Zuckerman and Zinaida Azarkh, who have done so much not only for their daughter, who lost her hearing at the age of nine, but also for Russian science and special education. Their life story stands as example of fortitude, familial and fellow solidarity, and as example of creativity that carried out victory over blindness and deafness. Venjamin Zuckerman was a famous physicist, collaborated with the most famous scientist of the world. From early childhood he suffered from a rare form of slowly progressive retinitis pigmentosa, which led to blindness at 40 years. Zinaida Azarkh is an architect by education, devoted her life to her family and her visually impaired husband, became his secretary and co-author, a loving and faithful companion for the rest of his life.

Keywords: tuberculous meningitis, streptomycin, Retinitis pigmentosa, acquired deafness or blindness, physics, telephone communication with deaf and deafblind people.

References

1. Azarkh Z.M. Vy zhesdelali chudo! [You are a Miracle Worker!]. *Atom*, 2000, no. 14, p. 30. [In Russ.].
2. Krainin V., Krainina Z. Chelovek ne slyshit [When Man Cannot Hear]. Moscow: Znanie, 1984. 142 p. [In Russ.].
3. Kremneva N.B. S yubileem, Irina Veniaminovna! [Happy Anniversary, Irina Veniaminovna!]. *Vash sobesednik [Your interlocutor]*, 2012, vol. 22, no. 22, pp. 4–8. [In Russ.].
4. Nagibin Yu. Zamolchavshaya vesna. Rasskazy [The Silenced Spring. Tales] // *Biblioteka «Ogonek»*, no. 50. Moscow: Pravda, 1979. 48 p. [In Russ.].

5. Pis'mo I.V. Tsukerman k T.A. Basilovoi ot 05.10.2010 [A Letter from I. V. Zuckerman to T. A. Basilova of October 5, 2010] (Rukopis'. Lichnyi arkhiv T.A. Basilovoi). [In Russ.].
6. Tsukerman V.A. Termometr dlya slepykh [Thermometer for the Blind]. *Defektologiya [Defectology]*, 1970, no. 4, pp. 80–81. [In Russ.].
7. Tsukerman V.A., Tsukerman I.V. Svetovaya azbuka dlya glukhikh I slabovidyashchikh glukhikh [The Light Alphabet for the Deaf and Visually impaired Deaf]. *Defektologiya [Defectology]*, 1970, no. 5, pp. 66–72. [In Russ.].
8. Tsukerman V., Tsukerman I. Glukhota I surdotekhnika [Deafness and Surdotekhnologies]. *Nauka I zhizn' [Science and Life]*, 1975, no. 6, pp. 78–85. [In Russ.].
9. Tsukerman V.A., Azarkh Z.M. Lyudi I vzryvy [People and Explosions]. VNIIEF, Arzamas-16, 1994. 157 p. [In Russ.].
10. Tsukerman V.A. Ya prozhil udivitel'nyuyu I schastlivuyu zhizn' [I Have Lived a Wonderfully Happy Life]. *Atom*, 2000, no. 14, pp. 4–7. [In Russ.].
11. Tsukerman I.V. Priem I peredacha vibratsionnykh signalov azbuki Morze kak sposob svyazi glukhikh I slepoglukhikh po telefonu [Reception and transmission of the Morse Code Vibrational Signals as a Means of Telephone Communication for the Deaf and Deafblind]: PhD Thesis (Pedagogy). Moscow, 1968. 13 p. [In Russ.].
12. Tsukerman I.V. Skorost' vospriyatiya razlichnykh form v norme I pri narushenii slukha ili zreniya [Speed of perception different forms in Normal and Hearing and Vision Impairments Children]. *Defektologiya [Defectology]*, 1969, no. 3, pp. 23–29. [In Russ.].
13. Tsukerman I.V. Mezhdunarodnyi simpozium po sotsial'nomu obespecheniyu glukhikh v sotsialisticheskikh stranakh [The International Symposium on Provision of Social Welfare for the Deaf in Socialist Countries]. *Defektologiya [Defectology]*, 1969, no. 2, pp. 94–96. [In Russ.].
14. Tsukerman I.V. Pribory dlya detei s mnozhestvennymi defektami [Devices for multiply handicapped children Devices for multiply handicapped children]. *Defektologiya [Defectology]*, 1971, no. 3, pp. 73–78. [In Russ.].
15. Tsukerman I.V. Tekhnicheskie sredstva dlya obshcheniya s glukhimi [Technical means for Communication with the Deaf]. *Defektologiya [Defectology]*, 1973, no. 2, pp. 73–76. [In Russ.].
16. Tsukerman I.V. Besedy o glukhote I tekhnike, pomogayushchei glukhim. Teksty lektsii [Lectures on Deafness and Technology Helping the Deaf]. Leningrad.: publ. of NII defektologii APN SSSR, Leningradskii vosstanovitel'nyi tsentr VOG, 1973. 64 p. [In Russ.].
17. Tsukerman I.V. Obuchenie glukhikh I slaboslyshashchikh v srednikh spetsial'nykh uchebnykh zavedeniyakh [Education of the Deaf and Hearing Impaired Students in Special Secondary Institutions]. Leningrad-Pavlovsk: publ. of Leningradskii vosstanovitel'nyi tsentr VOG, 1984. 40 p. [In Russ.].

18. Tsukerman I.V. Pomoshch' glukhim! [Help the Deaf!]. *Atom*, 2000, no. 14, p. 31. [In Russ.].

19. Tsukerman I.V. Chto takoe sotsial'naya reabilitatsiya glukhogo? [What is Social rehabilitation of the Deaf Person?] In V. Palenniy, Ya. Pichugin (eds.) *Materialy moskovskogo simpoziuma po sotsial'noi reabilitatsii lits s narusheniyami slukha [Moscow Symposium on Hearing Impaired Social Rehabilitation]*. Moscow: Zagrei, 2001, pp. 49–50. [In Russ.].

Достижения и проблемы в подготовке клинических психологов в университете (к 10-летию первого выпуска клинических психологов факультета КСП МГППУ)

Зверева Н.В.,

кандидат психологических наук, профессор факультета клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Россия, nwzvereva@mail.ru

Мешкова Т.А.,

кандидат психологических наук, заведующая кафедрой дифференциальной психологии и психофизиологии, профессор факультета клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, meshkovata@mgppu.ru

Щербакова А.М.,

кандидат психологических наук, профессор факультета клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, shcherbakova-a-m@yandex.ru

Хромов А.И.,

кандидат психологических наук, заведующий кафедрой нейро- и патопсихологии развития, факультет клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, hromovai@mgppu.ru

Статья посвящена рефлексивному анализу успехов и трудностей, имевших место в течение 15 лет подготовки клинических психологов на факультете клинической и специальной психологии ФГБОУ ВО МГППУ, и приурочена к 10-летию первого выпуска, состоявшегося на факультете в 2009 году. Представлены основные специализации, реализуемые на факультете в течение этих лет, показана основная динамика поступлений студентов на обучение, а также динамика трудоустройства выпускников. Описан ряд новых направлений работы и достижений в научной сфере (направления исследований, совместные со студентами проекты), названы продолжающиеся программы обучения в русле клинической психологии и их особенности, дана информация о проведенных научных мероприятиях, волонтерской деятельности и других достижениях.

Зверева Н.В., Мешкова Т.А., Щербакова А.М., Хромов А.И. Достижения и проблемы в подготовке клинических психологов в университете (к 10-летию первого выпуска клинических психологов факультета КСП МГППУ) *Клиническая и специальная психология* 2019. Том 8. № 2. С. 198–209.

Zvereva N.V., Meshkova T.A., Scherbakova A.M., Khromov A.I. Achievements and Problems in the University Training of Clinical Psychologists (on the 10th Anniversary of the First Graduation of Clinical Psychologists at the Faculty of Clinical and Special Psychology MSUPE) *Clinical Psychology and Special Education* 2019, vol. 8, no. 2, pp. 198–209.

Ключевые слова: клиническая психология, стандарт образования, студенты, научные исследования.

Для цитаты:

Зверева Н.В., Мешкова Т.А., Щербакова А.М., Хромов А.И. Достижения и проблемы в подготовке клинических психологов в университете (к 10-летию первого выпуска клинических психологов факультета КСП МГППУ) [Электронный ресурс] // *Клиническая и специальная психология*. 2019. Том 8. № 2. С. 198–209. doi: 10.17759/psycljn.2019080211

For citation:

Zvereva N.V., Meshkova T.A., Scherbakova A.M., Khromov A.I. Achievements and Problems in the University Training of Clinical Psychologists (on the 10th Anniversary of the First Graduation of Clinical Psychologists at the Faculty of Clinical and Special Psychology MSUPE) [Elektronnyi resurs]. *Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia]*, 2019, vol. 8, no. 2, pp. 198–209. doi: 10.17759/psycljn.2019080211 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

С 2004 года в МГППУ на факультетах клинической и специальной психологии и психологического консультирования была открыта подготовка по новому на тот момент направлению – специальности 022700 «Клиническая психология». Профессия клинического (медицинского) психолога является востребованной в настоящее время, необходима специализированная теоретическая и практическая подготовка, специалисты требуются как в учреждениях здравоохранения и образования, социальной защиты, так и в сфере исследовательской научной работы. Сотрудники кафедр и администрация факультета «Клиническая и специальная психология» сочли необходимым отразить столь важное событие, сделав анализ нашего опыта подготовки клинических психологов достоянием психологической общественности, особенно это важно в связи с подготовкой к принятию профессионального стандарта медицинского психолога. В этом году исполняется 10 лет с момента первого выпуска студентов – клинических психологов. В течение первых 7 лет (с 2004 по 2010 годы) обучение велось по «второму» стандарту (ГОС¹), выпускники на нашем факультете клинической и специальной психологии проходили подготовку по трем специализациям: «Психология дизонтогенеза», «Клиническая психология раннего детства» и «Психологическая реабилитация». Начиная с 2011 года факультет реализует комплексную подготовку по специализации «Клинико-психологическая помощь

¹ Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования, утвержденный приказом Минобрнауки РФ от 02.03.2000 г., № 686.

ребенку и семье»². Хотелось бы отрефлексировать опыт преподавания и достижений для усовершенствования последующей подготовки специалистов, внести вклад в качество их подготовки.

Студенты. С 2009 по 2019 года наш факультет выпустил более 360 клинических психологов. Второе высшее из них получили около 40 человек, красные дипломы за это время были вручены 60 выпускникам. Наш вуз – психолого-педагогический университет, поэтому не удивительно, что на работу наши студенты устраивались в учреждения образования (педагог-психолог, тьютор), различные центры психологической помощи, медицинские учреждения (клинические и медицинские психологи), научные учреждения системы академии наук и министерства здравоохранения. Студенты активно участвовали в разработке новых научных исследований, продолжали традиции научных школ медицинской психологии (школа Б.В. Зейгарник и Ю.Ф. Полякова в патопсихологии, школа А.Р. Лурии в нейропсихологии), развитие получили и новые направления и подходы к исследовательской и практической работе. Студенты проходят и проходили практику в ведущих медицинских и научных учреждениях Москвы (в ФГБНУ НЦПЗ и НПЦПЗДиП им. Г.Е. Сухаревой, в Российской детской клинической больнице, в Детской больнице им. З.А. Башляевой, в Научно-исследовательском клиническом институте педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева, в инклюзивных образовательных учреждениях и других).

В ходе обучения студенты имели и имеют возможность участвовать в волонтерском движении, стать слушателями и участниками Зимних психологических школ, проводимых факультетом (2009, 2017, 2018, 2019 гг.).

Преподаватели. За период с 2009 года МГППУ поменял свой статус с городского на федеральный, через его аудитории и кафедры прошло немало интересных и высококвалифицированных специалистов с богатым опытом преподавания (стаж педагогической работы большей части преподавателей варьируется от 20 до 30 и более лет). Многие из профильных специалистов являются научными сотрудниками научно-исследовательских организаций в области психического и соматического здоровья; практическими специалистами, работающими на клинических базах; опытными психотерапевтами и врачами, генетиками, нейрофизиологами. На кафедрах факультета работали и работают доктора и кандидаты наук, представители различных научных направлений (доктора психологических наук: С.К. Нартова-Бочавер, И.В. Вачков, Н.Л. Белопольская, Л.А. Троицкая; доктора биологических наук: Т.А. Строганова,

² С 2011 по 2015 год обучение проводилось по 3 стандарту ФГОС (федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 030401 Клиническая психология (квалификация (степень) «специалитет»), утвержден Минобрнауки РФ 24.12.2010 г. №2057), а с 2016 г. – по стандарту ФГОС 3+ (федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 37.05.01 Клиническая психология (уровень специалитета), утвержден Минобрнауки РФ 12.09.2015 г. №1181).

Зверева Н.В., Мешкова Т.А., Щербакова А.М., Хромов А.И. Достижения и проблемы в подготовке клинических психологов в университете (к 10-летию первого выпуска клинических психологов факультета КСП МГППУ) *Клиническая и специальная психология* 2019. Том 8. № 2. С. 198–209.

Zvereva N.V., Meshkova T.A., Scherbakova A.M., Khromov A.I. Achievements and Problems in the University Training of Clinical Psychologists (on the 10th Anniversary of the First Graduation of Clinical Psychologists at the Faculty of Clinical and Special Psychology MSUPE) *Clinical Psychology and Special Education* 2019, vol. 8, no. 2, pp. 198–209.

Н.Л. Горбачевская, В.В. Гнездицкий, С.С. Трофимов; доктора медицинских наук: Н.М. Иовчук, В.Ю. Воинова; кандидаты психологических наук: Т.А. Мешкова, Т.А. Басилова, И.Ф. Рощина, Н.В. Зверева, Е.Б. Фанталова, Е.Г. Каримулина, Е.С. Мазур, И.С. Горина, Т.Г. Горячева, С.Н. Ениколопов, М.В. Морозова, О.Ф. Семёнова, Т.В. Якимова, И.Н. Власенкова, А.А. Коваль-Зайцев, А.А. Сергиенко, Н.В. Романовский, С.В. Покровская, И.Н. Галасюк, Т.В. Шинина; кандидат медицинских наук А.М. Казьмин; кандидаты педагогических наук: А.М. Щербакова, Е.Э. Артемова и многие другие). В эти годы повысили свой статус до кандидатского нынешние заведующие кафедрами А.И. Хромов и Ю.Е. Куртанова, бывшие выпускники МГППУ. В эту же когорту входят доценты кафедр факультета Ю.А. Бурдукова, Н.В. Романовский и Н.А. Воронин, также окончившие наш факультет и аспирантуру и пришедшие работать в качестве преподавателей. Сменились деканы факультета (с открытия университета до 2014 г. – Т.А. Мешкова, в 2014–2016 годах – Ю.А. Костенкова, в настоящее время – Е.Э. Артемова), но единым и неизменным оставалось высокое качество преподавания и дружный коллектив, требовательный и стремящийся воспитать настоящих психологов, исследователей и практиков. Все преподаватели стараются быть надежными кураторами для подопечных студентов.

В течение 10 лет Председателем ГАК на нашем факультете был профессор, доктор психологических наук Ю.В. Микадзе. Обучение клинических психологов на факультете включает и непосредственные формы передачи опыта и достижений преподавания классических разделов клинической (медицинской) психологии, разработанные выдающимися отечественными психологами А.Р. Лурией, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, Ю.Ф. Поляковым, В.В. Лебединским и их последователями, поскольку значительная часть сотрудников факультета – их непосредственные ученики и продолжатели традиций. Наш факультет всегда был силен мощным мультидисциплинарным сотрудничеством разных направлений современной науки: когнитивной науки и биологических исследований; психотерапевтическая и психокоррекционная работа сочетаются с волонтерским движением, а исследования касаются как традиционных направлений клинической психологии (нейропсихология, патопсихология, психология аномального развития, психосоматика, психотерапия), так и расширения медицинской и немедицинской сфер исследовательского и прикладного направлений (психиатрия, онкология, нейрохирургия, дети-сироты, дети с



Т.Г. Горячева,
победитель XV Национального психологического конкурса
«Золотая Психея» по итогам 2013 года в номинации
«Проект года в психологическом образовании», 2014 год.

Зверева Н.В., Мешкова Т.А., Щербакова А.М., Хромов А.И. Достижения и проблемы в подготовке клинических психологов в университете (к 10-летию первого выпуска клинических психологов факультета КСП МГППУ) *Клиническая и специальная психология* 2019. Том 8. № 2. С. 198–209.

Zvereva N.V., Meshkova T.A., Scherbakova A.M., Khromov A.I. Achievements and Problems in the University Training of Clinical Psychologists (on the 10th Anniversary of the First Graduation of Clinical Psychologists at the Faculty of Clinical and Special Psychology MSUPE) *Clinical Psychology and Special Education* 2019, vol. 8, no. 2, pp. 198–209.

генетической патологий и орфанными заболеваниями, дети с расстройствами аутистического спектра, проблема нарушений пищевого поведения и расстройств приема пищи, вопросы геронтопсихиатрии и др.). Наши преподаватели подготовили ряд учебников и учебных пособий, методических рекомендаций для обучения разным дисциплинам специальности клиническая психология: «Основы психогенетики» Т.А. Мешковой; «Клиническая психология детей и подростков» (2013, 2015) Н.В. Зверевой, Т.Г. Горячевой; «Патопсихология детского и юношеского возраста» (2008, 2019) Н.В. Зверевой, О.Ю. Казьминой, Е.Г. Каримулиной; «Психология семьи» (2016) Т.В. Якимовой; «Нейрофармакология для психологов» (2018) С.С. Трофимова; «Методика "Оценка детско-родительского взаимодействия"» (Evaluation of child-parent interaction, ESPI, 2018) И.Н. Галасюк, Т.В. Шининой и др. Книги получили признание и студентов, и специалистов, и всего психологического сообщества, имеют дипломы лауреатов и победителей самых значительных книжных конкурсов, среди них «Золотая Психея» за лучший учебник по итогам 2013 года.

На 20-м Всероссийском конкурсе «Золотая Психея» по итогам 2018 года лауреатами стали многие преподаватели, выпускники и студенты нашего факультета.



Лауреаты XX Национального конкурса «Золотая Психея» по итогам 2018 года в трех номинациях: «Книга года», «Мастер-класс года» и «Событие в жизни сообщества». Слева направо: А.Д. Гарифулина, Т.В. Шинина, Т.Г. Горячева, Н.В. Зверева, И.Н. Галасюк, В.В. Пак), 2019 год.

Научная деятельность. Все студенты и аспиранты участвуют в научных исследованиях, проводимых на факультете, и в роли испытуемых, и в роли собственно исследователей. Так происходит на всех кафедрах факультета, которых

Зверева Н.В., Мешкова Т.А., Щербакова А.М., Хромов А.И. Достижения и проблемы в подготовке клинических психологов в университете (к 10-летию первого выпуска клинических психологов факультета КСП МГППУ) *Клиническая и специальная психология* 2019. Том 8. № 2. С. 198–209.

Zvereva N.V., Meshkova T.A., Scherbakova A.M., Khromov A.I. Achievements and Problems in the University Training of Clinical Psychologists (on the 10th Anniversary of the First Graduation of Clinical Psychologists at the Faculty of Clinical and Special Psychology MSUPE) *Clinical Psychology and Special Education* 2019, vol. 8, no. 2, pp. 198–209.

с 2014 года стало 4. Среди них есть и работы в новых направлениях, получившие грантовую поддержку РФФИ. Под руководством доцента кафедры дифференциальной психологии и психофизиологии Ю.А. Бурдуковой студенты работают над проектом по исследованию когнитивных функций у детей с нейроонкологическими заболеваниями. Исследуется динамика показателей пространственной рабочей памяти и других когнитивных характеристик у детей с нейроонкологическими заболеваниями с использованием ряда новых для отечественной психологии диагностических методов, таких как Тест избирательного вербального запоминания (SRT), Тест пространственной рабочей памяти с интегральными показателями (SWM), Тест интеллекта Кауфман (K-ABC II). Было продемонстрировано, что наличие в анамнезе химио- и лучевой терапии ухудшает уровень общего когнитивного развития и эффективность ассоциативного запоминания в зависимости от локализации опухоли.

На кафедре нейро- и патопсихологии развития (до 2014 года – кафедра нейро- и патопсихологии, заведующая – кандидат психологических наук Н.В. Зверева) интенсивно разрабатывается концепция когнитивного дизонтогенеза в возрастном, нозологическом, функциональном и модальном аспектах (Н.В. Зверева, А.А. Коваль-Зайцев, А.И. Хромов, Е.Г. Каримулина, И.Ф. Рощина). Защищена диссертация И.Н. Власенковой, в прошлом она была аспиранткой факультета, а в настоящее время – доцент кафедры. Велась работа по методическому обеспечению диагностики в детской пато- и нейропсихологии, в том числе под руководством безвременно ушедшей И.С. Гориной (1961–2016). Кафедра осуществляет подготовку по магистерской программе «Клиническая психология развития» с 2012 года (в настоящее время руководитель программы – кандидат психологических наук А.И. Хромов). Ведущий нейрогеронтолог нашей страны И.Ф. Рощина в течение многих лет вводит наших студентов в особый мир клинической психологии, в современную, пронизанную традициями и новациями нейропсихологию, в геронтопсихологию. В 2018 году открыта магистерская программа «Нейропсихологическая коррекция и консультирование при нарушенном развитии». В 2011 и 2016 годах кафедра нейро- и патопсихологии развития, факультета клинической и специальной психологии совместно с многолетним партнером по исследовательской и образовательной деятельности – ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» – провели научно-практические конференции памяти С.Я. Рубинштейн, посвященные методическим и практическим задачам и аспектам работы клинического (медицинского) психолога. В 2013 и 2018 годах также совместно были организованы конференции, посвященные Ю.Ф. Полякову и развивающие научные школы и методологическую базу отечественной клинической психологии, среди докладчиков конференций – и наши студенты, аспиранты и бывшие выпускники. Все материалы конференций – сборники тезисов участников и коллективные монографии, включающие работы ведущих специалистов по ключевым направлениям медицинской (клинической) психологии, – представлены в открытом доступе на университетском сайте psyjournals.ru. Интересное новое для факультета направление реализуется на кафедре нейро-

Зверева Н.В., Мешкова Т.А., Щербакова А.М., Хромов А.И. Достижения и проблемы в подготовке клинических психологов в университете (к 10-летию первого выпуска клинических психологов факультета КСП МГППУ) *Клиническая и специальная психология* 2019. Том 8. № 2. С. 198–209.

Zvereva N.V., Meshkova T.A., Scherbakova A.M., Khromov A.I. Achievements and Problems in the University Training of Clinical Psychologists (on the 10th Anniversary of the First Graduation of Clinical Psychologists at the Faculty of Clinical and Special Psychology MSUPE) *Clinical Psychology and Special Education* 2019, vol. 8, no. 2, pp. 198–209.

и патопсихологии развития. И.Н. Галасюк, Т.В. Шинина, студенты и аспиранты факультета с помощью программы Observer – современной системы видеозаписи и анализа результатов записей взаимодействия ребенка и родителей – исследуют особенности родительства в семьях с особенным ребенком раннего возраста.

Значительное внимание отводится теме научно-практической работы с лицами с расстройствами аутистического спектра, прежде всего это касается детей и подростков. Наши выпускники работают в Федеральном ресурсном центре МГППУ, занимающимся организацией комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра. Н.Л. Горбачевской, Т.А. Строгановой и их учениками проделана большая исследовательская работа по изучению биологической основы и психологической феноменологии расстройств аутистического спектра у детей. В 2019 году проведена Зимняя психологическая школа, посвященная проблемам изучения и оказания помощи детям с расстройствами аутистического спектра.

В 2018 году с участием студентки 3 курса Виктории Бритовой в нашем журнале «Клиническая и специальная психология» был представлен обзор современных исследований, посвященных флюидному интеллекту (один из новых для отечественной психологии конструктов). В обзоре обсуждаются нейробиологические процессы, лежащие в основе гибкости мыслительных процессов при решении новых нестандартных задач. В частности, описаны результаты исследований, показывающих, что флюидный интеллект опосредуется отдельными регионами префронтальной коры. Подробно рассмотрены исследования связи флюидного интеллекта с рабочей памятью. Проанализированы исследования флюидного интеллекта на клинических группах, таких как дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и взрослые с шизофренией. Клинические данные показывают, что флюидный интеллект может быть ключевой характеристикой для понимания структуры дефицита когнитивных нарушений при синдроме СДВГ.

Кафедрой психологической реабилитации (кандидат педагогических наук А.М. Щербакова заведует кафедрой на протяжении всех пяти лет с момента ее открытия) была разработана и в течение нескольких лет реализовывалась программа профессиональной переподготовки «Клинико-психолого-педагогические основы реабилитации средствами творческой деятельности». Кафедра инициировала и проводила Международную научно-практическую конференцию «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» (5-6 декабря 2011 г., 12-13 декабря 2013 г.). Материалы конференции представлены в одноименных сборниках тезисов, а также в научных изданиях, размещенных на сайте «Психологическая реабилитация» (www.psy-rehab.ru), а также доступных на портале Psyjournals.ru. В рамках тематики кафедры осуществлены научно-исследовательские работы по проблемам эффективности психологической реабилитации больных с травматической болезнью спинного мозга, психического развития и обучения детей в условиях

лечебных учреждений и др. Результаты НИР обобщены в ряде публикаций. Темы аспирантских и студенческих исследований отражают проблематику кафедры, по их итогам подготовлен и опубликован ряд статей в соавторстве с аспирантами и студентами.

Специализации. Выпуски по специализациям 2 ГОС по клинической психологии осуществлялись с 2009 по 2015 год.

Клиническая психология раннего детства – уникальная специализация, в рамках которой готовились специалисты по работе с нарушенным развитием в раннем детстве. Аналогичная была только на факультете психологии СПбГУ. Руководитель одноименной кафедры (до 2014 г.) сделал много для распространения по России таких форм работы с этими детьми, как лекотека. Нынешний заведующий кафедрой «Клиническая психология раннего детства» А.М. Казьмин вместе со своими учениками дали феноменологическое описание и клинико-психологическую характеристику нарушенного развития в раннем возрасте. В рамках выпускных квалификационных работ проводились исследования возможностей применения международных средств оценки нарушенного развития и функционирования (медицинская международная шкала функционирования лиц с ограниченными возможностями здоровья). Студенты имели возможность получить практические навыки работы с особыми маленькими детьми и членами их семей. По результатам их работ опубликован ряд статей в журнале «Клиническая и специальная психология» и других. Подготовлены методические рекомендации.

Психология дизонтогенеза – новое направление в клинической психологии, которое предлагает расширенное понимание дизонтогенеза, когда измененное, нарушенное развитие связывается не только с детским возрастом, но и с другими возрастными периодами жизни человека. На факультете совместно с Научным центром психического здоровья развивается концепция когнитивного дизонтогенеза, естественным образом связанная со специализацией «Психология дизонтогенеза». Актуальность специальности диктуется необходимостью психологического сопровождения лиц с нарушенным развитием (прежде всего в детском и юношеском возрасте, а также в периодах зрелости и старения). Нарушенное развитие может иметь много разновидностей, основное внимание в рамках специализации сосредоточено на дизонтогенезе задержанного, поврежденного, искаженного и дисгармоничного типов. Специализация включает в себя диагностику, квалификацию, коррекционно-реабилитационную работу как с детьми, так и со взрослыми людьми, имеющими с детства ограниченные возможности или столкнувшимися с подобными ограничениями в ходе жизни (травмы, соматические, неврологические и психические заболевания, стрессовые воздействия, патологическое старение и т.п.). Студенты получали научную и практическую подготовку, которая позволяет работать в тесном контакте с другими специалистами (медиками, социальными работниками, педагогами), быть готовым к восприятию личности другого, к эмпатии и установлению

доверительного контакта, к убеждению и поддержке людей, нуждающихся в помощи. Основная цель деятельности специалиста – оказание диагностической, психокоррекционной и реабилитационной помощи пациентам и по возможности членам их семей с целью сохранения здоровья, профилактики дезадаптации, решения образовательных и социальных задач. Указанная цель отвечает задачам, сформулированным в законе РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», в законе «Об образовании», а также в Конвенции о правах ребенка и Конвенции о защите прав человека. Мы готовили специалистов, хорошо владеющих широким спектром психодиагностических, психотерапевтических, психокоррекционных и реабилитационных технологий и умеющих реализовывать конструктивное сотрудничество с родственниками пациентов, работать в мультидисциплинарной команде, а также способных самостоятельно реализовывать практические задачи клинической психологии применительно к различным типам отклоняющегося развития. Студенты продолжили вносить вклад в развитие отечественных школ патопсихологии и психологии аномального развития (Н.В. Зверева, Е.Г. Каримулина и другие), нейропсихологии (И.Ф. Рощина, И.С. Горина, А.А. Сергиенко и другие).

Психологическая реабилитация и коррекция. В 2007-2008 годах в МГППУ реализовывался Национальный инновационный образовательный проект, в рамках которого на факультете клинической и специальной психологии разрабатывалось направление «Психологическая реабилитация» (куратор – А.М. Щербакова). По результатам проекта была разработана специализация «Психологическая реабилитация и коррекция», а в 2009 году была открыта кафедра психологической реабилитации (в настоящее время преобразована в кафедру специальной психологии и реабилитологии). С 2009 по 2013 годы кафедрой психологической реабилитации осуществлялось обучение по программам «Психологическая реабилитация и коррекция» и «Клинико-психологическая помощь ребенку и семье с углубленным изучением психологической реабилитации» в рамках подготовки студентов по специальности «Клиническая психология». В образовательный процесс активно внедрялись результаты международного сотрудничества – стажировок и совместных семинаров со специалистами в области психологической реабилитации Германии и Израиля. Опыт, полученный в ходе сотрудничества, транслировался в Научном лектории МГППУ, на мастер-классах и открытых лекциях. На базе МГППУ кафедрой были организованы обучающие семинары «Психологическая реабилитация больных соматическими заболеваниями» (проф. Й. Бенгель и проф. О. Миттаг, кафедра реабилитационной психологии и психотерапии Института психологии Фрайбургского университета, Германия), «Основы психодинамического подхода в реабилитации лиц с психическими заболеваниями» (проф. И. Бурбил и проф. М. Аммон, Германская Академия психоанализа), «Теория смыслов» (проф. Ш. Крейтлер, Тель-Авивский университет, Израиль). Международный опыт отражен в ряде публикаций. Научно-исследовательская и методическая работа кафедры и научно-практического ресурсного центра «Психологическая реабилитация» была направлена на отбор

эффективных методик и технологий психолого-реабилитационной работы; разработку модели продуктивной деятельности психологов-реабилитологов; разработку учебных планов, программ учебных дисциплин специализации; создание клинических баз для организации практик и постдипломного сопровождения молодых специалистов; разработку (включая адаптацию зарубежных образцов) учебно-методических материалов; организацию стажировок профессорско-преподавательского состава и слушателей на клинических базах. В 2013 году была разработана магистерская программа «Психологическая реабилитация в социальной сфере» (руководитель программы – А.М. Щербакова), которая реализуется до настоящего времени объединенной кафедрой специальной психологии и реабилитологии.

Клинико-психологическая помощь ребенку и семье. Факультет выбрал в качестве специализации в рамках 3-го стандарта подготовки специалистов клинических психологов «Клинико-психологическую помощь ребенку и семье». Акцент сделан на практической (психодиагностической, психотерапевтической, психокоррекционной) работе с детьми и подростками с различными формами нарушенного развития (психическая, соматическая патология, генетические синдромы), а также с их семьями (диагностическая, консультативная работа, сопровождение семьи). Учебный процесс ориентирован на формирование компетенций, закрепленных в ФГОС по данной специальности, а также на получение глубоких теоретических знаний и базовых практических навыков в области клинической психологии. Учтен накопленный опыт в подготовке клинических психологов, связанный с работой с детьми с ОВЗ и с различными вариантами психического дизонтогенеза.

Анализ выпускных квалификационных работ за 2017–2019 годы показывает сохранение лучших традиций факультета: баланс классических исследовательских подходов и новаторства, расширение сферы научно-практического приложения клинической психологии, работу по адаптации и созданию новых диагностических, коррекционных и терапевтических средств. Студенты владеют современными средствами математической обработки данных, качественным синдромным анализом.

Основными проблемами в обучении клинических психологов остаются трудности поиска и реализации работы студентов на клинических базах, динамика образовательных стандартов и форм обучения, поиск рабочих мест после окончания обучения.

Наш факультет и выпускающая кафедра с оптимизмом смотрят на перспективы дальнейшей подготовки специалистов в области клинической психологии, сохраняя сложившиеся традиции преподавания, опираясь на сильный профессорско-преподавательский коллектив, а также развивая существующие и налаживая новые связи с научно-практическими базами, ставшими площадками практической подготовки будущих специалистов и научной работы кафедры.

Зверева Н.В., Мешкова Т.А., Щербакова А.М., Хромов А.И. Достижения и проблемы в подготовке клинических психологов в университете (к 10-летию первого выпуска клинических психологов факультета КСП МГППУ) *Клиническая и специальная психология* 2019. Том 8. № 2. С. 198–209.

Zvereva N.V., Meshkova T.A., Scherbakova A.M., Khromov A.I. Achievements and Problems in the University Training of Clinical Psychologists (on the 10th Anniversary of the First Graduation of Clinical Psychologists at the Faculty of Clinical and Special Psychology MSUPE) *Clinical Psychology and Special Education* 2019, vol. 8, no. 2, pp. 198–209.

Наши выпускники продолжают пополнять ряды квалифицированных клинических психологов, придерживаясь мнения о том, что МГППУ – один из лучших психологических вузов Москвы и страны, где готовят замечательных психологов-практиков, сведущих также в исследовательской работе.

Зверева Н.В., Мешкова Т.А., Щербакова А.М., Хромов А.И. Достижения и проблемы в подготовке клинических психологов в университете (к 10-летию первого выпуска клинических психологов факультета КСП МГППУ) *Клиническая и специальная психология* 2019. Том 8. № 2. С. 198–209.

Zvereva N.V., Meshkova T.A., Scherbakova A.M., Khromov A.I. Achievements and Problems in the University Training of Clinical Psychologists (on the 10th Anniversary of the First Graduation of Clinical Psychologists at the Faculty of Clinical and Special Psychology MSUPE) *Clinical Psychology and Special Education* 2019, vol. 8, no. 2, pp. 198–209.

Achievements and Problems in the University Training of Clinical Psychologists (on the 10th Anniversary of the First Graduation of Clinical Psychologists at the Faculty of Clinical and Special Psychology MSUPE)

Zvereva N.V.,

PhD in Psychology, Professor, Faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Leading Researcher, Laboratory of Clinical Psychology, Mental Health Research Center Moscow, Russia, nwzvereva@mail.ru

Meshkova T.A.,

PhD in Psychology, Professor, Faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology & Education Moscow, Russia, meshkovata@mgppu.ru

Scherbakova A.M.,

PhD in Psychology, Professor, Faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, shcherbakova-a-m@yandex.ru

Khromov A.I.,

PhD in Psychology, head of the Department of Neuro- and Pathopsychology of the Development, Faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, hromovai@mgppu.ru

The article is devoted to the reflexive analysis of the achievements and difficulties that have occurred during the 15 years of training of clinical psychologists at the Faculty of Clinical and Special Psychology at the Moscow State University of Psychology & Education and dedicated to the 10th anniversary of the first graduation that took place in 2009. Article presents the main specializations implemented at the faculty during these years; the main dynamics of students' enrollment to study, as well as the dynamics of graduates' employment are shown. A number of new areas of work and scientific achievements (research areas, joint projects with students) are described; ongoing training programs in clinical psychology and their features are named; information on scientific events, volunteering and other achievements has been given.

Keywords: clinical psychology, standard of education, students, research.

К юбилею Т.А. Басиловой

Хохлова А.Ю.,

кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной психологии и реабилитологии, факультет клинической и специальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Россия, ehalina2@yahoo.com

Куртанова Ю.Е.,

кандидат психологических наук, заведующая кафедрой специальной психологии и реабилитологии, факультет клинической и специальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Россия, ulia.kurtanova@yandex.ru

Профессор кафедры специальной психологии и реабилитологии Татьяна Александровна Басилова отмечает юбилей. Татьяна Александровна стояла у истоков создания факультета клинической и специальной психологии МГППУ, более 15 лет была заведующей кафедрой специальной психологии, делилась своим профессиональным опытом со студентами и коллегами, под ее руководством были защищены десятки научных работ. Татьяна Александровна – высоко профессиональный специалист с большим опытом работы с детьми со множественными нарушениями в развитии. Желаем Татьяне Александровне крепкого здоровья, счастья, неиссякаемой энергии, творческих успехов и научных открытий, искренней поддержки от студентов, магистрантов и коллег!

Ключевые слова: поздравление, юбилей, Т.А. Басилова.

Для цитаты:

Хохлова А.Ю., Куртанова Ю.Е. К юбилею Т.А. Басиловой [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 2. С. 210–213. doi: 10.17759/psycljn.2019080212

For citation:

Khokhlova A.Yu., Kurtanova Yu.E. For the Anniversary of T.A. Basilova [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2019, vol. 8, no. 2, pp. 210–213. doi: 10.17759/psycljn. 2019080212 (In Russ., abstr. in Engl.)

Факультет клинической и специальной психологии МГППУ сердечно поздравляет с юбилеем профессора Татьяну Александровну Басилову!

В 1972 году Татьяна Александровна Басилова окончила психологический факультет МГУ им. М.В. Ломоносова по специальности «Психолог. Преподаватель психологии», затем аспирантуру НИИ дефектологии АПН СССР. 24 мая 1989 года защитила кандидатскую диссертацию по специальности «Коррекционная психология».

Вся научная биография Татьяны Александровны связана с вопросами изучения и психологической помощи людям с сенсорными нарушениями. С 1972 года Татьяна Александровна работала младшим научным сотрудником, а затем – старшим в НИИ дефектологии АПН СССР (ныне Институт коррекционной педагогики РАО); с 1995 года была заведующей лабораторией содержания и методов обучения детей со сложной структурой дефекта ИКП РАО.

С 1995 по 2005 год Татьяна Александровна преподавала в МГОПУ им. Шолохова, с 1999 по 2002 год – на факультете психологии образования в МГППУ. С 2002 года – профессор, а затем заведующая кафедрой специальной психологии факультета клинической и специальной психологии. В 2014 году произошло объединение кафедр специальной психологии и психологической реабилитации, и Татьяна Александровна продолжила заведовать объединенной кафедрой специальной психологии и реабилитологии. С 2016 года Татьяна Александровна является создателем и руководителем магистерской программы «Психолого-педагогическое сопровождение слепоглухих и лиц с тяжелыми множественными нарушениями».

Татьяна Александровна является любимым преподавателем и научным руководителем многих студентов и аспирантов. Под ее руководством защищено множество дипломных и магистерских работ, несколько кандидатских диссертаций. В течение 20 лет работы в МГППУ Татьяна Александровна преподает многие дисциплины в области психологии и обучения детей с сенсорными и множественными нарушениями развития, она является автором и преподавателем курса по специальной психологии.

Татьяна Александровна – автор более 130 научных работ. Ее книга «История обучения слепоглухих детей в России» (издана в 2015 году) переведена на японский и английский языки и в 2017 году была опубликована в Германии и Японии. В этом году под ее редакцией издан учебник «Тифлосурдопедагогика», обобщающий российский и зарубежный опыт обучения слепоглухих детей.

Татьяна Александровна является членом редколлегии журналов: «Психологическая наука и образование», «Современная зарубежная психология», «Клиническая и специальная психология», «Вопросы психического здоровья детей и подростков».

Татьяна Александровна имеет следующие награды: Медаль им. К.Г. Ушинского, медаль им. Г.И. Челпанова 1 степени «За вклад в развитие психологической науки», почетный знак «Серебряная Ч'», звание почетного профессора МГППУ.

Татьяна Александровна стала участником, организатором и членом научного комитета ряда российских и международных конференций. В 1993 году была в составе научного комитета Европейской конференции по проблемам слепоглухоты вместе с Яном ван Дайком.

Преподавательскую и научную деятельность Татьяна Александровна всегда сочетала с практической работой. Была соучредителем благотворительной организации, осуществляющей поддержку слепоглухих и людей с синдромом Ушера, БАНО «Ушер-форум»; работала психологом в московской школе для глухих, специализирующейся на обучении детей с дополнительными нарушениями развития; консультировала взрослых людей со слепоглухотой и семьи, воспитывающие детей с сочетанными нарушениями слуха и зрения.

Благодаря Татьяне Александровне психолого-педагогическую помощь получили многие дети и взрослые с сенсорными и множественными нарушениями развития.

Выражаем глубочайшее почтение Татьяне Александровне как профессионалу и прекрасному человеку, отличающемуся своей душевностью, чуткостью и отзывчивостью в общении с коллегами, студентами, друзьями.

Мы желаем Татьяне Александровне крепкого здоровья, счастья, неиссякаемой энергии, творческих успехов и научных открытий, искренней поддержки от студентов, магистрантов и коллег!

For the anniversary of T.A. Basilova

Khokhlova A.Yu.,

PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Special Psychology and Rehabilitation, Faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE), Moscow, Russia, ehalina2@yahoo.com

Kurtanova Yu.E.,

PhD in Psychology, head of the department, Department of Special Psychology and Rehabilitation, Faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE), Moscow, Russia, ulia.kurtanova@yandex.ru

Professor of the Department of Special Psychology and Rehabilitation Tatiana Alexandrovna Basilova celebrates the anniversary. Tatyana Alexandrovna was at the origins of the Faculty of Clinical and Special Psychology, more than 15 years she was the head of the Department of Special Psychology, she shared her professional experience with students and colleagues, under her leadership, dozens of scientific works were defended. Tatiana Alexandrovna is a highly professional specialist with extensive experience of work with children with multiple disabilities. We wish Tatiana Alexandrovna good health, happiness, inexhaustible energy, creative success and scientific discoveries, sincere support from students, undergraduates and colleagues!

Keywords: congratulation, anniversary, T.A. Basilova.
