

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ
ЭЛЕКТРОННЫЙ
ЖУРНАЛ**

2017. Том 6, № 3

2017. Vol. 6, no 3

СОДЕРЖАНИЕ

Теоретические исследования

- Резниченко С.И.* Варианты старения в зависимости от способа жизнеустройства: опыт зарубежных исследований 1–22

Эмпирические исследования

- Барабанов Р.Е., Фанталова Е.Б.* Применение релаксационного биоуправления в лечении и реабилитации пациентов с заболеванием голосового аппарата 23–46

- Карась И.С., Боровикова А.В., Бабаджанова-Павлова А.В.* Представления женщин, переживших насилие, о социально-психологической поддержке родственниками 47–61

- Жиенбаева Н.Б., Акназаров С.А, Тапалова О.Б.* Исследование направленности мотивации достижения (адаптации и трансценденции) при психической патологии 62–84

Прикладные исследования

- Самсонова Е.В., Горбунова В.А.* Ресурсное обеспечение образовательных организаций при реализации инклюзивного образования (опыт образовательных организаций «Новой Москвы») 85–103

Методы и методики

- Костин И.А.* Совместное изучение художественных книг и кино как метод коррекционной работы с эмоциональной сферой при расстройствах аутистического спектра 104–115

- Лорер В.В., Жукова Т.Н.* Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в оценке комплексной реабилитации инвалидов 116–134

- Романовский Н.В., Новикова Е.М.* Использование визуальной шкалы самооценки состояния как способ формирования мотивации к реабилитации 135–148

Хроника

- Федор Ефимович Василюк 148–152

CONTENT

Theoretical research

- Reznichenko S.I.* Types of Aging Depending on the Mode of Life: Foreign Experience 1–22

Empirical research

- Barabanov R.E., Fantalova E.B.* Relaxing Biofeedback as a Psychological Correction Technique in the Treatment and Rehabilitation of the Vocal Apparatus Diseases 23–46
- Karas I.S., Borovikova A.V., Babadzhanova-Pavlova A.V.* The Representations of Women, Survivors of Violence about Socio-Psychological Support of Relatives 47–61
- Zhiyenbayeva N.B., Aknazarov S.A., Tapalova O.B.* Direction of achievement motivation (adaptation and transcendence) in mental disorders 62–84

Applied research

- Samsonova E.V., Gorbunova V.A.* Resource support for educational organizations in the implementation of inclusive education (the experience of the educational organizations of the New Moscow District) 85–103

Methods and techniques

- Kostin I.A.* Joint study of fiction books and movies as a method of psycho-correctional work in ASD (Autism Spectrum Disorder) 104–115
- Lorer V.V., Zhukova T.N.* Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health in assessment of integrated rehabilitation of disabled people 116–134
- Romanovskiy N.V., Novikova E.M.* The Implementation of the Visual Self-Assessment Scale as a Method of Formation of Rehabilitation Motivation [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education 135–148

Chronicle

- Fedor Yefimovich Vasilyuk 148–152

Варианты старения в зависимости от способа жизнеустройства: опыт зарубежных исследований

Резниченко С.И.,

кандидат психологических наук, научный сотрудник, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, sofya_292@list.ru

Благополучное старение (aging well) – один из ключевых вопросов современных геронтопсихологии, психологии здоровья и экологической психологии. В экологической психологии период поздней взрослости рассматривается как наиболее восприимчивый к предметно-пространственным и организационным характеристикам среды проживания в связи с истощением физических и социальных ресурсов позитивного функционирования у пожилых людей и, соответственно, возрастающим требовательным характером среды (Environmental press–competence model). В статье анализируются современные исследования двух вариантов старения в зависимости от жизнеобитания – старения в домашних условиях (aging in place) и в условиях казенных учреждений (institutional care) – с точки зрения благотворности их влияния на психологическое здоровье и удовлетворенность качеством жизни людей преклонного возраста.

Ключевые слова: пожилой возраст, психологическое благополучие, старение дома, старение в институциональных средах, средовое давление, средовые ресурсы.

Для цитаты:

Резниченко С.И. Варианты старения в зависимости от способа жизнеустройства: опыт зарубежных исследований [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 3. С. 1–22. doi: 10.17759/psyclin.2017060301

For citation:

Reznichenko S.I. Types of aging depending on the mode of life: foreign experience [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2017, vol. 6, no. 3, pp. 1–22. doi: 10.17759/psycljn.2017060301 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Старость, пожилой возраст, поздняя зрелость, «третий возраст» – прочно вошедшие в обиход коннотации, в целом отражающие один и тот же противоречивый по своему содержанию период развития личности, в котором наиболее отчетливо репрезентируется дуальность человеческой природы: тело нуждается в покое и стабильности, а психическая жизнь претерпевает качественные изменения и сосредотачивается на решении интегральных, по словам М.М. Бахтина, «последних вопросов бытия»: обретение личностной целостности и мудрости (Л.И. Анцыферова, П. Балтес, Э. Эриксон), достижение акме (А.А. Бодалев, А.А. Деркач), стабилизация Я-концепции через осмысление прожитой жизни (О.Н. Молчанова), освоение новых социальных ролей, статуса и деятельностей (Н.С. Пряжников). В условиях роста доли пожилого поколения, системной нестабильности социально-экономической ситуации в стране и стигматизации пожилого населения как беспомощного, ресурсозависимого и ригидного, препятствующей социальной интеграции пенсионеров, краеугольный вопрос современных социально-психологических теории и практики – обеспечение и сопровождение психологически благополучного старения (agingwell). Какое оно – «хорошее старение»? То, которое наделяет человека онтологическим оптимизмом и счастьем (М. Селигман, К. Рифф), дает возможность жить настоящим и реализовывать желаемое и запланированное (Н.Ф. Шахматов), которое обеспечивает социальную включенность и преемственность (А.А. Кроник), которое подразумевает свободу выбора, творчество, активность и наполненность жизни (Б.Г. Ананьев, В.И. Слободчиков, И.С. Кон и др.)

Несмотря на то, что в отечественной психологии пожилой возраст оправданно считается критическим и парадоксальным с точки зрения нарастающих физических ограничений и динамично меняющихся условий и образа жизни и одновременно необходимости решать сложные и важные экзистенциальные задачи – совладать с осознанием «заката жизни», дать интегральную оценку собственного Я и принять себя таким, – непосредственных исследований взаимодействия человека с его жизненной средой как источником сил, безопасности, поддержки, удовлетворения разнообразных потребностей немного. В наибольшей степени изучены особенности социальной активности и аффилиативных потребностей пожилого человека, а также внешние изменения жизни человека: изменение социального положения, снижение социально полезной деятельности, увеличение свободного времени, утрата физической силы и, следовательно, большая социальная зависимость. Исследователи отмечают, что психологические возрастные изменения, такие как пассивность, эмоциональная фиксация или сниженный эмоциональный фон, раздражительность и многие другие, требуют не только личностной проработки и переосмысления своего положения, жизни и внешнего мира, но и определенных качеств среды жизнедеятельности [1; 2].

Источники, посвященные исследованиям жизненной среды пожилых людей как фактора регуляции поведения и предиктора удовлетворенности жизни, делают акцент на том, что по сравнению с другими возрастными периодами, именно люди

пожилого возраста наиболее чувствительны к качествам среды [20; 21], и тому есть ряд причин.

Во-первых, восприимчивость к тем или иным типам среды проживания – домашней или институциональной, постоянной или временной – детерминирована возрастными задачами развития. В преклонном возрасте в период особой заботы о своем соматическом здоровье, в период выполнения нереализованных и дефинитивных социальных ролей, наконец, в период духовного расцвета и интеграции личности, расширения чувства Я как главных задач жизненного пути функции и значения пространства жизнедеятельности обладают особым синергическим потенциалом для развития и поддержания целостности личности.

Второй причиной является избирательность восприятия в отношении среды, связанная с тем, что у пожилого человека на основе прошлого и текущего жизненного опыта сформирована четкая картина того, какой по функциональности должна быть среда и какие личностные смыслы она должна поддерживать. Соответствие субъективной репрезентации «благоприятного» для жизни места образу реальной среды повышает удовлетворенность качеством жизни.

Третья причина кроется в потребности сохранять равновесие между постепенно снижающимися физическими и психосоциальными ресурсами и возрастающими средовыми требованиями и изменениями. Динамичность и реципрокность отношений между возможностями пожилого человека и давлением среды хорошо продемонстрирована в модели М. Лоутона и коллег «Давление среды – ресурсы личности» (Environmental press–competence model) [20; 21]. Основная идея сводится к тому, что соотношение давления среды (средовые характеристики, носящие требовательный характер) и компетенций личности (интегрированная система способностей и ресурсов личности, позволяющая полноценно функционировать в условиях среды) детерминирует психологическое здоровье и поведение человека. Если отношения этих факторов конгруэнтны, например, пожилой человек имеет физические ресурсы, чтобы справиться с отсутствием лифта в доме, поведение будет адаптивным и проактивным, а уровень удовлетворенности жизнью – выше.

В последнее время теория и особенно прикладная область экопсихологии сосредоточены на изучении и моделировании оптимальной для сохранения соматического, социального и личностного здоровья жизненной среды пожилого поколения, особенно это касается постоянных сред. Главным критерием оценки оптимальности среды служит мера ее конгруэнтности личности (Person–environment fit), иными словами, степень, в которой единство функциональных, смысловых, эмоциональных и социальных характеристик среды соответствует персональным потребностям, возможностям, целям и ценностям. Очевидно, что в преклонном возрасте основные типы сред жизнедеятельности – домашняя и (что менее типично для российских пенсионеров) институциональная: дома престарелых, пансионаты, санатории и другие лечебно-профилактические учреждения. Как показывают исследования, вопрос о том, какая среда – домашняя или институциональная – благотворнее влияет на психологическое здоровье и

удовлетворенность качеством жизни пожилого человека, так и не получает однозначного ответа.

Цель этой статьи – анализ преимуществ и недостатков старения в домашних условиях и в условиях казенных учреждений с точки зрения соответствия средовых возможностей потребностям личности преклонного возраста и психологической ресурсности каждого типа старения.

Феномен старения дома и психологическое благополучие людей пожилого и старческого возрастов: аргументы за и против

Современные исследователи отношений человека и среды солидарны в том, что чем старше человек, тем сильнее он привязан к среде проживания, в том числе к дому [13]. Под привязанностью к дому понимается положительная эмоциональная связь человека с домом, проявляющаяся в предпочтении его другим средам. Сильная и устойчивая привязанность к дому у пожилого человека объясняется рядом факторов. Во-первых, длительностью проживания в доме: в среднем человек преклонного возраста (60-75 лет) проживает в своем доме не менее 20-25 лет в случае, если он уступает жилье своим детям, а многие живут в домах на протяжении всей жизни, вкладывая душу и силы в свой дом. За такое длительное время образ дома становится частью Я человека, контейнирует в себе историю жизни своего обитателя, ассоциации, память о событиях и отношениях минувших лет и приобретает огромное смысловое значение. Во-вторых, привязанность к дому возрастает с возрастом потому, что взаимодействие с другими средами уменьшается в силу ограниченных ресурсов человека и сложностью адаптации в них, а жизнедеятельность пожилого человека центрируется в пространстве управляемого и привычного дома. Наконец, в доме удовлетворяются значимые для пожилого человека потребности, например, в семейном общении, в возможности уединения, в сохранении границ и т.п., часто фрустрируемые в других средах.

В начале 90-х гг. в США и Центральной Европе выделился самостоятельный междисциплинарный феномен, дословно переводимый как «старение по месту жительства» (Aging in place); такой калькирующий перевод нам кажется не совсем уместным, поэтому в нашей статье мы будем называть этот концепт «старение дома». Возникло это понятие в ответ на различного рода фискальные программы государственных органов и органов местного управления по переселению пожилого населения из центра крупных городов в предместья с целью привлечения средств молодых налогоплательщиков, активно заселяющих крупные бизнес-города. Старение дома определяется как стремление пожилого человека оставаться жить в собственном доме или в том месте, где он жил в течение многих лет и к которому привык, а не в учреждениях интернатного типа или в предлагаемых государством местах для поселения пожилого поколения [8]. По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения (WHO, 2007) и Американской Ассоциации пенсионеров (AARP, 2011-2015) более 80% пожилых людей (65 и более лет) планируют продолжать жить в условиях домашней среды и не рассматривают возможности жизни в институциональных учреждениях [10; 33]. По мнению большинства исследователей, старение дома является предпочтительным вариантом при условии соответствия

домашней среды потребностям пожилого человека. В последнее время модель старения дома набрала популярность и активно используется в области политики старения, в средовой геронтологии и психологии здоровья пожилого населения. Отчасти в этом заинтересовано и государство: с целью снижения миграции и поддержания высоких демографических показателей власти развитых стран выделяют деньги на разработку теоретических и прикладных программ адаптации пожилых людей в среде их жизнедеятельности [27]. Существуют специальные выставки, конгрессы и конференции, объединяющие архитекторов, дизайнеров, психологов и медицинских работников, на которых обсуждаются проблемы повышения возрастной функциональности жилища (к примеру, специально организованные ваннные комнаты, грамотное размещение контроллеров подачи газа, электричества, которыми легко и удобно пользоваться и т.п.) и пути создания специальных медикопсихосоциальных условий старения, повышающих привязанность к дому.

Из дефиниции очевидно, что старение дома и привязанность к дому – тематически близкие феномены, однако первый в большей степени описывает активный интенциональный «продукт» привязанности к дому – жить в том месте, которое любишь [29]. Результаты кросс-культурных психологических и социальных исследований разных лет позволяют говорить, что привязанность к дому и старение в нем поддерживают психологическое благополучие, чувство личностной целостности, укрепляют самооценку и позволяют пожилым людям сохранять позитивную Я-концепцию на фоне жизненных перемен и череды сменяющихся обстоятельств [12; 13; 15; 23]. Кроме того, определение феномена старения дома содержит противопоставление домашней среды институциональной и предполагает ряд аргументов в пользу проживания в доме, которые мы рассмотрим ниже.

Современные технологические и эргономические средства фасилитации управления домашней средой дают возможность человеку быть физически независимым от помощи близких и чувствовать себя в безопасности. Так, например, в последнее время активно развивается направление домашней информатизации, или «домотикс» (Domotics), которое исследует возможности внедрения автоматизированных и компьютеризированных устройств в жилую среду пожилых людей и преследует две цели: оптимизацию физической среды, облегчающую повседневную активность человека, и расширение социальной среды за счет телекоммуникаций [9]. За рубежом в рамках государственных программ социальной поддержки пожилого населения созданы специальные центры, в задачи которых входят: 1) проектирование существующей домашней среды под конкретные запросы ее обитателя; 2) адаптация и сопровождение пожилого человека в условиях жизни в измененном домашнем пространстве (например, обучение пользованию «умными» технологиями); 3) техническое обслуживание такого дома; 4) отслеживание меры соответствия его безбарьерности актуальному уровню физического и психосоциального здоровья человека в перспективе. Не менее важным аргументом для пожилого поколения в пользу старения дома являются ориентировка и знание придомового пространства и районной инфраструктуры (знание, куда обратиться за медицинской помощью, где купить необходимые

товары, куда пойти на прогулку и т.п.), которые также обеспечивают безопасность и автономность [4].

Наряду с безопасностью домашняя среда сулит ощущение стабильности, поскольку пространство дома среди всех возможных сред жизнедеятельности человека является наиболее постоянным, устойчивым, узнаваемым и подконтрольным; хозяин дома обладает знаниями о возможностях и ограничениях жизни в нем, равно как и способами преодоления этих ограничений, легко может прогнозировать расход сил, времени, денег и других ресурсов при совершении какой-либо деятельности в границах дома. Более того, человек может антиципировать те или иные неприятности (например, предположить, как долго прослужит та или иная вещь), связанные с жилой средой, что позволяет подготовиться или предотвратить их.

Ключевой возможностью проживания в домашних условиях, значимой для психологического благополучия пожилого человека, является единение с семьей. Семья для пожилого человека – не только источник эмоциональной, физической и организационной помощи и поддержки, но и мощный стимул для личностного роста, интегрального осмысления своих жизненных достижений и освоения социальных ролей. Особенно ресурсны в этом плане отношения прародителей и внуков, поскольку требуют от пожилых членов семьи выработки новой внутренней личностной позиции, особого уровня самоорганизации, ответственности и, конечно, активности. Известно, что участие в воспитании младших поколений у людей пожилого и старческого возрастов сопряжено с удовлетворением потребности быть социально полезным и нужным. Исследования показывают, что осознание и принятие особой роли прародителя удлиняют жизненную перспективу и создают новые источники удовлетворенности жизнью [3].

В литературе описывается еще одна ресурсная функция старения в доме – идентификация с местом (place identity), обеспечивающая личностную и временную преемственность и самоидентификацию. Идентификация с домом раскрывает символическую значимость дома как хранилища эмоций, истории жизни, отношений, которые наделяют жизнь смыслом и формируют цели [12]. Дом, являясь «вместилищем» реализованных в действительности желаний, вкусов, предпочтений, мечт, становится как бы продолжением собственного Я, основой для идентификации личности и отражает представления человека о себе самом. Персонализированное пространство дома (т.е. «оличенное», оформленное исходя из личностных предпочтений, верований, целей) имеет для пожилого человека большое символическое значение: напоминает человеку, кто он есть, каковы его индивидуальные устремления, каков его жизненный «багаж», и позволяет видеть себя в контексте непрерывности бытия и давать оценку прожитой жизни.

Старение дома предполагает возможность побыть наедине с собой, в тишине и спокойствии, равно как и возможность сохранять приватность, не тратя силы на укрепление границ личного пространства [25].

Кроме того, по сравнению с другими средами пространство дома и образ жизни в нем отличается гибкостью, трансформируемостью и отсутствием жестко регламентированных правил, особенно если человек живет один или с супругом/близким человеком того же возраста, что позволяет сохранять независимость и самостоятельность и чувствовать свободу выбора: что есть, когда ложиться спать, каким образом хранить свои вещи. Отмечается, что для пожилых людей значим сам факт наличия выбора места проживания и организации жизни в нем; домашние условия в отличие от жизни в интернатной среде, как правило, поддерживают свободу воли человека в выборе образа и ритма жизни, деятельности, быта [19].

Представленный выше перечень аргументов в пользу старения в собственном доме, разумеется, не исчерпывает все возможные психотерапевтические эффекты, обнаруживаемые во взаимодействии пожилого человека с его домом. Несмотря на расхожее мнение, что стены дома помогают и лечат, и исследования, показывающие ресурсность старения в домашней среде в отношении психологического благополучия и личностного развития людей пожилого и старческого возраста, бывают жизненные обстоятельства, при которых привязанность к дому и проживания в нем могут быть дисфункциональными и даже угрожающими психологическому здоровью. Анализируя контраргументы старения по месту жительства, мы не будем отвлекаться на очевидные, такие как: недееспособность пожилого человека, связанная с тяжелой инвалидизацией, ургентное состояние здоровья, отсутствие финансовых и социальных ресурсов, не позволяющих сделать дом безопасным и комфортным для жизни, а остановимся на тех условиях жизни в домашней среде, которые ограничивают личностное развитие и неблагоприятно влияют на психологическое состояние человека преклонного возраста.

Основная сложность старения в домашней среде – усиливающееся с возрастом средовое давление и снижающиеся жизненные ресурсы, о которых мы упоминали выше. Средовые «требования» остаются теми же и требуют прежнего поведения, прежней выносливости и активности, в то время как с возрастом люди переживают все больше социальных и физических утрат: ухудшение зрения и слуха, утрату мобильности и ослабление умственных способностей, утрату социальной поддержки в лице своих друзей и спутников жизни. Все это отражается на уровне адаптации пожилых людей к домашней среде и часто проявляется в растерянности и разорванности с настоящим, ощущением невозможности управлять и контролировать свой дом. И если это средовое давление становится слишком сильным, человек оставляет попытки справиться с ситуацией и склоняется к выученной беспомощности, начинает чувствовать себя лишним и одиноким, переживает утрату идентичности и привязанности к месту, как правило, не имея возможности уехать [21].

В плане социального взаимодействия с внешним миром домашняя среда пожилого человека часто бывает обеднена, для нее типичны стихийные контакты с внешним миром: случайные встречи с соседями, краткосрочные контакты с другими

людьми в магазинах, поликлиниках и т.п. Потеря существующих социальных связей и незнание мест, где можно обрести новые, приводят к переживанию растерянности и оторванности от внешнего мира [30]. Конъюнктура социальной активности в пожилом возрасте сильно сопряжена с культурными традициями. Так, например, известно, что в восточных странах семьи, имеющие пожилых родителей, стараются концентрировать свою жизнь рядом с ними и почти всегда проживают вместе, в то время как в западных странах пожилой человек, как правило, проживает самостоятельно (если располагает здоровьем), либо становится резидентом различных институциональных заведений [17]. Социальная составляющая жизни пожилого человека зависит и от региона проживания. В деревнях, поселках и маленьких городах в семьях принято селиться по соседству, а чаще – в одном доме с пожилым родственником, в то время как в мегаполисах дети и их престарелые родители часто не могут позволить жить вместе в силу экономических условий и занятости на работе всех трудоспособных домочадцев. Инициированные независимым Советом здравоохранения Канады (Health Council of Canada) исследования отношения пожилых людей к источнику социальной поддержки (государственной и неофициальной, исходящей от соседей и друзей) отражают тот факт, что дружеская и соседская помощь оказывается бесценным ресурсом поддержания чувства независимости, активности и продолжения профессиональной деятельности. При этом для горожан в большей степени значима профессиональная помощь социальных и психологических центров, а для сельских жителей – помощь соседей, друзей и знакомых [14].

Исследования показывают, что больше всего страдают от одиночества пожилые жители крупных городов, проживающие в собственных квартирах, при условии, что их дети имеют жилище в том же городе [31]. Как правило, при таких обстоятельствах пожилой человек решает в пользу институциональной среды (впрочем, экстраполировать эти данные на российских пенсионеров неправомерно, так как институт социального обеспечения людей пожилого возраста как феномен общественной жизни в России только начинает развиваться).

Отдельным образом обсуждаются психологические сложности самоорганизации и саморегуляции образа жизни и жизнедеятельности у людей третьего возраста в домашней среде, проявляющиеся в необходимости стимуляции произвольности и активности извне (например, прием медицинских препаратов или утренняя зарядка), в несоблюдении/игнорировании эксплуатационных и социальных требований пользования жилой средой (выключение газа, света; соблюдение тишины, чистоты и порядка), в снижении активности попыток удовлетворить вторичные потребности и в самоограничении, наконец, в пассивной жизненной позиции в целом [3]. Решение проблемы организации образа жизни в домашней среде требует привлечения сил социального окружения (семьи, соседей, сиделок, психологов, социальных и медицинских работников) и профессионального проектирования информационного и физического пространства, отвечающего возможностям и потребностям пожилого человека, которые часто оказываются финансово или организационно недоступными для одиноких пенсионеров.

Невозможность организовать свою жизнедеятельность безопасным и «нормативным» для себя и окружающих образом приводит к необходимости переселяться в институциональную среду, которая также имеет ряд преимуществ и недостатков.

Институциональная среда и психологическое благополучие в пожилом и старческом возрастах: аргументы за и против

Социально-психологические исследования влияния проживания в институциональной среде (домах-интернатах, домах престарелых, пансионатах, центрах дневного пребывания и т.п.) на психологическое здоровье пожилого населения – тренд современного научного сообщества, диктуемый социальным и политическим запросами. Неоднократно доказано, что степень удовлетворенности жизнью и психологическое благополучие пожилых людей линейным образом связаны с качеством институциональной среды [16; 19].

Образ дома престарелых всегда угнетает и ассоциируется с заключительной главой жизни человека и, как отмечают некоторые геронтопсихологи, часто овеян стереотипными убеждениями о том, что выбор в пользу институциональной среды всегда вынужденный, подневольный и разрушающий здоровье и аутентичность. Наиболее частые причины переселения в учреждения такого типа – проблемы со здоровьем, с которыми человек не может справиться самостоятельно, одиночество, смерть супруга и неблагоприятные или опасные условия жизни в доме. Тем не менее отмечается, что по мере адаптации и знакомства с жизнью учреждения и его обитателей пожилой человек часто находит в нем эмоциональную поддержку, новые увлечения и дружеские контакты, и в конце концов дом престарелых становится объектом новой эмоциональной, функциональной и смысловой привязанности [19].

В частности, интересные результаты были получены в исследовании взаимосвязей между типом институциональной среды и эмоциональным состоянием пожилых женщин из Словении: сравнивались симптоматические проявления тревоги и депрессии у резидентов клубов для пожилых людей, центров дневного пребывания и домов престарелых (различия между этими тремя типами учреждений представлены в табл.) [34].

Таблица

Наиболее распространенные в Европе, США и Австралии типы институциональных сред для пожилых людей

Тип заведения	Цель	Режим пребывания	Статус резидентов
Клуб	Социальное взаимодействие; сохранение физической активности	В течение дня в соответствии с расписанием мероприятий	Семейные, дееспособные люди; способные самостоятельно организовать досуг

Центры дневного пребывания	Лечение; обеспечение безопасности резидента; развитие социальных и интеллектуальных функций	В течение дня	Семейные, испытывающие сложности в самообслуживании
Дом престарелых	Выполнение функций дома; обеспечение безопасности резидента; развитие социальных и интеллектуальных функций; лечение, обеспечение нормального уровня жизнедеятельности	Постоянное	Часто одинокие люди, самостоятельные или испытывающие сложности в самообслуживании

Оказалось, что пожилые люди из центров дневного пребывания статистически чаще людей из других групп демонстрировали симптомы депрессии, такие как: перепады настроения, потеря веса, снижение либидо, повышенная утомляемость, психомоторная заторможенность, внутренняя опустошенность, нерешительность, раздражительность, неудовлетворенность. Статистически значимые различия проявления соматических симптомов тревожности (особенно повышенная утомляемость, парестезия, учащенное сердцебиение, трудности засыпания) были выявлены только между членами клубов для пожилых людей и людьми, посещающими центры дневного пребывания: как и в случае с депрессией у последних вегетативные дисфункции, сопряженные с тревожностью, отмечались чаще. Авторы связывают такие парадоксальные результаты с тем, что в центрах дневного пребывания в меньшей степени, чем в домах престарелых, уделяется внимание социальной и психологической поддержке, т.к. такие учреждения служат главным образом для того, чтобы оказывать медицинскую помощь и обеспечивать физическую безопасность человека, пока его родные заняты своими делами. В то же время центры дневного пребывания посещают люди, которые, как правило, испытывают сложности в самообслуживании и перемещении и поэтому не могут самостоятельно организовывать досуг, в отличие от пожилых людей, посещающих клубы для пожилых и сохранивших активность [там же]. На наш взгляд, объяснением этих выводов может быть и то, что в центрах дневного пребывания пациентов ведут директивным образом, ограничивая их собственную активность, в том числе исследовательскую, поэтому пожилой человек находится в состоянии ожидания помощи извне и вместе с тем не имеет представлений, к кому обратиться в случае отсутствия этой помощи, и не может найти себе занятий и общения, оставаясь ненадолго один. Разумеется, что человек, который постоянно и вынужденно проживает свой день в одном и том же казенном месте и осознает, что так будет всегда, но при этом не имеет возможности погрузиться в жизнь заведения и его обитателей, будет испытывать беспокойство, заторможенность и ангедонию.

Любопытно, что у постоянных обитателей учреждений удовлетворенность условиями проживания больше связана с качеством социального взаимодействия (отношений с персоналом и с соседями по комнате), в то время как удовлетворенность условиями у временных посетителей медико-социальных учреждений преимущественно основывается на оценке предметно-пространственных возможностей [5].

Конечно, в разных теоретических и эмпирических моделях средовые детерминанты психологического благополучия и удовлетворенности качеством жизни у пожилых резидентов учреждений институционального типа различаются в силу неодинаковости культурной, исторической, экономической и других конъюнктур, в рамках которых эти модели создавались. Так, для пожилых американцев оказывается важным, чтобы дом престарелых давал возможность быть в центре внимания и получать индивидуальный уход, удовлетворял потребности в безопасности, эстетичности и комфорте и обеспечивал условия для полноценного социального взаимодействия как с соседями, так и с персоналом [28]. В более современном исследовании факторов удовлетворенности жизнью в доме престарелых у пожилых норвежцев были выделены следующие: положительные отношения с персоналом и другими обитателями учреждения, участие в значимых видах деятельности, возможность выбора деятельности (в т.ч. возможность выйти на прогулку, возможность беспрепятственного общения с семьей), качества физической среды, обеспечивающие уют и комфорт [6]. А, например, предикторами психологического благополучия пожилых шотландцев являются такие характеристики среды, которые позволяют компенсировать ограниченные возможности, увеличивают независимость, укрепляют личностную идентичность и самооценку, позволяют чувствовать заботливое отношение к себе со стороны персонала и поддерживают общение с родственниками и обитателями учреждения [24]. Можно увидеть, что среди всего многообразия аспектов институциональной среды, оказывающих благотворное влияние на психологическое здоровье, помимо профессиональной медико-социальной помощи, выделяются три основных: физические качества, ослабляющие средовое давление и обеспечивающие комфорт, социальные и организационные качества среды, позволяющие человеку адаптироваться к условиям жизни вне дома и организовывать свой быт. Эти средовые аспекты тесно взаимосвязаны и комплементарны и имеют синергичный эффект на психологическое здоровье постояльцев интернатов и домов престарелых.

Исторически сложившийся «больничный» образ дома престарелых постепенно меняется, современные дизайнеры и исследователи сосредотачиваются на проектировании уютной, непринужденной, динамичной и безопасной среды, стремясь достичь баланса между эстетичностью, функциональностью и управляемостью. Автономность в обращении со средой проживания и соответствие функционально-эстетических качеств возможностям и вкусам обитателя – залог психологического благополучия, но бывают недостижимы в домашней среде [18]. Персонализация и оформление пространства несут огромное значение и для формирования чувства принадлежности месту и социальной группе, и для поддержания личностной идентичности и актуализации биографических воспоминаний.

Дом престарелых часто становится местом, где человек восполняет дефицит общения. Выбор проживания в доме престарелых часто движим одиночеством, отсутствием социальных контактов в домашних условиях и негативными переживаниями, связанными с оценкой жизненного пути и собственной социальной значимости [17]. В литературе отмечается, что для пожилых людей важна гомогенность социального окружения, проявляющаяся в предпочтении находиться среди людей того же возраста, социально-экономического статуса и особенно среди носителей схожего культурного и жизненного опыта: среди людей, переживших потери близких, войны, значимые исторические или политические события и т.д. Более того, по данным некоторых исследователей, дружеские отношения, в отличие от семейных, являются более значимым предиктором удовлетворенности жизнью у пожилого поколения [16]. Институциональная среда может обеспечить такое социальное окружение, а также способствовать позитивному социальному взаимодействию за счет привлечения ресурсов физической среды (например, наличие комфортных пространств для межличностного общения, игр и развлечений) и организации образа жизни в учреждении.

Критерии оценки организационных качеств интернатной среды обычно сводятся к условиям соблюдения санитарных и гигиенических норм, к характеру взаимодействия резидентов с персоналом, к адекватности и доступности информации о правилах внутреннего распорядка и к качеству и разнообразию организуемых мероприятий. Все эти критерии существенно влияют на психосоматическое благополучие человека. Так, приятная, светлая, чистая обстановка, вкусная еда и комфортный сон позволяют пожилому человеку чувствовать себя как дома и преодолевать чувство одиночества [26]. Положительные отношения с сотрудниками учреждения – одно из наиболее важных условий позитивного функционирования пожилого человека и детерминируются мерой отзывчивости и восприимчивости персонала к потребностям резидента. По данным турецких исследователей, пожилые люди сверхчувствительны к недружелюбному отношению персонала к ним самим и к их визитерам, а также к игнорированию или проявлению раздражения в ответ на просьбы [цит. по 19].

Информационная осведомленность о режиме и правилах жизни в учреждении, о том, как и где можно попросить помощи и удовлетворить разнообразные потребности, о том, какие лечебные и досуговые мероприятия планируются и каковы их цель и процедура, в конце концов, знание, как и где можно достать всю эту информацию – все это дает возможность пожилому человеку чувствовать себя самостоятельно и уверенно и стимулирует процессы целеполагания и саморегуляции. В некоторых учреждениях в этих целях печатают специальные индивидуальные ежедневники и общие календари [15].

Во многих исследованиях показано, что стимулирование к деятельности и разнообразие содержания организуемого в интернатной среде досуга способствуют укреплению физического и психологического здоровья, служат подспорьем для социальной адаптации пожилого человека и для формирования положительного образа среды проживания. М. Катчин и коллеги провели массивное интервью с резидентами домов престарелых и выявили, какие предпочитаемые виды

деятельности игнорируются в институциональной среде [7]. Часто упоминались короткие путешествия по автобиографическим местам, посещение парков, спектаклей и концертов, реже – прогулки по торговым центрам, посещение парикмахерских и салонов красоты. Для многих значимыми являются организованные социально-ориентированные виды деятельности, позволяющие показать и рассказать другим о своих возможностях, мировоззрении и жизненном пути: участие в шоу талантов, преподавание уроков рисования, проведение автобиографических групповых интервью. В другом исследовании было обнаружено, что для обитателей домов престарелых важным является соблюдение ритуалов, связанных с семейными и национальными праздниками: празднование дней рождений, зажигание гирлянд, наряжание елки, упаковывание подарков, игры в «тайного Санту», отыскивание монетки в пироге на день благодарения – все эти действия поднимают настроение, дают ощущение дома и чувство социальной связанности [22]. Среди досуговых практик, которые доказали свою психотерапевтичность и могут быть позаимствованы для российских учреждений постоянного пребывания старшего поколения, можно выделить садоводческую терапию, пет-терапию, опыт знаменитого сиэтлского социального эксперимента (Providence Mount St. Vincent) по организации встреч пожилых людей с детьми, некоторые виды арт-, нарративной- и трудовой терапии.

Таким образом, онтологическая и социально-психологическая стигмы институциональной среды как угнетающей самобытность и субъектность человека и разрушающего психологическое благополучие пространства жизнедеятельности, как места, где человек существует, а не живет, являются не всегда оправданными. И при некоторых жизненных обстоятельствах такая среда может становиться ресурсом благополучного старения и источником новых жизненных смыслов.

Было бы странным не упомянуть о сложностях старения в интернатных средах и о депривируемых потребностях их обитателей, поскольку тема жизни в домах престарелых вызывает огромный общественный резонанс, а значит, является «слабым местом» современного общества. Мы остановимся лишь на ключевых и специфических контраргументах жизни в замещающей среде и опустим очевидные проблемы вынужденности выбора в пользу таких сред, страха перед одиночеством и покинутостью в новой жизненной среде и проблемы адаптации к новым условиям бытия.

Даже совершенно обустроенный в плане поддержки физического и социального здоровья дом престарелых – это прежде всего коллективное место. В литературе учреждения интернатного типа часто определяются как «обезличивающая среда», поскольку человек оказывается вынужденно отгорожен от своей прошлой жизни и внешнего мира, что приводит к потере идентичности и символически означает конец жизненного пути личности [32]. Конечно, фактором, наиболее удручающим психологическое состояние пожилого человека, является оторванность от семьи и компонентов, которые составляют образ семьи (ритуалы, «семейные календари» и т.п.), а также от самого дома как привычного пространства жизнедеятельности. Психологическое здоровье усугубляют директивность и формальность институциональной среды, которые проявляются в том, что человеку

приходится действовать с соответствии с общими правилами и режимом, к которым он часто оказывается неготовым или которые противоречат привычным ему «домашним» образу жизни, стилю и видам деятельности. Результатом становится осознание дефицита контроля над своей жизнью и своей зависимости, потеря аутентичности.

Типичной институциональной угрозой психологическому здоровью является дефицит приватной жизни и возможностей для индивидуализации пространства, усугубляемый тем, что человек оказывается лишенным возможности выбора с кем ему находиться под одной крышей. Между тем в литературе встречается немало научно обоснованных аргументов о том, что приватность и возможность уединения в условиях жизни в институциональной среде положительно сказываются на самочувствии и поведении пожилых людей: снижают агрессию, тревожность и улучшают сон, поощряют самостоятельность и повышают уверенность в себе [11]. В то время как отсутствие личного пространства или вторжение в него других людей провоцируют разрушающие эмоции и состояния, начиная с «симптоматических» – раздражения, тревоги, стеснения, невозможности сконцентрироваться – и кончая серьезными системными расстройствами – депрессией, психастенией. Проблема защиты физических и психологических границ в условиях интернатной среды связана как с отсутствием или неадекватно организованным личным пространством, так и с невозможностью персонализации, присвоения жилого пространства в той мере, в которой позволяет индивидуализировать пространство домашняя среда. Ограниченные ресурсы для персонализации затрудняют не только обозначение принадлежности «своего» места и оформление пространства приятным для души и тела, «домашним» образом, но и препятствуют личностной репрезентации собственного образа в социальном мире. Многие предметно-пространственные факторы неудовлетворенности жилой средой и психологического неблагополучия могут быть устранены или изменены. При этом, разумеется, проектирование дружественной потребностям пожилых людей среды не может происходить без учета знаний в области возрастной и дифференциальной психологии, психологии здоровья, психофизики, психофизиологии.

Заключение

На основе данных исследований и опыта сопровождения процесса старения в зарубежных странах мы попытались проанализировать психологические ресурсы и трудности двух вариантов старения в зависимости от места жизнеобитания – в доме и в институциональной среде. Неудивительно, что средовые психологи и геронтологи сходятся во мнении, что жизнь пожилого человека в доме, или старение дома, – предпочтительный вариант при условии соответствия домашней среды потребностям и ресурсам пожилого человека. Помимо совокупности универсальных возможностей, релевантных для человека любого возраста, – обретение чувства защищенности и спокойствия, комфорта, персонализации, приватности, возможностей управлять, адаптировать и контролировать собственное жилище, равно как и образ жизни и виды деятельности в нем, – в период поздней взрослости дом выполняет еще одну критически важную функцию. Дом, где человек прожил

долгие годы, становится хранилищем истории жизни и воспоминаний прошлого, местом переосмысления текущей жизни и надежд и ожиданий от будущего, иными словами, источником поддержания личностной и временной преемственности и идентичности.

Несмотря на то, что идея старения в домах престарелых русскому человеку ментально чужда и ассоциируется с негуманным и пренебрежительным отношением к проблемам старости, социально-психологическая практика других стран показывает, что проживание в качественно организованных замещающих средах также обладает ресурсной силой и позволяет решать некоторые проблемы, связанные с пожилым возрастом: дать определенную степень свободы и автономии в быту, снабжать пожилого человека своевременной физической, медицинской и психологической помощью, обеспечить психологическую стабильность и снизить тревожность за счет «искусственной» регуляции средового давления и изменчивости образа жизни, иметь возможности быть вовлеченным в социальную и трудовую жизнь учреждения. Разумеется, эти функции может взять на себя только определенным образом организованная в физическом и социальном отношениях среда. Вопросам средового проектирования институциональных сред для людей пожилого и старческого возрастов будет посвящена наша будущая статья.

Финансирование

Работа подготовлена при финансовой поддержке Российского научного фонда (проект № 14-18-02163).

Литература

1. *Александрова Н.Х.* Особенности субъектности человека на поздних этапах онтогенеза. Дисс. ... д-ра психол. наук. М., 2000. 212 с.
2. *Анцыферова Л.И.* Новые стадии поздней жизни: время теплой осени или суровой зимы? // Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 3. С. 99–104.
3. *Краснова О.В., Лидерс А.Г.* Социальная психология старения. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2002. 288 с.
4. *Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б., Коберская Н.Н., Мхитарян Э.А.* Деменции: руководство для врачей. 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2011. 272 с.
5. *Andrade C.C., Lima M.L., Devlin A.S., Hernandez B.* Is it the place or the people? Disentangling the effects of hospitals' physical and social environments on well-being // *Environment and Behaviour*. 2014. Vol. 48. № 2. Pp. 299–323. DOI: <https://doi.org/10.1177/0013916514536182> (дата обращения: 02.12.2016).

6. *Bergland A., Kirkevold M.* Thriving in nursing homes in Norway: contributing aspects described by residents [Электронный ресурс] // International Journal of Nursing Studies. 2006. Vol. 43. № 6. Pp. 681–691. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.09.006 (дата обращения: 08.03.2017).
7. *Cutchin M.P.* The process of mediated aging-in-place: a theoretically and empirically based model // Social Science and Medicine. 2003. Vol. 57. № 6. Pp. 1077–1090.
8. *Davey J., de Joux V., Nana G., Arcus M.* Accommodation options for older people in Aotearoa (New Zealand) (Report prepared for the Centre for Housing Research Aotearoa (CHRANZ)). Wellington: CHRANZ, 2004.
9. *Demiris G., Hensel B.K.* Technologies for an aging society: A systematic review of “smart home” applications // International Medical Informatics Association Yearbook. 2008. Pp. 33–40.
10. *Farber N., Shinkle D., Lynott J., Fox-Grage W., Harrell R.* Aging in place: a state survey of livability policies and practices (A research report by the National Conference of State Legislatures and the AARP Public Policy Institute) [Электронный ресурс]. Washington, DC: AARP Public Policy Institute, 2011. 68 p. URL: <http://www.ncsl.org/documents/transportation/aging-in-place-2011.pdf> (дата обращения: 26.06.2017).
11. *Fleming R., Purandare N.* Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines // International Psychogeriatrics. 2010. Vol. 22. № 7. Pp. 1084–1096.
12. *Hauge A.L.* Identity and place: A critical comparison of three identity theories [Электронный ресурс] // Architectural Science Review. Vol. 20. № 1. Pp. 44–51. DOI: 10.3763/asre.2007.5007 (дата обращения: 12.03.2017).
13. *Hay R.* Sense of place in developmental context // Journal of Environmental Psychology. 1998. Vol. 18. Pp. 5–29.
14. Health Care in Canada. A Focus on Wait Times (Report) [Электронный ресурс]. Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2012. 88 p. URL: https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC2012-FullReport-ENweb.pdf (дата обращения: 26.06.2017).
15. *Heywood F., Oldman C., Means R.* Housing and home in later life. Buckingham: Oxford University Press, 2002. 226 p.
16. *Ho H.K. et al.* What determines the life satisfaction of the elderly? Comparative study of residential care home and community in Japan [Электронный ресурс] // Geriatrics and Gerontology International. 2003. Vol. 3. № 2. Pp. 79–85. DOI: 10.1046/j.1444-1586.2003.00067.x (дата обращения: 16.07.2017).
17. *İtamoğlu O., Küller R., İtamoğlu V., Küller M.* The social psychological worlds of Swedes and Turks in and around retirement // Journal of Cross Cultural Psychology. 1993. Vol. 24. № 1. Pp. 26–41.

18. Kane R.A. Long-term care and good quality of life: bringing them closer together // *The Gerontologist*. 2001. Vol. 41. № 3. Pp. 293–304.
19. Kiliñç M. Institutional environment and place attachment as determinants of elders' life satisfaction (A thesis submitted to the Graduate School of Social Sciences of Middle East Technical University) [Электронный ресурс]. Ankara, METU, 2006. 80 p. URL: <http://etd.lib.metu.edu.tr/upload/12607070/index.pdf> (дата обращения: 16.07.2017).
20. Lawton M.P. Residential environment and self-directedness among older people // *American Psychologist*. 1990. Vol. 45. № 5. Pp. 638–640.
21. Lawton M.P., Nahemow L. Social areas and the well-being of tenants in housing for the elderly // *Multivariate Behavioral Research*. 1979. Vol. 14. Pp. 463–484.
22. Lewinson T., Robinson-Dooley V., Grant K. Exploring "home" at an assisted living facility: Looking through residents' lenses with Photovoice [Электронный ресурс] // *Journal of Gerontological Social Work*. 2012. Vol. 55. № 8. Pp. 745–757. DOI: 10.1080/01634372.2012.684758 (дата обращения: 16.07.2017).
23. Low S., Altman I. Place Attachment: a conceptual inquiry / In I. Altman, S. Low (Eds.) *Place Attachment*. NY: Plenum Press, 1992. Pp. 1–12.
24. Marshall M. Environment: how it helps to see dementia as a disability. *Care Homes and Dementia* // *Journal of Dementia Care*. 2001. Vol. 6. Pp. 15–17.
25. Milligan C. (Ed.) *There's no place like home: place and care in an ageing society*. Burlington, VT: Ashgate Publishers, 2009. 176 p.
26. Ohara K. Housing policy towards a super aging society: from building specifications to special needs measures [Электронный ресурс] // *Geriatrics and Gerontology International*. 2004. Vol. 4. № 1. Pp. 210–213. DOI: 10.1111/j.1447-0594.2004.00203.x (дата обращения: 16.05.2017).
27. Oswald F., Wahl H.-W. Dimensions of the meaning of home / In G.D. Rowles, H. Chaudhury (Eds.) *Home and Identity in Late Life: International Perspectives*. NY: Springer, 2005. Pp. 21–45.
28. Rantz M.J. et al. Nursing home care quality: A multidimensional theoretical model // *Journal of Nursing Care Quality*. 1998. Vol. 12. № 3. Pp. 30–46.
29. Rowles G.D. Evolving images of place in aging and 'aging in place' // *Generations*. 1993. Vol. 17. № 2. Pp. 65–71.
30. Seligman M. *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. London: W.H. Freeman & Company, 1992. 250 p.
31. Türel A. Housing and Housing Industry in Mersin. Paper presented at the 31st Annual IUFA Conference: The Problems of Urban Growth: Preserving While Developing. Mersin, Turkey, 2001.

Резниченко С.И. Варианты старения в зависимости от способа жизнеустройства: опыт зарубежных исследований
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 3. С. 1–22.

Reznichenko S.I. Types of aging depending on the mode of life: foreign experience
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 3, pp. 1–22.

32. *Wahl H.W., Weisman G.D.* Environmental gerontology at the beginning of the new millenium: reflections on its historical empirical and theoretical development // *The Gerontologist*. 2003. Vol. 43. № 5. Pp. 616–627.

33. World Health Organization. Global age-friendly cities project, 2007 [Электронный ресурс]. URL: www.who.int/ageing/age_friendly_cities_network (дата обращения: 16.05.2017).

34. *Žalik E., Zalar B.* Differences in mood between elderly persons living in different residential environments in Slovenia [Электронный ресурс] // *Psychiatria Danubina*. 2013. Vol. 25. №. 1. Pp 40–48. URL: http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol25_no1/dnb_vol25_no1_40.pdf (дата обращения: 16.05.2017).

Types of Aging Depending on the Mode of Life: Foreign Experience

Reznichenko S.I.,

PhD (Psychology), research fellow, MSUPE, Moscow, Russia, sofya_292@list.ru

Aging well is one of the key issues of modern gerontopsychology, health and environmental psychology. In ecological psychology, late adulthood is considered as the most sensitive to the physical and organizational environmental settings stage in human life due to exhausted physical and social resources in the elderly and increasing environmental demands (Environmental press–competence model). The article is devoted to the modern researches of two types of aging – aging in place and institutional care, in terms of its beneficial effects on psychological health and quality of life of elderly people.

Keywords: late adulthood, psychological wellbeing, environmental press, environmental resources, aging in place, institutional care.

Funding

The research was supported by grant of the Russian Science Foundation (project No 14-18-02163).

References

1. Aleksandrova N.Kh. Osobennosti sub"ektnosti cheloveka na pozdnykh etapakh ontogeneza. Diss. ... d-ra psikhol. nauk [Features of human subjectness in the late adulthood. Diss. Dr. psychol. Sciences]. Moscow, 2000. 212 p.
2. Antsyferova L.I. Novye stadii pozdnei zhizni: vremya teploi oseni ili surovoi zimy? [New stages of later life: the time of warm autumn or severe winter? *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological journal], 1994, vol. 15, no. 3, pp. 99–104.
3. Krasnova O.V., Liderevskiy A.G. Sotsial'naya psikhologiya stareniya. Ucheb. posobie dlya stud. vyssh. ucheb. zavedenii [Social psychology of aging. Textbook] Moscow: Akademiya, 2002. 288 p.
4. Yakhno N.N., Zakharov V.V., Lokshina A.B., Koberskaya N.N., Mkhitaryan E.A. Dementsii: rukovodstvo dlya vrachei. 3-e izd. [Dementia: a guide for doctors. 3rd ed.]. Moscow: MEDprecis-inform, 2011. 272 p.

5. Andrade C.C., Lima M.L., Devlin A.S., Hernandez B. Is it the place or the people? Disentangling the effects of hospitals' physical and social environments on well-being. *Environment and Behaviour*, 2014, vol. 48, no. 2, pp. 299–323. DOI: <https://doi.org/10.1177/0013916514536182> (Accessed: 02.12.2016).
6. Bergland A., Kirkevold M. Thriving in nursing homes in Norway: contributing aspects described by residents. *International Journal of Nursing Studies*, 2006, vol. 43, no. 6, pp. 681–691. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.09.006 (Accessed: 08.03.2017).
7. Cutchin M.P. The process of mediated aging-in-place: a theoretically and empirically based model. *Social Science and Medicine*, 2003, vol. 57, no. 6, pp. 1077–1090.
8. Davey J., de Joux V., Nana G., Arcus M. Accommodation options for older people in Aotearoa (New Zealand) (Report prepared for the Centre for Housing Research Aotearoa (CHRANZ)). Wellington: CHRANZ, 2004.
9. Demiris G., Hensel B.K. Technologies for an aging society: A systematic review of “smart home” applications. *International Medical Informatics Association Yearbook*, 2008, pp. 33–40.
10. Farber N., Shinkle D., Lynott J., Fox-Grage W., Harrell R. Aging in place: a state survey of livability policies and practices (A research report by the National Conference of State Legislatures and the AARP Public Policy Institute). Washington, DC: AARP Public Policy Institute, 2011. 68 p. Available at: <http://www.ncsl.org/documents/transportation/aging-in-place-2011.pdf> (Accessed: 26.06.2017).
11. Fleming R., Purandare N. Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *International Psychogeriatrics*, 2010, vol. 22, no. 7, pp. 1084–1096.
12. Hauge A.L. Identity and place: A critical comparison of three identity theories. *Architectural Science Review*, vol. 20, no. 1, pp. 44–51. DOI: 10.3763/asre.2007.5007 (Accessed: 12.03.2017).
13. Hay R. Sense of place in developmental context. *Journal of Environmental Psychology*, 1998, vol. 18, pp. 5–29.
14. Health Care in Canada. A Focus on Wait Times (Report). Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2012. 88 p. Available at: https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC2012-FullReport-ENweb.pdf (Accessed: 26.06.2017).
15. Heywood F., Oldman C., Means R. Housing and home in later life. Buckingham: Oxford University Press, 2002. 226 p.
16. Ho H.K. et al. What determines the life satisfaction of the elderly? Comparative study of residential care home and community in Japan. *Geriatrics and Gerontology International*, 2003, vol. 3, no. 2, pp. 79–85. DOI: 10.1046/j.1444-1586.2003.00067.x (Accessed: 16.07.2017).

17. İmamoğlu O., Küller R., İmamoğlu V., Küller M. The social psychological worlds of Swedes and Turks in and around retirement. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 1993, vol. 24, no. 1, pp. 26–41.
18. Kane R.A. Long-term care and good quality of life: bringing them closer together. *The Gerontologist*, 2001, vol. 41, no. 3, pp. 293–304.
19. Kiliñç M. Institutional environment and place attachment as determinants of elders' life satisfaction (A thesis submitted to the Graduate School of Social Sciences of Middle East Technical University). Ankara, METU, 2006. 80 p. Available at: <http://etd.lib.metu.edu.tr/upload/12607070/index.pdf> (Accessed: 16.07.2017).
20. Lawton M.P. Residential environment and self-directedness among older people. *American Psychologist*, 1990, vol. 45, no. 5, pp. 638–640.
21. Lawton M.P., Nahemow L. Social areas and the well-being of tenants in housing for the elderly. *Multivariate Behavioral Research*, 1979, vol. 14, pp. 463–484.
22. Lewinson T., Robinson-Dooley V., Grant K. Exploring “home” at an assisted living facility: Looking through residents' lenses with Photovoice. *Journal of Gerontological Social Work*, 2012, vol. 55, no. 8, pp. 745–757. DOI: 10.1080/01634372.2012.684758 (Accessed: 16.07.2017).
23. Low S., Altman I. Place Attachment: a conceptual inquiry. In I. Altman, S. Low (Eds.) *Place Attachment*. NY: Plenum Press, 1992, pp. 1–12.
24. Marshall M. Environment: how it helps to see dementia as a disability. Care Homes and Dementia. *Journal of Dementia Care*, 2001, vol. 6, pp. 15–17.
25. Milligan C. (Ed.) *There's no place like home: place and care in an ageing society*. Burlington, VT: Ashgate Publishers, 2009. 176 p.
26. Ohara K. Housing policy towards a super aging society: from building specifications to special needs measures. *Geriatrics and Gerontology International*, 2004, vol. 4, no. 1, pp. 210–213. DOI: 10.1111/j.1447-0594.2004.00203.x (Accessed: 16.05.2017).
27. Oswald F., Wahl H.-W. Dimensions of the meaning of home. In G.D. Rowles, H. Chaudhury (Eds.) *Home and Identity in Late Life: International Perspectives*. NY: Springer, 2005, pp. 21–45.
28. Rantz M.J. et al. Nursing home care quality: A multidimensional theoretical model. *Journal of Nursing Care Quality*, 1998, vol. 12, no. 3, pp. 30–46.
29. Rowles G.D. Evolving images of place in aging and 'aging in place'. *Generations*, 1993, vol. 17, no 2, pp. 65–71.
30. Seligman M. *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. London: W.H. Freeman & Company, 1992. 250 p.

Резниченко С.И. Варианты старения в зависимости от способа жизнеустройства: опыт зарубежных исследований
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 3. С. 1–22.

Reznichenko S.I. Types of aging depending on the mode of life: foreign experience
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 3, pp. 1–22.

31. Türel A. Housing and Housing Industry in Mersin. Paper presented at the 31st Annual IUFA Conference: *The Problems of Urban Growth: Preserving While Developing*. Mersin, Turkey, 2001.

32. Wahl H.W., Weisman G.D. Environmental gerontology at the beginning of the new millenium: reflections on its historical empirical and theoretical development. *The Gerontologist*, 2003, vol. 43, no. 5, pp. 616–627.

33. World Health Organization. Global age-friendly cities project, 2007. Available at: www.who.int/ageing/age_friendly_cities_network (Accessed: 16.05.2017).

34. Žalik E., Zalar B. Differences in mood between elderly persons living in different residential environments in Slovenia. *Psychiatria Danubina*, 2013, vol. 25, no. 1, pp 40–48. Available at: http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol25_no1/dnb_vol25_no1_40.pdf (Accessed: 16.05.2017).

Применение релаксационного биоуправления в лечении и реабилитации пациентов с заболеванием голосового аппарата

Барабанов Р.Е.,

клинический психолог, научный сотрудник, Научно-клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России; преподаватель, факультет дополнительного профессионального образования, Московский психолого-социальный университет, Москва, Россия, rastich@rambler.ru

Фанталова Е.Б.,

кандидат психологических наук, профессор, доцент, кафедра нейро- и патопсихологии развития, факультет клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, elenafantal@yandex.ru

В статье рассматриваются вопросы психологической коррекции пациентов с нарушением голоса с применением новейших компьютерных психотерапевтических технологий. В работе описан метод психологической коррекции на основе релаксационного биоуправления. Представлены данные, касающиеся динамики изменения физиологических параметров, психоэмоционального фона, а также состояния голосовой функции с учетом проводимого лечения. Описываются приемы и методы работы на аппарате. На основе полученных данных оценивается эффективность данного метода в реабилитации голосовой функции у больных с нарушением голоса. Обосновывается суждение о том, что релаксационное биоуправление является высокоэффективным и неинвазивным методом лечебно-оздоровительного воздействия в лечении и реабилитации заболеваний голосового аппарата, способствует снижению уровня тревожности, психосоциального стресса, а также повышению уровня жизненных сил. Использование технологии биорелаксации позволяет повысить уровень стрессоустойчивости и обеспечивает выработку стратегий конструктивного поведения в ситуации стресса. Релаксационное биоуправление способствует снижению уровня мышечного напряжения и повышению уровня кожной температуры, поскольку вегетативные реакции пациентов в начале и в конце тренинга достоверно отличалась, а вегетативный баланс к концу курса был смещен в сторону парасимпатических реакций.

Ключевые слова: голос, нарушение голоса, дисфония, эмоционально-личностная сфера, психоэмоциональный фон, биологическая обратная связь, биоуправление, психологическая коррекция, саморегуляция, БОСЛАБ, релаксационная терапия.

Для цитаты:

Барabanов Р.Е., Фанталова Е.Б. Применение релаксационного биоуправления в лечении и реабилитации пациентов с заболеванием голосового аппарата [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 3. С. 23–46. doi: 10.17759/psyclin.2017060302

For citation:

Barabanov R.E., Fantalova E.B. Relaxing biofeedback as a psychological correction technique in the treatment and rehabilitation of the vocal apparatus diseases [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2017, vol. 6, no. 3, pp. 23–46. doi: 10.17759/psycljn. 2017060302 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

На сегодняшний день постоянно увеличивается число лиц с различными заболеваниями голосового аппарата. Среди возрастных и профессиональных групп населения растет процент больных, обращающихся за медицинской помощью в фониатрические кабинеты. Если в 90-е годы число болезней, связанных с нарушением голоса, составляло 30-40%, то в настоящее время оно выросло до 55-60% [8; 11; 27]. Среди основных факторов развития болезни ученые называют: ухудшение экологической обстановки, возрастающее стрессовое воздействие на человека и психоэмоциональное напряжение в совокупности с общими астенизацией и невротизацией населения [12; 17; 19; 31; 32; 39]. При этом частота голосовой патологии, по данным различных авторов, у детей варьирует от 6 до 34% [6; 28; 35], а у взрослых – от 15 до 44% [1; 8; 9; 30; 36]. В связи с этим особое значение в лечении и реабилитации пациентов с нарушением голоса имеет улучшение эффективности оказываемой помощи с применением новейших компьютерных психотерапевтических технологий. Одной из таких технологий является релаксационное биоуправление, которое основано на методах саморегуляции [3; 4; 5; 13]. Релаксационное биоуправление представляет собой новейшую компьютерную лечебно-оздоровительную технологию, которая базируется на принципах биологической обратной связи [3; 4]. Система биорелаксации широко применяется в восстановительной медицине для лечения пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями. Как указывает в своей работе М.Б. Штарк и соавторы, умение противостоять стрессу в случае психосоматической патологии можно считать ключевым условием как физического, так и психического здоровья [15]. Это умение оказывает влияние и на общий уровень качества жизни человека, и на его способность эффективно функционировать в профессиональном плане,

продуктивно разрешать конфликтные ситуации, избегать психосоматизации [3; 4; 5; 13; 22; 34; 37; 38]. М. Шварц (M.S. Schwartz) обращает внимание на то, что с помощью технологии биоуправления пациент начинает понимать и ощущать связь между физиологическими реакциями и его эмоциями, представлениями, мыслями; он обучается чувствовать свое тело, обретает способность к тонкой дифференцировке соматических ощущений и эмоциональных реакций [40].

В фониатрической практике методы биологической обратной связи начали широко применять еще в конце 80-х – начале 90-х годов. Об эффективности метода биологической обратной связи в профилактике возникновения нарушений голосового аппарата и реабилитации данной группы пациентов писали такие выдающиеся деятели здравоохранения, как Г.Ф. Иванченко (1991), Ю.Е. Степанова (2004), Ю.С. Василенко (2003) и др. Также о положительном влиянии БОС-метода в комплексной реабилитации заболеваний голосового аппарата говорили представители психолого-педагогической практики: Е.В. Лаврова (1995), О.Н. Вовк (2005), М.Н. Теречева (2014), О.С. Орлова (1998) и др. Так, О.С. Орлова, например, отмечает, что современный подход к реабилитации голосовой функции у лиц разных возрастных категорий требует комплексного медико-психолого-педагогического воздействия, которое реализуется в том числе и с помощью применения системы адаптивного биоуправления [25]. Причем, как пишет автор, применение в фониатрической практике биологической обратной связи значительно повышает эффективность коррекционно-педагогического воздействия на голос. Э.М. Сохадзе и соавторы в своей работе указывают, что длительное неблагоприятное социально-психологическое воздействие заметно уменьшает эффективность функционирования голосового аппарата, снижает уровень профессиональной деятельности, меняет субъективную оценку качества жизни пациентом [34]. Ввиду этого вовремя проведенные коррекционные мероприятия с применением системы биоуправления позволяют не только сохранить голос, но и удержать психическое равновесие.

Биоуправление работает по принципу единства, в основе которого заложена идея целостного функционирования как голосоречевого аппарата, так и центральной нервной системы человека в целом [3; 4; 5; 15; 21; 26; 35]. Реабилитация пациентов с нарушением голоса с использованием биорелаксации базируется на общих принципах биоуправления, в основе которых лежит обучение пациентов навыкам самоконтроля, где биологическая обратная связь делает доступным процесс обучения психофизиологическому контролю, а применяемый прибор представляет пациенту информацию о его физиологических параметрах, которая в обычных условиях сознательно не воспринимается. Наблюдая за изменениями этих параметров, пользуясь различными психологическими установками, а также следуя инструкциям специалиста, пациент учится самопроизвольно регулировать их, достигая при этом состояния наибольшего комфорта и расслабления [3; 5; 13; 29; 37; 38]. Добившись результата, пациент закрепляет изменения психовегетативного статуса и голоса дальнейшими тренировками. С помощью данной технологии пациент начинает осознавать, а самое

главное – ощущать связь между физиологическими реакциями, соматическим и психоэмоциональным состояниями. Человек постепенно осознает механизм взаимодействия между его реакциями и мысленными установками, научается чувствовать свое тело, приобретает навык глубокой дифференциации соматических проявлений и эмоционально-поведенческих реакций [40].

Стоит отметить, что как таковая методика биорелаксационного управления заключается в визуальном экранном представлении, которое управляется физиологическими функциями пациента. Достижение положительного результата осуществляется за счет выявления и закрепления эффективных стратегий поведения, контроля и саморегуляции психовегетативного статуса. Программа разработана ГУ НИИ Молекулярной биологии СО РАМН (Штарк М.Б., Джафарова О.А., 2002) и широко применяется в медицине, коррекционной педагогике и даже спорте.

Цель исследования: изучение эффективности многократного применения релаксационного биоуправления в лечении и реабилитации пациентов с заболеваниями голосового аппарата.

Задачи исследования:

1. оценить динамику изменений психофизиологических параметров у пациентов с нарушением голоса;
2. проанализировать данные первичного (до курса биорелаксации) и повторного (после курса биорелаксации) клинико-психологического тестирования;
3. выяснить субъективную оценку качества голоса пациентов после курса.

Новизна работы заключается в технологии исследования, ядром которой является релаксационное биоуправление на основе метода биологической обратной связи, позволившей расширить представления о компьютерных методиках лечебно-коррекционной работы с пациентами, имеющими патологию голосового аппарата, и их эффективности.

Эмпирическая база исследования

Исследование проводилось на базе ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России». За 2016 год курс релаксационного биоуправления в отделении фониатрии ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» прошли 85 пациентов (74 взрослых и 11 детей) с нарушением голоса в возрасте от 10 до 56 лет (46 мужчин и 39 женщин). Преобладали лица молодого и трудоспособного возраста (29±1,7 года). В структуре гортанной патологии преобладала гипотонусная дисфония – 39 пациентов (46%); узелки голосовых складок – 25 случаев (29%); парезы и параличи гортани – 12 обратившихся (14%), из них – 9 парезов (10,6%) и 3 паралича (3,4%); спастическая дисфония – 5 пациентов (7%); афония – 3 пациента (4%).

Дизайн исследования

В дизайн исследования «ДО» и «ПОСЛЕ» курса биорелаксации входило патопсихологическое тестирование (компьютерный вариант АПК «Нейрософт»), целью которого было выявление изменений психоэмоционального статуса пациентов.

В исследовании применялись *методики*:

1. «Самооценка тревожности» Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина;
2. «Тест на истощение жизненных сил и депрессию» А.А. Аппелса;
3. «Шкала психосоциального стресса» Л. Ридера;
4. опросник «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика, Г. Келлермана и Х. Конте.

При проведении курса биоуправления были использованы релаксационные сессии «Цветы» и «Автомастер», входящие в программно-аппаратную серию «БОСЛАБ-РЕЛАКС» программно-аппаратного комплекса «БОСЛАБ». Курс состоял в среднем из 10 сеансов, в каждом из которых было по 2 сессии, продолжительностью от 10 до 20 минут.

Оценка параметров

В ходе сессий оценивали динамику изменений температуры пальцев и электромиографического сигнала посредством графических представлений (рис. 1). В каждом сеансе тренинга определялась степень его эффективности.

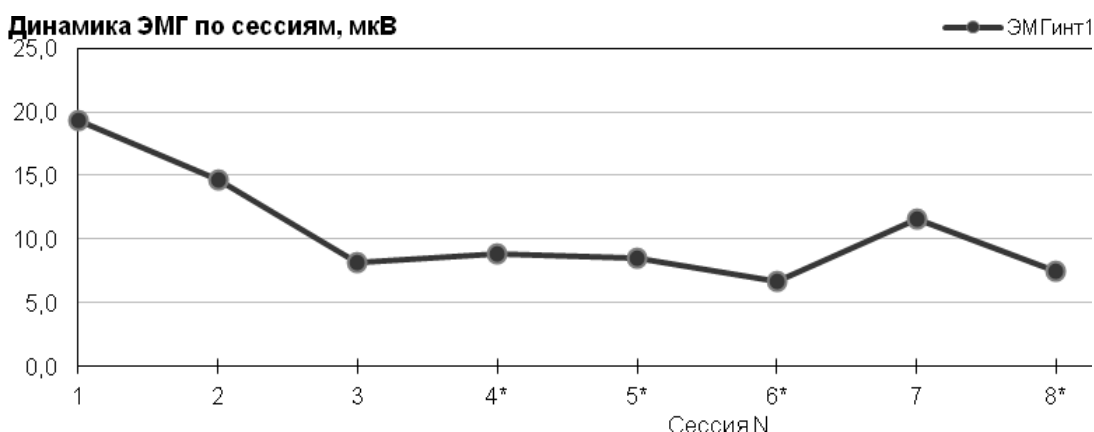


Рис. 1. Динамика изменений электромиографического сигнала в курсе тренинга у пациента N

Поскольку основной задачей для пациента было снижение уровня мышечного напряжения, наиболее эффективным считался тот сеанс, где регистрировалось понижение мышечного тонуса в среднем не менее чем на 2 мкВ.

Для статистического анализа применялись: критерий углового преобразования Фишера, однофакторный и многофакторный дисперсионный анализ, а также непараметрический критерий Вилкоксона, поскольку распределение в вариационных рядах было далеко от нормального.

Работа на аппарате представляла собой комплекс процедур, во время проведения которых с помощью электромиографического (ЭМГ) и температурного (Т°) датчиков передавалась информация о состоянии уровней мышечного напряжения и кожной температуры пациента на экран монитора (рис. 2).

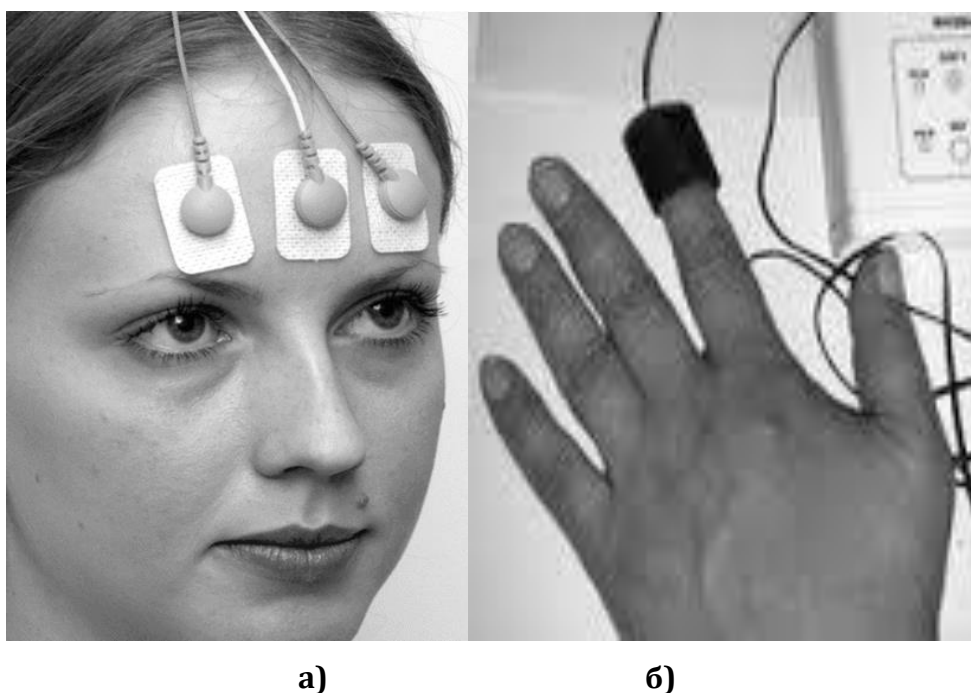


Рис. 2. Датчики: электромиографический (а) и температурный (б)

Температура пациентов измерялась на дистальной фаланге пальца руки и отражала состояние периферических сосудов. Понижение периферической температуры указывало на спазм сосудов, что могло быть проявлением хронического стресса. Если регистрировались высокие показатели температуры пальцев, то это свидетельствовало о преодолении пациентом стрессовой нагрузки.

Для достижения максимальной эффективности курса релаксационного биоуправления, пациент должен был научиться расслаблять мышцы шеи, плечевого пояса, круговую мышцу рта, мимические мышцы лица и уметь на практике использовать новые поведенческие стратегии. Лишь в этом случае пациент мог улучшить свои физиологические показатели по сравнению с исходными данными.

После завершения курса биоуправления оценивались уровни мышечного напряжения и кожной температуры. Динамику считали положительной в случае,

если мышечное напряжение уменьшалось от первой сессии к последующей и одновременно вырастала периферическая температура тела.

Результаты исследования и их обсуждение

Объективно уровень напряжения мимической мускулатуры снижался от первой к десятой сессии от изначально высоких значений (15-25 мкВ) для каждого пациента до 4-5 мкВ. Опираясь на изменение графических данных от сеанса к сеансу, положительную динамику можно было наблюдать в первые 5-10 минут каждой сессии. Следует отметить, что навыки саморегуляции в целом у пациентов оставались неустойчивыми на протяжении 2-3 сессий, контролировать мышечное расслабление некоторое время они не могли, так как к концу каждой сессии наблюдалось лишь небольшое нарастание значений электромиографии. Но уже начиная с 4-й сессии, согласно результатам проведенного однофакторного дисперсионного анализа (табл. 1), пациенты демонстрировали положительную динамику в отношении уровня мышечного напряжения и навыков самоконтроля.

Таблица 1

Результаты однофакторного анализа динамики электромиографии группы пациентов

Переменная	Электромиография (ЭМГ)
Сеанс 1	0,40
Сеанс 2	0,37
Сеанс 3	0,58
Сеанс 4	0,74
Сеанс 5	0,78
Сеанс 6	0,71
Сеанс 7	0,76
Сеанс 8	0,75

Примечания: полужирным начертанием выделены показатели, значимо отличающиеся от показателей 1 сеанса, $p \leq 0,01$.

Что касается температурных показателей, то руки у ряда пациентов ($n=11$) были изначально достаточно теплыми (около 91,7-93,3 F), и повышать температуру кончиков пальцев в такой ситуации было очень трудно. Тем не менее пациенты успешно справлялись с поставленной задачей.

Данные, полученные в ходе однофакторного анализа динамики кожной температуры от сессии к сессии (табл. 2), также свидетельствует о совершенствовании навыков саморегуляции.

Таблица 2

Результаты однофакторного анализа динамики кожной температуры группы пациентов

Переменная	Температура
Сеанс 1	0,59
Сеанс 2	0,50
Сеанс 3	0,78
Сеанс 4	0,79
Сеанс 5	0,80
Сеанс 6	0,76
Сеанс 7	0,97
Сеанс 8	0,91

Примечания: полужирным начертанием выделены показатели, значимо отличающиеся от показателей 1 сеанса, $p \leq 0,01$.

Важно сказать и об объективных изменениях в структуре эмоционально-личностной сферы пациентов, начиная со 2-4 сеанса курса биорелаксации (табл. 3).

Таблица 3

Результаты однофакторного анализа группы пациентов по данным патопсихологического тестирования

Переменная	Сеанс 1	Сеанс 2	Сеанс 3	Сеанс 4	Сеанс 5	Сеанс 6	Сеанс 7	Сеанс 8
ЛТ	0,51	0,78	0,74	0,89	0,93	0,73	0,88	0,79
СТ	0,45	0,74	0,85	0,71	0,72	0,89	0,83	0,71
ИЖС	0,60	0,43	0,41	0,32	0,76	0,76	0,85	0,71
ПСС	0,63	0,67	0,41	0,74	0,86	0,74	0,71	0,82

Примечания: ЛТ – личностная тревожность; СТ – ситуативная тревожность; ИЖС – истощение жизненных сил; ПСС – психосоциальный стресс; полужирным начертанием выделены показатели, значимо отличающиеся от показателей 1 сеанса, $p \leq 0,01$.

К концу курса обучения навыкам саморегуляции в группе пациентов статистически значимо снизились уровни ситуативной и личностной тревожности (табл. 4).

Таблица 4

Динамика уровня тревожности «ДО» и «ПОСЛЕ» курса биорелаксации (средние значения баллов по тесту Спилбергера–Ханина)

	Основная группа (N=85)	
	До лечения	После лечения
Тревожность ситуативная*	43	36
Тревожность личностная**	47	41

Примечания: * – различия значимы при $p \leq 0,05$; ** – различия значимы при $p \leq 0,01$.

На наш взгляд, это произошло потому, что, применяя инструмент обратной связи (релаксационный тренажер), пациенты не тратили время и усилия на идентификацию внутренних физиологических состояний. Положительная динамика уровня тревожности в результате курса биоуправления свидетельствует о способности пациентов к психической релаксации. Освоение техник саморегуляции при этом происходит осознанно, в русле рационально-эмоциональной психотерапии.

Поскольку известна прямая зависимость между вегетативными нарушениями и тревожными состояниями, можно предположить, что, тренируя осознанный контроль над своими мыслями и эмоциями (а именно этим занимается пациент, концентрируясь на ощущении расслабленности мышц), пациенты гармонизируют состояние вегетативной нервной системы, о чем могут свидетельствовать изменение уровня тревожности, улучшение общего самочувствия, повышение жизненного тонуса, отмечаемые пациентами к концу тренинга.

При этом изменение показателей личностной и ситуативной тревожности при каждой патологии голоса является стабильным (рис. 3).

Результаты анализа динамики говорят о том, что в каждой нозологической группе имеет место достоверное снижение уровня тревожности ($T=3,725$; $n=85$; $p \leq 0,01$), причем существенной разницы между нозологиями по этому показателю нет ($\varphi^*=-0,987$; $n=85$; $p > 0,05$). Пациенты с одинаковой успешностью обучаются мышечной и психической типам релаксации.

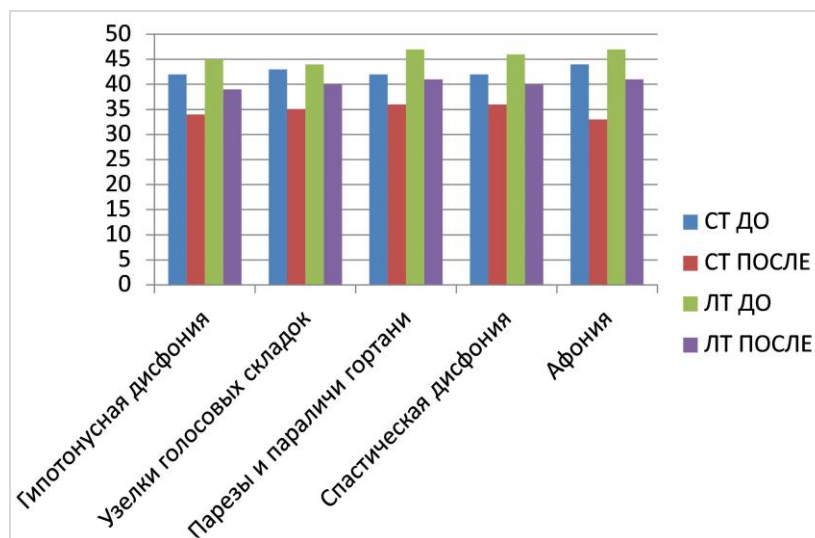


Рис. 3. Уровни тревожности по нозологиям «ДО» и «ПОСЛЕ» курса биорелаксации (средние значения баллов по тесту Спилбергера–Ханина).

Примечания: СТ – ситуативная тревожность; ЛТ – личностная тревожность, $p \leq 0,01$.

Результаты анализа динамики говорят о том, что в каждой нозологической группе имеет место достоверное снижение уровня тревожности ($T=3,725$; $n=85$; $p \leq 0,01$), причем существенной разницы между нозологиями по этому показателю нет ($\varphi^*=-0,987$; $n=85$; $p > 0,05$). Пациенты с одинаковой успешностью обучаются мышечной и психической типам релаксации.

Также можно отметить изменение показателей по уровню психосоциального стресса и жизненных сил (табл. 5).

Таблица 5

Динамика уровня психосоциального стресса и истощения жизненных сил «ДО» и «ПОСЛЕ» курса биорелаксации (средние значения баллов по тестам А. Ридера и А. Аппелса)

	Основная группа (N=85)	
	До лечения	После лечения
Психосоциальный стресс*	2,0	0,8
Истощение жизненных сил*	6,0	2,0

Примечания: * – различия значимы при $p \leq 0,01$.

Как видно из табл. 5, у пациентов значимо различались показатели уровня психосоциального стресса и уровня истощения жизненных сил до и после курса

биорелаксации. Это может быть связано с тем, что в личностном плане у пациентов на фоне проводимой релаксационной терапии формировалась способность противостоять стрессу, которая является главным условием сохранения психического и соматического здоровья.

Умение управлять стрессом позволяет повысить эффективность жизнедеятельности (в связи с чем меняется показатель жизненных сил), а также способствует снижению количества конфликтных ситуаций в повседневных делах, оперативному принятию правильных решений в условиях жесткого ограничения по времени и расширению набора эффективных поведенческих стратегий в стрессовых ситуациях на основе процесса рационализации (рис. 4).

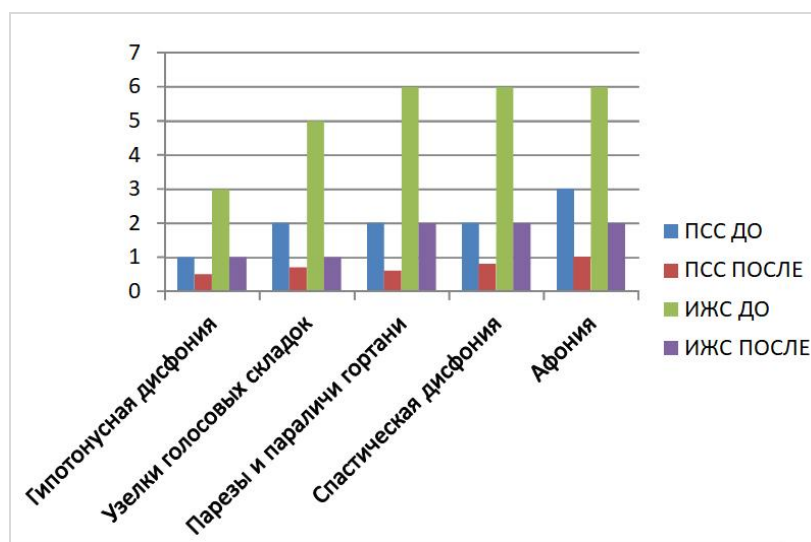


Рис. 4. Уровни психосоциального стресса и истощения жизненных сил по нозологиям «ДО» и «ПОСЛЕ» курса биорелаксации (средние значения баллов по тестам А. Ридера и А. Аппелса)

Примечания: ПСС – психосоциальный стресс; ИЖС – истощение жизненных сил, $p \leq 0,05$.

Можно видеть, что наиболее высокий уровень психосоциального стресса, а также истощения жизненных сил до проведения курса релаксации демонстрировали пациенты с афонией. Практически на одном и том же уровне эти показатели были выявлены у пациентов с узелками голосовых складок, с парезами и параличами гортани, а также со спастической дисфонией. При гипотонусной дисфонии был получен наименьший уровень психосоциального стресса и истощения жизненных сил, что может быть связано с тем, что данная патология в наименьшей степени оказывает влияние на коммуникативную и профессиональную деятельность пациентов [2; 25; 27; 31; 32]. Анализ динамики показателей к концу тренинга биоуправления позволяет говорить о том, что наилучший результат удалось получить у пациентов с гипотонусной дисфонией, парезами и параличами гортани. А вот пациенты с узелками голосовых складок, спастической дисфонией и афонией демонстрировали более высокие показатели по завершению курса. Это может быть связано и с типом реагирования пациентов на болезнь, и с представлением

внутренней картины болезни, и с общей продолжительностью лечебно-реабилитационных мероприятий при каждой патологии, и со степенью нарушения коммуникативной функции, равно как со степенью ограничения профессиональной деятельности, и с трудностями в бытовой сфере, что в совокупности оказывает влияние на качество жизни пациентов той или иной нозологической группы. Это определяет как и в какой степени пациент будет развивать стрессоустойчивость и повышать уровень своей жизнестойкости, поскольку эти два параметра являются интегральными компонентами качества жизни. В целом же стоит сказать о том, что изменение показателей психосоциального стресса и истощения жизненных сил к концу тренинга релаксационного биоуправления в каждой нозологической группе является достоверным ($T=0,893$; $n=85$; $p\leq 0,01$). Курс релаксационного биоуправления способствовал и изменению показателей ряда психологических защит (табл. 6).

Таблица 6

Изменение психологических защит (Индекс жизненного стиля) в основной группе «ДО» и «ПОСЛЕ» курса биоуправления

Название шкалы	Средние значения (N=85)		Уровень значимости (критерий Вилкоксона)
	ДО	ПОСЛЕ	
Отрицание	61,43	47,01	0,001
Подавление	45,65	36,13	0,007
Регрессия	27,11	27,41	0,438
Компенсация	43,31	51,02	0,861
Проекция	58,39	38,62	0,000
Замещение	48,61	25,15	0,000
Рационализация	62,80	43,17	0,585

Согласно представленным в таблице данным, результатом тренинга релаксационного биоуправления является снижение уровня таких психологических защит, как отрицание, подавление, проекция, замещение, которые являются неадаптивными и не способствуют эффективным стратегиям поведения в ситуации стресса.

В то же время отсутствие значимых изменений таких психологических защит, как регрессия, компенсация и рационализация, подтверждает данные, полученные в ходе других исследований: взаимосвязь между указанными типами психологических защит и психосоциальным стрессом не установлена [7; 14; 16; 24; 29; 33; 38].

Нами также был проведен корреляционный анализ между психофизиологическими показателями (табл. 7).

Таблица 7

Корреляции между психофизиологическими и личностными показателями

Переменная	n=85			
	ЛТ	СТ	ПСС	ИЖС
ЭМГ	0,29*	0,45**	0,32*	0,31*
Т ^о	0,31*	0,40**	0,37*	0,24*

Примечания: ЭМГ – электромиография; Т^о – кожная температура; ЛТ – личностная тревожность; СТ – ситуативная тревожность; ИЖС – истощение жизненных сил; ПСС – психосоциальный стресс. Коэффициенты корреляции статистически значимы при * – $p \leq 0,05$ и ** – $p \leq 0,01$.

Как можно видеть, по всем параметрам были получены корреляции с положительным знаком. Получение корреляции с положительным знаком говорит о том, что при понижении уровня мышечного напряжения и повышении температуры снижаются уровни личностной и ситуативной тревожности, уровень психосоциального стресса, а также уровень таких психологических защит, как отрицание, подавление, проекция, замещение, которые являются неадаптивными.

По результатам проведенных тренингов, у 100% пациентов (n=85) был достигнут высокий уровень релаксационного самоконтроля. Это наглядно демонстрируют данные факторного анализа, представленные в табл. 8.

Таблица 8

Результаты многофакторного анализа динамики психофизиологических показателей общей выборки пациентов

Переменная	Факторные нагрузки (метод главных компонент, без вращения)	
	Сеанс	Курс
ЭМГ	0,65	0,86
Т ^о	0,71	0,89
ЛТ	0,74	0,88
СТ	0,63	0,84
ПСС	0,70	0,90
ИЖС	0,70	0,86
Общая дисперсия	2,89	2,35
Доля общей дисперсии	0,48	0,39

Примечания: ЭМГ – электромиография; Т^о – кожная температура; ЛТ – личностная тревожность; СТ – ситуативная тревожность; ИЖС – истощение жизненных сил; ПСС – психосоциальный стресс.

По матрице факторных нагрузок признаков первый и второй факторы (длительность сессии и общая продолжительность сеанса) были определены как факторы клинической эффективности курса релаксационного биоуправления, которые во всех случаях определялись уровнем отношения мышечного напряжения к показателям кожной температуры, степенью снижения личностной и ситуативной тревожности, изменением по показателю психосоциального стресса, а также снижением ряда психологических защит после проведенного курса ($\theta_{до}$ - $\theta_{после}$).

В целом можно говорить о значительном уменьшении нервно-психического напряжения у пациентов с голосовой патологией, об улучшении настроения, повышении стрессоустойчивости и активности психической деятельности, нормализации мышечного тонуса (табл. 9), что оказало значительное влияние на субъективную оценку качества голоса, а также способствовало выработке стратегий конструктивного поведения в ситуации стресса.

Таблица 9

Анализ меры величины эффекта между различными параметрами

Параметры	Отношение шансов	95% доверительный интервал	Уровень значимости
ЭМГ	3,7	1,5–9,4	0,035
T°	4,5	2,5–11,1	0,001
ЛТ	3,9	1,8–6,9	0,030
СТ	3,8	1,7–4,8	0,030
ПСС	4,1	1,1–9,2	0,025
ИЖС	4,3	1,6–4,9	0,010

Примечания: ЭМГ – электромиография; T° – кожная температура; ЛТ – личностная тревожность; СТ – ситуативная тревожность; ИЖС – истощение жизненных сил; ПСС – психосоциальный стресс.

Все пациенты, как они сами отмечали, с большим удовольствием занимались на релаксационном тренажере, особенно дети, поскольку их очень сильно привлекали игровые сюжеты и необычность занятия. Нами было отмечено, что сократился подготовительный этап фонокоррекционной работы по постановке правильного речевого дыхания, улучшилось качество голосовых модуляций. Все пациенты чувствовали большую уверенность в себе и в восстановлении голоса.

Выводы

Таким образом, основываясь на полученных результатах исследования, мы можем сделать следующие выводы:

1. релаксационное биоуправление способствовало снижению уровня мышечного напряжения и повышению уровня кожной температуры, поскольку вегетативная реакция пациентов в начале и в конце тренинга достоверно отличалась, а вегетативный баланс к концу курса был смещен в сторону парасимпатических реакций;

2. курс сеансов релаксационного биоуправления способствовал снижению уровней тревожности и психосоциального стресса, а также повышению уровня жизненных сил;

3. благодаря курсу биорелаксации изменился уровень показателей ряда психологических защит;

4. в результате корреляционного анализа выяснилось, что при понижении уровня мышечного напряжения и повышении температуры (конгруэнтная реакция) снижаются уровни личностной и ситуативной тревожности, психосоциального стресса, а также уровень таких психологических защит, как отрицание, подавление, проекция и замещение;

5. в результате анализа меры величины эффекта между различными параметрами фактор электромиографии и кожно-гальванической реакции были определены как факторы клинической эффективности курса релаксационного биоуправления.

Заключение

В результате исследования мы пришли к поставленной цели: была изучена эффективность многократного применения релаксационного биоуправления в лечении и реабилитации пациентов с заболеванием голосового аппарата.

Выяснилось, что использование технологии биорелаксации позволяет повысить уровень стрессоустойчивости и способствует выработке стратегий конструктивного поведения в ситуации стресса. Релаксационное биоуправление формирует способность противостоять излишней возбудимости и повышенной эмоциональности, что является основным условием сохранения психического и физического здоровья. Многократное пребывание в состоянии релаксации и расслабления снижает уровень мышечного и эмоционального напряжения пациентов, позже этот рефлекс саморегуляции закрепляется в реальной жизни и в сфере голосообразования.

Вырабатываемое умение управлять своими психофизиологическими параметрами позволяет повысить эффективность профессиональной деятельности,

способствует расширению набора эффективных стратегий поведения в стрессовых ситуациях.

Технология релаксационного биоуправления позволяет расширить арсенал лечебно-профилактических и коррекционных мероприятий при патологии гортани. Использование метода БОС в фониатрической практике способно улучшить общее звучание голоса и показатели нарушенных голосовых функций, значительно устранить речевую и голосовую неуверенность, говорить легко, без усилия, поскольку пациент обучен расслаблению мышц лица, шеи и плечевого пояса. Применение программного обеспечения «БОСЛАБ» в дополнение к традиционным методам фониатрии и фонопедии сокращает сроки выздоровления и способствует успешной реабилитации пациентов с нарушениями голоса. Положительные результаты работы подтверждают продуктивность применения метода биологической обратной связи в работе с пациентами, имеющими нарушения голоса.

Литература

1. Алиматов Х.А. Неврологические и морфофункциональные аспекты дискенизий гортани: Автореф. дис. д-ра. мед. наук. Казань, 1995, 42 с.
2. Барabanov P.E. Тревожность у лиц с гипотонусным нарушением голоса // Вестник современной науки. 2015. Т. 7. № 2. С. 79–82.
3. Барabanov P.E. Использование программно-аппаратного комплекса «БОСЛАБ» в реабилитации лиц с гипотонусной дисфонией // Pedagogy & Psychology. Theory and practice. 2015. Т. 2. № 2. С. 21–25.
4. Барabanov P.E. Релаксационное биоуправление при лечении узелков голосовых складок // Материалы I всероссийской с международным участием научно-практической конференции «Современные проблемы психологии и образования в контексте работы с различными категориями детей и молодежи (г. Москва, 18 февраля 2016 г.). М., 2016. С. 311–314.
5. Барabanov P.E. Игровое биоуправление как метод психологической коррекции в комплексной реабилитации заболеваний голосового аппарата // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2016. № 1. С. 120–133.
6. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. М.: Сфера, 1999. 328 с.
7. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни: методическое пособие. СПб.: Медиа Сфера, 2005. 258 с.
8. Василенко Ю.С. Голос. Фониатрические аспекты. М., 2002. 144 с.

Барабанов Р.Е., Фанталова Е.Б. Применение релаксационного биоуправления в лечении и реабилитации пациентов с заболеванием голосового аппарата
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 3. С. 23–46.

Barabanov R.E., Fantalova E.B. Relaxing biofeedback as a psychological correction technique in the treatment and rehabilitation of the vocal apparatus diseases
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 3, pp. 23–46.

9. Василенко Ю.С. Дисфонии и их устранение // Проблемы реабилитации в оториноларингологии: III Всероссийская конф. с междунар. участием и семинар «Актуальные вопросы фониатрии». Самара, 2003. С. 414–416.
10. Вовк О.Н. Адаптивная саморегуляция речевого дыхания по показателю респираторной синусовой аритмии: автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 2005. 24 с.
11. Габдуллин Н.Т. Некоторые подходы к проблемам этиологии, патогенеза заболеваний гортани // Вопросы практической фониатрии: Материалы междунар. симпозиума. М., 1997. С. 49–51.
12. Гончарук Л.Е. Клиника и лечение стойких функциональных нарушений голоса: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1985. 22 с.
13. Джафарова О.А., Донская О.Г., Зубков А.А. Игровое компьютерное биоуправление (развитие и современность) // Медицинская техника. 2007. Вып. 4. С. 41–46.
14. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания. М.: Эксмо, 2003. 592 с.
15. Иванченко Г.Ф. Применение биологической обратной связи в фониатрической практике // Вестник оториноларингологии. 1991. №3. С. 38–41.
16. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб.: Питер, 2001. 752 с.
17. Киндурис В.Ю., Гоштаутас А.А., Улоза В.Д. Исследование психологических особенностей больных с функциональными нарушениями голоса // Журнал ушных, носовых, горловых болезней. 1980. № 4. С. 48–52.
18. Куликов Л.В. Психология настроения. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1997. 430 с.
19. Куршев В.А. Заикание. М.: Медицина, 1973. 160 с.
20. Лаврова Е.В. Логопедия. Основы фонопедии. М.: Академия, 2007. 144 с.
21. Лаврова Е.В., Таптанова С.Л., Ермакова И.И. Значение БОС-метода в реабилитации больных с функциональными нарушениями голоса // Вестник оториноларингологии. 1995. № 4. С. 55–59.
22. Мажирина К.Г., Первушина О.Н., Джафарова О.А. Индивидуальные механизмы саморегуляции: их мобилизация и прогнозирование в условиях, характеризующихся высокой степенью неопределенности // Вестник Томского государственного университета. 2008. № 310. С. 169–173.
23. Мажирина К.Г., Первушина О.Н., Джафарова О.А. Исследование взаимосвязи личностных особенностей человека и выбора стратегии поведения в ситуации неопределенности // Вестник НГУ. Серия: «Психология». 2007. Т. 1. № 2. С. 48–53.
24. Налчаджян А.А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии. М.: Эксмо, 2010. 368 с.

Барабанов Р.Е., Фанталова Е.Б. Применение релаксационного биоуправления в лечении и реабилитации пациентов с заболеванием голосового аппарата
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 3. С. 23–46.

Barabanov R.E., Fantalova E.B. Relaxing biofeedback as a psychological correction technique in the treatment and rehabilitation of the vocal apparatus diseases
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 3, pp. 23–46.

25. Орлова О.С. Система логопедической работы по коррекции и предупреждению нарушений голоса у педагогов: Автореф. дис. д-ра пед. наук. Москва, 1998. 250 с.

26. Орлова О.С. Биологическая обратная связь в комплексном лечении профессиональных нарушений голоса // XVII Конгресс Союза Европейских Фониаторов: тезисы докладов. М.: УЕР, 1991. С. 73–74.

27. Плешков И.В., Аникеева З.И. Заболевания голосового аппарата у вокалистов и представителей речевых профессий: Диагностика, лечение, реабилитация. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. 166 с.

28. Радциг Е.Ю., Богомильский М.Р. Возможности терапии нарушений голоса у детей // Вестник оториноларингологии. 2007. №5. С. 35–37.

29. Редько Н.Г., Джафарова О.А., Бахтина И.А. Эффективность игрового биоуправления при лечении и реабилитации психосоматических заболеваний // Вестник НГУ. Серия: Биология, клиническая медицина. 2007. Т. 5. № 2. С. 33–36.

30. Рудин Л.Б. Значение семейного анамнеза для фониатрической диагностики голоса // Коммуникативные нарушения голоса, слуха и речи: материалы науч.-практ. конф. М., 2003. С. 185–186.

31. Рябченко А.Т. К вопросу о лечении больных с функциональными нарушениями голоса: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1957. 12 с.

32. Самолубовер Э.Г. Психоневрологические особенности функциональных нарушений голоса // Вопросы практической фониатрии: материалы междунар. симпозиума. М.: НИИ уха, горла и носа, 1997. С. 133–134.

33. Сельченко К.В. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья: хрестоматия. Мн.: Харвест, 2003. 640 с.

34. Сохадзе Э.М., Штарк М.Б. Биологическая (биотехническая) обратная связь biofeedback-мониторинг и произвольный контроль физических параметров физиологических систем с мини-ЭВМ: Препринт №239. Новосибирск: НИИ МБ СО РАМН, 1984. 44 с.

35. Степанова Ю.Е., Степанова Г.М. Биологическая обратная связь в реабилитации пациентов с нарушениями голосовой функции: пособие для врачей. СПб.: изд-во ГМА им. И.И. Мечникова, 2004. 28с.

36. Чирешкин Д.Г. Хроническая обструкция гортанной части глотки, гортани и трахеи у детей. Этиология, клиника и методы устранения. М.: Рапид-Принт, 1994. 144 с.

37. Штарк М.Б., Джафарова О.А. Компьютерные системы биоуправления: тенденции развития // Медицинская техника. М.: Медицина, 2002. С. 34–35.

Барabanов Р.Е., Фанталова Е.Б. Применение релаксационного биоуправления в лечении и реабилитации пациентов с заболеванием голосового аппарата
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 3. С. 23–46.

Barabanov R.E., Fantalova E.B. Relaxing biofeedback as a psychological correction technique in the treatment and rehabilitation of the vocal apparatus diseases
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 3, pp. 23–46.

38. Щепланов В.Ю., Бобров А.Ф., Джафарова О.А., Надоров С.А. Связь индивидуальных механизмов саморегуляции со свойством стрессоустойчивости // Бюллетень сибирской медицины. 2010. Т. 9. № 2. С. 134–139.

39. *Andersson K., Schalen L. Etiology and treatment of psychogenic voice disorder: results of a follow-up study of thirty patients // Journal of Voice. 1998. Vol. 12. № 1. Pp. 96–106.*

40. *Schwartz M.S. Biofeedback: A practitioner's guide. 2nd ed. NY: Guilford Press, 1995. 522 p.*

Relaxing Biofeedback as a Psychological Correction Technique in the Treatment and Rehabilitation of the Vocal Apparatus Diseases

Barabanov R.E.

clinical psychologist, researcher, Research and Clinical Center of Otorhinolaryngology of the Federal Medical-Biological Agency of Russia; Lecturer, Faculty of additional professional education of the Moscow Psychological and Social University, Moscow, Russia, pacmich@rambler.ru

Fantalova E.B.

PhD (Psychology), Professor, Chair of Neuro- and Pathopsychology, Department of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, elenafantal@yandex.ru

The article deals with the psychological treatment of patients with voice disorders using the latest computer technology psychotherapy. The paper describes a method of psychological treatment based on biofeedback relaxation. The data on the dynamics of changes in physiological parameters, psycho-emotional background, as well as the state of the voice functions, taking into account the treatment. It describes the techniques and methods of work on the unit. On the basis of the data evaluated the effectiveness of this method in rehabilitation of voice function in patients with voice disorders. Substantiates the proposition that biofeedback relaxation is highly effective and non-invasive method of treatment and health effects in the treatment and rehabilitation of diseases of the vocal apparatus, helping to reduce the level of anxiety, psychosocial stress, as well as increase the level of vitality. Using biorelaxation technology can increase stress levels and ensures the production of constructive behavior strategies in stress situations. Relaxing biofeedback helps to reduce muscle tension and raising the level of skin temperature as autonomic response of the patients at the beginning and end of the training differed significantly, and the vegetative balance towards the end of the course was shifted toward parasympathetic reactions.

Keywords: voice; voice disorders; dysphonia; emotionally-personal sphere; psycho-emotional background; biofeedback; psychological correction; self-regulation; BOSLAB; relaxation therapy.

References

1. Alimetov Kh.A. Nevrologicheskie i morfofunktsional'nye aspekty diskinezii gortani: Avtoref. dis. d-ra. med. nauk [Neurological and morphofunctional aspects of dyskinesia of the larynx: Dr. Sci. (Medical) thesis]. Kazan', 1995, 42 p.
2. Barabanov R.E. Trevozhnost' u lits s gipotonusnym narusheniem golosa [Anxiety at patients with voice disorders hypotonic]. *Vestnik sovremennoi nauki [Bulletin of modern science]*, 2015, vol. 7, no. 2, pp. 79–82.
3. Barabanov R.E. Ispol'zovanie programmno-apparatnogo kompleksa «BOSLAB» v reabilitatsii lits s gipotonusnoi disfoniei [Use of the BOSLAB software and hardware complex in the rehabilitation of persons with hypotonic dysphonia]. *Pedagogy & Psychology. Theory and practice*, 2015, vol. 2, no. 2, pp. 21–25.
4. Barabanov R.E. Relaksatsionnoe bioupravlenie pri lechenii uzeldkov golosovykh skladok [Relaxation biocontrol in the treatment of vocal fold nodules]. In *Sovremennyye problemy psikhologii i obrazovaniya v kontekste raboty s razlichnymi kategoriyami detei i molodezhi materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii [Materials of the All-Russian International Scientific and Practical Conference «Contemporary Problems of Psychology and Education in the Context of Working with Various Categories of Children and Youth» (Moscow, February 18, 2016)]*. Moscow: publ. of MFLU, 2016, pp. 311–314.
5. Barabanov R.E. Igrovoe bioupravlenie kak metod psikhologicheskoi korrektsii v kompleksnoi reabilitatsii zabolevaniy golosovogo apparata [Game biocontrol as a method of psychological correction in complex rehabilitation of diseases of the vocal apparatus]. *Vestnik po pedagogike i psikhologii Yuzhnoi Sibiri [Bulletin on pedagogy and psychology of Southern Siberia]*, 2016, no. 1, pp. 120–133.
6. Bogomil'skii M.R., Chistyakova V.R. Detskaya otorinolaringologiya [Children's otorhinolaryngology]. Moscow: Sfera, 1999. 328 p.
7. Vasserman L.I. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: metodicheskoe posobie [Psychological diagnosis of attitude towards the disease: a methodical manual]. Saint-Petersburg: Media Sfera, 2005. 258 p.
8. Vasilenko Yu.S. Golos. Foniatricheskie aspekty [Voice. Phoniatic aspects]. Moscow, Energoizdat, 2002. 144 p.
9. Vasilenko Yu.S. Disfonii i ikh ustranenie [Dysphonia and their elimination]. In *Problemy reabilitatsii v otorinolaringologii: Tr. Vserossiiskoi konf. s mezhdunar. uchastiem i seminara «Aktual'nye voprosy foniatrii» [Problems of rehabilitation in otorhinolaryngology: III All-Russian Conf. With intern. Participation and seminar «Actual questions of phoniatics»]*. Samara, 2003, pp. 414–416.

10. Vovk O.N. Adaptivnaya samoregulyatsiya rechevogo dykhaniya po pokazatelyu respiratornoi sinusovoi aritmii: avtoref. dis. kand. med. nauk [Adaptive self-regulation of speech breathing in terms of respiratory sinus arrhythmia: PhD (Medical) thesis]. Saint-Petersburg, 2005. 24 p.
11. Gabdullin N.T. Nekotorye podkhody k problemam etiologii, patogeneza zabolevanii gortani [Some approaches to the problems of etiology, pathogenesis of larynx diseases]. In *Voprosy prakticheskoi foniatritii: Materialy mezhdunar. Simpoziuma* [Questions of practical phoniatrics: Materials of the international symposium]. Moscow, 1997, pp. 49–51.
12. Goncharuk L.E. Klinika i lechenie stoikikh funktsional'nykh narushenii golosa: Avtoref. dis. kand. med. nauk [Clinic and treatment of persistent functional disorders of the voice: PhD (Medical) thesis]. Moscow, 1985. 22 p.
13. Dzhafarova O.A., Donskaya O.G., Zubkov A.A. Igrovoe komp'yuternoe bioupravlenie (razvitie i sovremennost') [Game computer biocontrol (development and modernity)]. *Medicinskaya tekhnika* [Medical equipment], 2007, iss. 4, pp. 41–46.
14. Eliseev Yu.Yu. Psikhosomaticheskie zabolevaniya [Psychosomatic diseases]. Moscow: Eksmo, 2003. 592 p.
15. Ivanchenko G.F. Primenenie biologicheskoi obratnoi svyazi v foniatricheskoi praktike [The use of biological feedback in phoniatric practice]. *Vestnik otorinolaringologii* [Herald of otorhinolaryngology], 1991, no. 3, pp. 38–41.
16. Il'in E.P. Emotsii i chuvstva [Emotions and feelings]. Saint-Petersburg: Piter, 2001. 752 p.
17. Kinduris V.Yu., Goshtautas A.A., Uloza V.D. Issledovanie psikhologicheskikh osobennostei bol'nykh s funktsional'nymi narusheniyami golosa [Investigation of the psychological characteristics of patients with functional disorders of the voice]. *Zhurnal ushnykh, nosovykh i gorlovykh boleznei* [Journal of Ear, Nasal, and Throat Diseases], 1980, no. 4, pp. 48–52.
18. Kulikov L.V. Psikhologiya nastroeniya [Psychology of mood]. Saint-Petersburg: Publ. of SPbGU, 1997. 430 p.
19. Kurshev V.A. Zaikanie [Stuttering]. Moscow: Meditsina, 1973. 160 p.
20. Lavrova E.V. Logopediya. Osnovy fonopedii [Speech therapy. Fundamentals of phonopedia]. Moscow: Akademiya, 2007. 144 p.
21. Lavrova E.V., Taptapova S.L., Ermakova I.I. Znachenie BOS-metoda v reabilitatsii bol'nykh s funktsional'nymi narusheniyami golosa [The value of the B-method in the rehabilitation of patients with functional disorders of the voice]. *Vestnik otorinolaringologii* [Herald of otorhinolaryngology], 1995, no. 4, pp. 55–59.
22. Mazhirina K.G., Pervushina O.N., Dzhafarova O.A. Individual'nye mekhanizmy samoregulyatsii: ikh mobilizatsiya i prognozirovaniye v usloviyakh,

kharakterizuyushchikhsya vysokoi stepen'yu neopredelennosti [Individual mechanisms of self-regulation: their mobilization and forecasting in conditions characterized by a high degree of uncertainty]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta [Bulletin of Tomsk State University]*, 2008, no. 310, pp. 169–173.

23. Mazhirina K.G., Pervushina O.N., Dzhafarova O.A. Issledovanie vzaimosvyazi lichnostnykh osobennostei cheloveka i vybora strategii povedeniya v situatsii neopredelennosti [Investigation of the relationship between personal characteristics of a person and the choice of a strategy of behavior in a situation of uncertainty]. *Vestnik NGU. Seriya: «Psikhologiya» [Newsletter NSU. Series: «Psychology»]*, 2007, vol. 1, no. 2, pp. 48–53.

24. Nalchadzhyan A.A. Psikhologicheskaya adaptatsiya: mekhanizmy i strategii [Psychological adaptation: mechanisms and strategies]. Moscow: Eksmo, 2010. 368 p.

25. Orlova O.S. Sistema logopedicheskoi raboty po korrektsii i preduprezhdeniyu narushenii golosa u pedagogov: Avtoref. dis. d-ra ped. nauk [The system of logopedic work on the correction and prevention of voice disorders in teachers: Dr. Sci. (Pedagogical) diss.]. Moscow, 1998. 250 p.

26. Orlova O.S. Biologicheskaya obratnaya svyaz' v kompleksnom lechenii professional'nykh narushenii golosa [Biological feedback in the complex treatment of professional voice disorders]. In *XVII Kongress Soyuzha Evropeiskikh Foniatorov: tezisy dokladov [XVII Congress of the Union of European Phoniaticians: abstracts]*. Moscow: UEP, 1991, pp. 73–74.

27. Pleshkov I.V., Anikeeva Z.I. Zabolevaniya gosovogo apparata u vokalistov i predstavitelei rechevykh professii: Diagnostika, lechenie, reabilitatsiya [Diseases of the vocal apparatus of vocalists and representatives of speech professions: Diagnosis, treatment, rehabilitation]. Moscow: GEOTAR-MED, 2003. 166 p.

28. Radtsig E.Yu., Bogomil'skii M.R. Vozmozhnosti terapii narushenii golosa u detei [The possibilities of therapy of voice disorders in children]. *Vestnik otorinolaringologii [Herald of otorhinolaryngology]*, 2007, no. 5, pp. 35–37.

29. Red'ko N.G., Dzhafarova O.A., Bakhtina I.A. Effektivnost' igrovogo bioupravleniya pri lechenii i reabilitatsii psikhosomaticheskikh zabolevanii [Efficiency gaming biocontrol in the treatment and rehabilitation of psychosomatic diseases]. *Vestnik NGU. Seriya: Biologiya, klinicheskaya meditsina [Newsletter NSU. Series: 'Biology, Clinical Medicine']*, 2007, vol. 5, no. 2, pp. 33–36.

30. Rudin L.B. Znachenie semeinogo anamneza dlya foniatricheskoi diagnostiki golosa [Significance of family history for phoniatic voice diagnostics]. In *Kommunikativnye narusheniya golosa: Materialy nauch.-prakt. konf., slukha i rechi [Communicative disorders of voice, hearing and speech: materials of scientific-practical conference]*. Moscow, 2003, pp. 185–186.

31. Ryabchenko A.T. K voprosu o lechenii bol'nykh s funktsional'nymi narusheniyami golosa: Avtoref. dis. kand. med. nauk [On the treatment of patients with functional impairment of the voice: PhD (Medical) thesis]. Moscow, 1957. 12 p.

32. Samolyubover E.G. Psikhonevrologicheskie osobennosti funktsional'nykh narushenii golosa [Psychoneurological features of functional disorders of the voice]. *Voprosy prakticheskoi foniatritii: Materialy mezhdunarodnogo simpoziuma [Questions of practical phoniatrics: Materials of the international symposium]*. Moscow, 1997, pp. 133–134.

33. Sel'chenok K.V. Psikhosomatika: vzaimosvyaz' psikhiki i zdorov'ya: khrestomatiya [Psychosomatics: the relationship of the psyche and health: reader]. Minsk: Kharvest, 2003. 640 p.

34. Sokhadze E.M., Shtark M.B. Biologicheskaya (biotekhnicheskaya) obratnaya svyaz' biofeedback-monitoring i proizvod'nyi kontrol' fizicheskikh parametrov fiziologicheskikh sistem s mini-EVM: Preprint №239 [Biological (biotechnical) feedback biofeedback-monitoring and arbitrary control of physical parameters of physiological systems with a mini-computer: Preprint No. 239]. Novosibirsk, 1984. 44 p.

35. Stepanova Yu.E., Stepanova G.M. Biologicheskaya obratnaya svyaz' v reabilitatsii patsientov s narusheniyami golosovoi funktsii: posobie dlya vrachei [Biological feedback in the rehabilitation of patients with impaired voice function: a manual for doctors]. Saint-Petersburg, Publ. of State Medical Academy of I.I. Mechnikov, 2004. 28 p.

36. Chireskin D.G. Khronicheskaya obstruktsiya gortannoi chasti glotki, gortani i trakhei u detei. Etiologiya, klinika i metody ustraneniya [Chronic obstruction of the throat part of the pharynx, larynx and trachea in children. Etiology, clinic and methods of elimination]. Moscow: Rapid-Print, 1994. 144 p.

37. Shtark M.B., Dzhafarova O.A. Komp'yuternye sistemy bioupravleniya: tendentsii razvitiya [Computer biomedical systems: development trends]. *Meditsinskaya tekhnika [Medical equipment]*. Moscow: Meditsina, 2002, pp. 34–35.

38. Shcheblanov V.Yu., Bobrov A.F., Dzhafarova O.A., Nadorov S.A. Svyaz' individual'nykh mekhanizmov samoregulyatsii so svoistvom stressoustoichivosti [Relationship of individual mechanisms of self-regulation with the property of stress-resistance]. *Byulleten' sibirskoi meditsiny [Bulletin of Siberian Medicine]*, 2010, vol. 9, no. 2, pp. 134–139.

39. Andersson K., Schalen L. Etiology and treatment of psychogenic voice disorder: results of a follow-up study of thirty patients. *Journal of Voice*, 1998, vol. 12, no. 1, pp. 96–106.

40. Schwartz M.S. Biofeedback: A practitioner's guide. 2nd ed., NY: Guilford Press, 1995. 522 p.

Представления женщин, переживших насилие, о социально-психологической поддержке родственниками

Карась И.С.,

кандидат психологических наук, доцент, Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград, Россия, innakaras@mail.ru

Боровикова А.В.,

студентка, Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград, Россия, пуануа8@mail.ru

Бабаджанова-Павлова А.В.,

кандидат психологических наук, доцент, Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград, Россия, z7617@yandex.ru

Статья посвящена описанию и обсуждению результатов исследования особенностей представлений женщин, переживших насилие, о социально-психологической поддержке родственниками. Для исследования представлений применялись следующие методики: разработанное авторами полуструктурированное интервью, методика Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса «Семейно-обусловленное состояние», опросник Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса «Анализ семейной тревоги». В исследовании участвовали 186 женщин от 16 до 40 лет. Выборка была поделена на две группы: 1 группа – женщины, пережившие насилие (96 человек), 2 группа – женщины, не подвергавшиеся насилию (90 человек). Исследование выявило, что представления женщин, переживших насилие, о социально-психологической поддержке родственниками имеют негативный характер. Женщины, пережившие насилие, чаще испытывают семейно-обусловленную тревогу, нервно-психическое напряжение, ощущение беспомощности, ощущение вины. На основании полученных результатов делается вывод о том, что близкие родственники жертв насилия неспособны оказывать эффективную социально-психологическую поддержку членам своей семьи, подвергшимся насилию.

Ключевые слова: женщины, семейные представления, насилие, социально-психологическая поддержка, семья.

Для цитаты:

Карась И.С., Боровикова А.В., Бабаджанова-Павлова А.В. Представления женщин, переживших насилие, о социально-психологической поддержке родственниками [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 3. С. 47–61. doi: 10.17759/psyclin.2017060303

For citation:

Karas I.S., Borovikova A.V., Babadzhanova-Pavlova A.V. The representations of women, survivors of violence about socio-psychological support of relatives [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia], 2017, vol. 6, no. 3, pp. 47–61. doi: 10.17759/psycljn.2017060303 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

В условиях современного кризиса семьи, отмечаемого многими исследователями [3; 4], проблема нетолерантного отношения к жертвам насилия стоит в настоящее время как никогда остро. Сложившиеся в обществе на бытовом и культурном уровне мифы о роли женщины в обществе, ее статусе, о правилах поведения и присущих ей качествах зачастую ввергают жертву насилия в осудительные тиски современного социума.

Особым предметом обсуждения, на наш взгляд, представляются осудительные и обвинительные поведенческие установки родственников по отношению к жертве насилия. Феномен осуждения и обвинения пострадавшей в собственной семье имеет латентный характер и в полной мере не осознается жертвой насилия и ее родственниками: упреки, оскорбления, надменное игнорирование. Многие женщины, страдающие от домашнего насилия, долгое время находятся в подавленном состоянии, а близкие родственники регулярно морально давят на них, не давая возможности этому воспротивиться.

Отдельную и наиболее ярко выраженную проблему представляет собой осудительно-обвинительное отношение к жертвам сексуального насилия. Таким женщинам приходится преодолевать огромные преграды, состоящие из оскорблений, обвинений, унижений со стороны родственников. Во многих семьях считают правильным замалчивать произошедшее, тем самым оказывая сильное психологическое давление на жертв сексуального насилия. По сообщению Федеральной службы государственной статистики, за 2016 год зарегистрировано 3900 преступлений, связанных с изнасилованием и покушением на изнасилование женщин разного возраста [13]. И это только зарегистрированные случаи – когда жертва лично обратилась за помощью в полицию.

В психологической науке целостный, объемный и многоуровневый срез феномена насилия до сих пор не производился, несмотря на то, что тема насилия в современном обществе стоит на пике самых заинтересованных обсуждений [1; 5; 7; 10; 11; 12]. Вектор исследований зачастую сконцентрирован на модели

взаимодействия «социальное явление – жертва» [9]. Изучение и осознание наполненности семейных представлений женщин, переживших насилие, о состоянии социально-психологической поддержки родственниками крайне важны для взаимопонимания и диалога психотерапевта и семьи и последующей социально-психологической реабилитации жертв насилия.

Семейные представления как особая характеристика семейного взаимодействия разносторонне исследованы в работах многих ученых [2; 6; 15]. Опираясь на исследования Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса [15], под семейными представлениями мы понимаем «внутреннюю картину» семьи каждого из ее членов, формирующуюся через их восприятие семьи и характеризующуюся сменяющимися семейными сценариями. На основе последних проявляются взаимные чувства, возникают и решаются проблемы.

Внутренняя картина жизни семьи относительно объективна и в то же время в чем-то субъективна. Она складывается из представлений индивида о своей семье, его взгляда на повседневную жизнь семьи, других ее членов, а также из диапазона чувств, проявляющихся и испытываемых каждым членом семьи. Но вне зависимости от объективности и многих субъективных факторов, истинности внутренней картины мира семьи, она играет огромную роль в жизнедеятельности семьи и судьбе каждого ее члена [15].

Однако обратимся к институту постстрессовой реабилитации. Одним из ее составляющих является социально-психологическая поддержка пострадавшего от насилия. Анализ трактовок сущности социально-психологической поддержки показал разноплановый характер понимания ее сути [1; 8; 14]. Социально-психологическую поддержку можно рассматривать не только как реабилитационную программу в специализированных центрах, но и как естественное сопереживание и помощь со стороны ближайшего социального окружения индивида. Основным ресурсом социально-психологической поддержки является важная детерминанта ее эффективности – различные стратегии преодоления проблемы, или стрессового, кризисного состояния. Грамотная социально-психологическая поддержка со стороны друзей могла бы стать эффективным, действенным средством по преодолению стресса в семье, поскольку они менее вовлечены в семейную динамику.

Организация и процедура исследования

В исследовании участвовали 186 женщин в возрасте от 16 до 40 лет ($M=24,21$ года; $SD=5,01$ лет). **Выборка** была поделена на две группы. Первая группа – женщины, пережившие насилие (96 человек), треть из них проходили реабилитацию в специализированных психологических центрах, другие обращались к специалистам лично, респонденты участвовали также в группах поддержки женщин рассматриваемой категории. Вторая группа – женщины, не подвергавшиеся насилию (90 человек). В круг ближайших родственников вошли: мать, отец, братья, сестры, дедушки, бабушки, муж (сожитель). При опросе не уточнялись такие

характеристики, как национальная принадлежность, вероисповедание, актуальное мировоззрение и жизненные ценности респондентов.

Методики исследования:

1. разработанное авторами интервью, вопросы которого направлены на выявление особенностей представлений женщин, переживших насилие, о социально-психологической поддержке в семье;
2. методика Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса «Семейно-обусловленное состояние»;
3. опросник Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса «Анализ семейной тревоги».

Статистический анализ полученных данных осуществлялся с помощью углового преобразования Фишера.

Результаты исследования

Анализ ответов по вопроснику интервью выявил следующие особенности представлений женщин, переживших насилие, о социально-психологической поддержке родственниками.

Вопрос «какому виду насилия вы подвергались?» имел своей целью выявление распространенности отдельных форм противоправного принуждения и определение смешанных форм насилия (табл. 1).

Таблица 1

Распространенность смешанных и отдельных форм насилия

№	Формы насилия	Число респондентов, %
1	Физическое, психологическое, сексуальное	32
2	Сексуальное (подверглись изнасилованию)	14
3	Физическое, психологическое	14
4	Физическое, сексуальное, психологическое, экономическое	10
5	Психологическое	8
6	Сексуальное, психологическое	7
7	Физическое	5
8	Физическое, психологическое, экономическое	5
9	Сексуальное, психологическое, экономическое	3
10	Психологическое, экономическое	2

На вопрос «рассказали ли вы о случившемся родственникам?» более половины респондентов – 62 женщины (65%) ответили «да», 34 женщины (35%) дали отрицательный ответ. Можно предположить, что многие женщины, пережившие насилие, пытались найти поддержку у членов своей семьи. Однако 18 женщин (19%) вообще никогда не рассказывали о произошедшем, даже спустя многие годы, большинство из них подвергались сексуальному насилию со стороны мужчин.

Анализ ответов на вопрос «почему вы вообще не рассказывали родственникам о случившемся?» показывает, что многие женщины, подвергшиеся насилию, заранее предугадывают реакцию родственников как враждебную, крайне негативную: «у меня появились бы проблемы» (41%), «я боялась» (24%), «не было смысла» (23%), «они убили бы меня» (12%).

Особенно остро проблема непонимания стоит перед женщинами, подвергшимися сексуальному насилию. Большинство жертв боялись обратиться за первой помощью к близким по причине заведомо предосудительного характера установок в родительской семье, где утвердилось понимание «правильного» и «неправильного» поведения женщины. Страх быть отверженной, стать предметом крупного семейного скандала и испытать на себе гнев родственников заставляет многих женщин скрывать факт изнасилования. Типичные ответы жертв сексуального насилия, молчавших годами: «от этого будет больше проблем, чем пользы», «они бы убили меня за такое», «наша семья презирает секс до брака, считает это грязным».

Вопрос «когда ваши родственники все-таки узнали о том, что произошло, как они отреагировали на случившееся?» нацелен на выявление форм реагирования членов семьи на факт насилия. Лидирующие позиции по частотности в суммарной статистике занимают ответы: «равнодушно» (34%), «с осуждением» (31%), «негативно» (20%); 13% женщин сказали о проявленных к ним сочувствии и жалости. При этом опрашиваемые отмечали, что проявление жалости вызывает у них негативную реакцию.

В ответах женщин описывались различные виды ругани, крика, обвинений в якобы провокационном поведении жертвы насилия. Позитивные ответы типа «старались беречь мои чувства» и «отнеслись с пониманием» встречались редко (2%).

Спектр полученных ответов позволяет заключить, что большинство родственников реагируют на сообщение женщины о случившемся насилии с нескрываемым раздражением, отталкивают жертву насилия равнодушием и осуждением и значительно реже относятся к ней с вниманием и пониманием, оказывают психологическую поддержку в тяжелой жизненной ситуации.

В результате анализа ответов на вопрос «оказывали ли родственники вам моральную поддержку?» проявилось следующее. Подавляющее большинство (81%) указали, что их родственники даже не пытались оказывать им моральную поддержку. Большинство женщин отметили, что не видят участия, заботы и сопереживания со стороны своих родных. Такая реакция близкого окружения свидетельствует о глубоком нарушении процессов коммуникаций в семьях жертв насилия. На вопрос «к кому вы обращались за поддержкой в таких случаях?» 19% женщин ответили «к друзьям», несколько человек попытались повторно обратиться к родным; получив глухое непонимание, искали помощи у дальней родни. Остальные респондентки затруднились с ответами.

И только 18 из 96 респонденток (19%) ответили, что получали моральную помощь в своей семье. При этом многие сообщили, что слова поддержки «не отчаивайся», «все будет хорошо», «я с тобой», обычное выслушивание и теплые объятия помогают справиться с многими негативными эмоциями и чувствами.

Женщинам, пережившим насилие, которым не оказывали моральную поддержку родственники, мы задали вопрос: «если вас не поддерживали родственники, то как вы себя чувствовали?». Наиболее часто встречаемыми типами ответов были: «я чувствовала себя подавленной», «одинокой», «потерянной», «злой». Женщины, лишённые поддержки со стороны своих родных, в большинстве случаев испытывали чувство потерянности и угнетённости, ощущали давящее чувство одиночества и не могли понять, почему не находят родственного участия, не знали, куда обращаться за психологической поддержкой и помощью.

Фраза «было страшно» встречалась у четверти респондентов, и это позволяет заключить, что жертвы насилия в борьбе со страхами, концентрирующимися в их сознании после произошедшего, не находят помощи и поддержки у близких родственников.

В десяти ответах пострадавших прослеживалось безразличие: «мне было все равно», «потом не испытывала ни негативных, ни положительных чувств к тому, что родственники не оказали мне никакой поддержки». Женщины рассказывали, что не видят выхода из собственных боли, одиночества и отчаяния – «нет выхода из ситуации», «безвыходное положение». Это может свидетельствовать о разрушившейся надежде на получение помощи и поддержки в кругу родных и близких людей (рис. 1).

Стоит подчеркнуть, что 88% женщин, подвергшихся насилию, на самом деле желали в тот момент ощутить поддержку своих близких. Это свидетельствует о стремлении жертв насилия почувствовать себя защищёнными, поддерживаемыми и окруженными заботой со стороны своих близких.

Анализ ответов на вопрос «старались ли когда-нибудь ваши родственники игнорировать случившееся/происходящее, закрывать на это глаза?» позволяет

заклучить, что 74% респонденток заявили об индифферентности своих родственников, которые «закрывают глаза» на факты насилия в семье. Такая психологическая отстраненность может способствовать дальнейшему неблагоприятному развитию жизнедеятельности семьи, протекции равнодушия и углубляющейся разобщенности членов семьи.

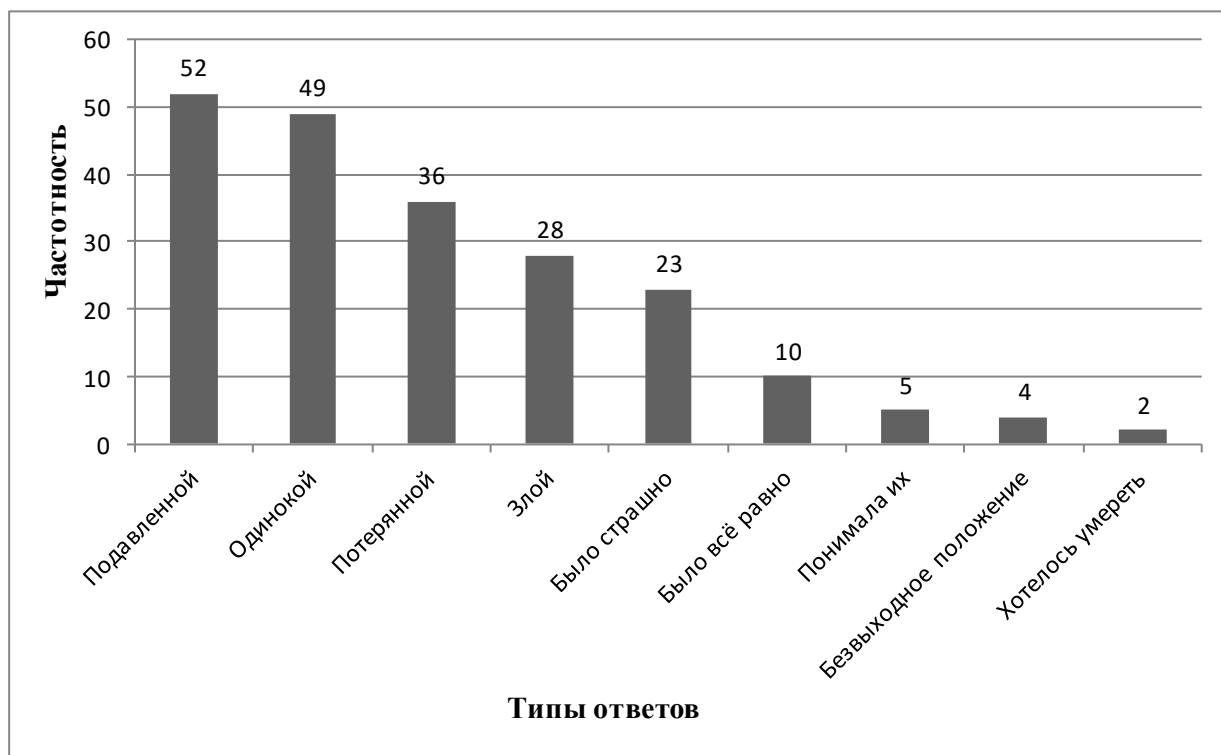


Рис. 1. Частотность типичных ответов на вопрос «если вас не поддерживали родственники, то как вы себя чувствовали?»

На вопрос об ощущении давления со стороны родственников, связанного с эпизодом насилия, 47% респонденток подтвердили постоянное давление на их сознание и волю. Наиболее часто проявляющимся типом психологического давления, с которым встречаются жертвы насилия в семейном взаимодействии, являются упреки в сторону пострадавшей в случившемся. Так 70% опрошенных женщин, переживших насилие, подтвердили, что родственники обвиняют их в произошедшем, называя «недостойной женщиной» или «плохой женой». Такая реакция на ситуацию может способствовать усилению вины, понижению самооценки и дискредитации человека в собственных глазах.

Женщинам, подвергшимся насилию, было предложено выбрать из списка типичные высказывания (табл. 2), наиболее часто употребляемые членами их семьи, и дополнить репликами своих близких. Типичные высказывания были сформированы на основе предварительных бесед с психологами кризисных центров.

Таблица 2

**Распространенность фраз со стороны родственников,
дискредитирующих женщину – жертву насилия**

№	Высказывание	Число респондентов выбравших высказывание, %
1	Ты же женщина, будь мудрее и терпимее	70
2	Не провоцируй его, будь тише	52
3	В иной раз будь с ним помягче	50
4	Мужчина в семье главный, а женщине лучше помолчать	33
5	Как мужик сказал, так и будет, а ты не лезь	20

Анализ полученных результатов, показывает стремление родственников замалчивать факт произошедшего насилия. Находя оправдания насильникам и их действиям, родственники увещевали жертв насилия – «он хотя бы не пьет», «ему тоже тяжело», «а кто тебя еще замуж возьмет?». Кроме этого, женщины перечисляли реплики, наполненные тревогой относительно их дальнейшей судьбы и возможной потери партнера (мужа), игнорируя его насильственные действия. Полученные данные подтверждают наличие глубоких противоречий в процессах взаимодействия в семьях жертв насилия, дисфункций и диссонанса в семейных отношениях.

Более половины женщин (66%), переживших насилие, в ответах на вопрос «ваши родственники когда-нибудь говорили вам, что в случившемся отчасти или в целом была ваша вина?» подтверждали перекладывание вины за произошедшее насилие на саму жертву: «сама позволила», «сама его спровоцировала». Тем самым члены семьи, игнорируя вину насильника, усиливают чувство вины жертвы.

Особую значимость для исследования представляет категория вопросов интервью, связанная с непосредственными советами родственников женщинам, пережившим насилие. Именно эти вопросы показывают, насколько родственники жертв насилия способны оказывать своевременную и эффективную помощь после того, как узнали о произошедшем насилии.

Проанализировав ответы на вопрос «что посоветовали вам ваши родственники, когда узнали о том, что произошло/происходит?», мы выяснили, что наиболее часто родственники советуют: «ничего» – в 42% случаев, «терпеть» – в 7%, «молчать» – в 5%, «перестать реветь и успокоиться» – в 4% случаев; еще 4% респонденток получали категоричные заявления «расстаться с ним [мужем, сожителем, насильником]». В целом приходится констатировать наличие неблагоприятной и

давящей на жертву насилия семейной обстановки, отсутствие продуктивных и эффективных советов со стороны родственников.

Далее будут рассмотрены результаты по четырем последовательным вопросам, выясняющим виды рекомендаций со стороны родственников, ориентированных на конкретные действия, которые могли бы помочь женщине после пережитого насилия. На вопрос «убеждали/предлагали ли вам родственники пойти в полицию и написать заявление?» 93% участвующих в интервью женщин ответили отрицательно. Ответы на вопрос «советовали ли они обратиться к психологу?» оказались однозначными: 90% респонденток ответили «нет». Ответы на вопрос «советовали ли вам родственники позвонить по телефону доверия?» показали, что в 97% случаев этого не случилось. В 98% случаев родственники жертвы насилия не посоветовали обратиться в кризисные центры для женщин или другие учреждения, оказывающие помощь женщинам в подобных ситуациях.

В ходе исследования было выявлено выраженное бездействие родственников в отношении реальной социально-психологической поддержки жертвам насилия.

На вопрос «какое отношение к применению физической силы было в вашей родительской семье?» 34% женщин дали определенный ответ, 36% женщин ответили уклончиво, 30% – отказались говорить на эту тему.

На вопрос «были ли случаи, когда в вашей родительской семье мужчина бил женщину (отец – мать, дедушка – бабушку и т.д.) или применялись другие формы насилия по отношению к близким?» 81% респонденток ответили утвердительно. 68% женщин описывали типы насилия в родительских семьях: «мой отец, буйный алкоголик, постоянно избивал мать, а потом и меня», «в моей семье считалось нормальным, когда отец бил мать, а брат – свою молодую жену», «у нас в семье вообще принято, что мужчина – главный, если получила – это ты не права, а вот мужик – молодец», «отец моего мужа регулярно побивал свою жену в воспитательных целях, и она слова поперек не говорила, а когда я пытаюсь ответить на его побои, возмущается и удивляется» и др. Подобные «домашние традиции» подтверждают наличие негативных семейных сценариев в семьях жертв насилия. Отметим, что треть опрошенных женщин, подвергшихся насилию, указали на отсутствие алкогольной и наркотической зависимости у родственников.

Результаты, полученные по методике «Семейно-обусловленное состояние» и опроснику «Анализ семейной тревоги», согласуются с вышеизложенными выводами. В группе женщин, переживших насилие, количество оценок, превышающих критическую отметку по шкалам: общая неудовлетворенность ($\varphi^*_{\text{эмп}}=3,26$), семейная тревожность ($\varphi^*_{\text{эмп}}=4,10$), нервно-психическое напряжение ($\varphi^*_{\text{эмп}}=7,29$) выше (при $p \leq 0,01$), чем в группе женщин, не переживших насилие. В контрольной выборке показатели по шкале нервно-психического напряжения превышают критическое значение, однако межгрупповые различия статистически достоверны. В процессе заполнения бланка к методике «Семейно-обусловленное состояние» женщины, пережившие насилие, рассказывали об ощущении беспомощности,

одинокости, подавленности и потерянности в условиях отсутствия желаемой помощи, заботы и тепла. Они сильнее ощущают себя потерянными, лишними и уставшими.

Отдельно стоит показать результаты, полученные с помощью методики «Анализ семейной тревоги» по шкале вины. В группе женщин, переживших насилие, показатели по шкале вины выше, чем в группе женщин, не переживших насилие ($\varphi^*_{эмп}=5,47$, при $p \leq 0,01$). Женщины, пережившие насилие, чаще испытывают неадекватные ощущения, связанные с признанием себя виновными за весь негативный опыт, присутствующий в семье, нежели женщины, не обремененные грузом насилия. Женщины, подвергшиеся насилию, чувствуют свою вину в домашних конфликтах, в неудачах членов семьи, в своем несоответствии ожиданиям родственников. Женщины этой категории чувствуют, что семейные обязанности чересчур обременительны для них, они им не по силам – ни морально, ни физически. Женщины, пережившие насилие, чаще испытывают ощущение того, что не могут влиять на ситуацию в собственной семье, несмотря на любые их усилия.

Вступление в силу неоднозначного закона о декриминализации домашнего насилия, выводящего побои членов семьи из категории уголовных преступлений, подтолкнуло нас к изучению данной темы. Административное наказание, согласно этому закону, действует лишь применительно к первому случаю побоев, после которого жертва насилия обратится в полицию. Все последующие деяния такого рода будут рассматриваться в рамках УК РФ. При этом в обществе дискутируются логичные и закономерные для данной темы вопросы: сможет ли жертва в следующий раз обратиться в правоохранительные органы? Представится ли ей возможность оставаться в безопасности, после того как она обратится в полицию по факту первого случая избиения?

Нами были опрошены 186 женщин на предмет информированности о данном законе, а также об отношении к нему. На вопрос «знаете ли вы о том, что в силу вступил закон о декриминализации домашнего насилия (законопроект, согласно которому первый случай домашних побоев из разряда уголовных преступлений переводится в разряд административных правонарушений)?» 77% женщин ответили, что знают. При этом 50% из них переживали факты домашнего насилия, а 27% никогда не подвергались таковому. В вопросе о том, что думают респонденты о вступившем в силу законопроекте, подавляющее большинство женщин (73%) проявили негативное отношение к нему: «ужасный», «отвратительный», «неправильный», «опасный», «нарушает права человека», «помогает насильникам», «мне страшно», «усугубит ситуацию с домашним насилием в РФ». 4% женщин, принявших участие в исследовании, считают этот закон разумным нововведением.

Выводы

Представление женщин, переживших насилие, о социально-психологической поддержке родственниками определенно имеет устойчивые негативные характеристики. Женщины, пережившие насилие, не ощущают психологической

поддержки и защищенности со стороны своих родственников, видят себя одинокими, подавленными и потерянными в своей семье.

Исследование выявило критическую неспособность родственников жертв насилия оказывать социально-психологическую поддержку близким, обеспечивать первичную психологическую помощь, давать жизненно необходимую информацию пострадавшим от насилия – обратиться за помощью в специализированные центры поддержки, в кризисные центры, позвонить на телефон доверия, заявить в полицию. Подавляющее большинство женщин, переживших насилие, на запрос о помощи и поддержке получали в ответ совет «молчать» или отсутствие каких бы то ни было советов. Родственники женщин, переживших насилие, сами вплетены в негативные семейные сценарии и не обладают необходимыми знаниями и опытом помощи в упреждении насилия. Во многих семьях в нескольких поколениях остаются предпосылки к презрительному или игнорирующему отношению к женщинам, пережившим насилие.

Литература

1. *Алексеева Л.С.* Психологическая помощь пострадавшим от семейного насилия. М.: Изд-во ГосНИИ семьи и воспитания, 2000. 234 с.
2. *Буровихина И.А.* Социальная ситуация развития как условие формирования образа мира современного подростка: дисс... канд. психол. наук. М., 2013. 313 с.
3. *Захарова Е.М.* Молодежь, брак и семья в эпоху морального кризиса [Электронный ресурс] // Альманах мировой науки. 2015. Т. 1. № 1-3. С. 64–66. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25059899> [дата обращения: 10.09.2017].
4. *Зритнева Е.И.* Объективные и субъективные показатели кризиса института семьи [Электронный ресурс] // Вестник Северо-Кавказского федерального университета. 2013. Т. 34. № 1. С. 148–150. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_21011905_33070962.Pdf. [дата обращения: 10.09.2017].
5. *Ильин Е.П.* Насилие как психологический феномен [Электронный ресурс] // Universum: Вестник Герценовского университета. 2013. № 1. С. 167–175. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/nasilie-kak-psihologicheskiy-fenomen> [дата обращения: 10.09.2017].
6. *Карбанова О.А.* Психология семейных отношений и основы семейного консультирования. М.: Гардарики, 2005. 320с.
7. *Лефтеров В.А., Вакулич Т.М.* Психологические особенности виктимного поведения женщин в ситуациях домашнего насилия [Электронный ресурс] // Психология и право. 2013. № 2. С. 33–43. URL: http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n2/61022_full.shtml [дата обращения: 10.09.2017].

Карась И.С., Боровикова А.В., Бабаджанова-Павлова А.В.
Представления женщин, переживших насилие,
о социально-психологической поддержке
родственниками
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 3. С. 47–61.

*Karas I.S., Borovikova A.V.,
Babadzhanova-Pavlova A.V.* The representations
of women, survivors of violence about
socio-psychological support of relatives
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 3, pp. 47–61.

8. *Лифинцева А.А.* Родительская поддержка и психосоматическое здоровье детей и подростков [Электронный ресурс] // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. 2013. № 5. С. 85–90. URL: <https://journals.kantiana.ru/vestnik/2865/7931/> [дата обращения: 10.09.2017].

9. *Малкина-Пых И.Г.* Виктимология. Психология поведения жертв. М.: Эксмо, 2010. 864с.

10. *Сошникова И.В.* Насилие в семье в современной России: социологический анализ: автореф. дисс... канд. социол. наук. Екатеринбург, 2011. 21 с.

11. *Тевлюкова О.Ю.* Насилие как феномен социальной организации: опыт теоретико-методологического анализа: автореф. дисс... канд. социол. наук. Новосибирск, 2005. 20 с.

12. *Торопов П.Б., Воронцова Н.Н., Фёдорова Л.А.* Формирование гендерной компетентности как профилактика семейного насилия: теория, практика и результаты [Электронный ресурс] // Отечественный журнал социальной работы. 2012. № 1. С. 142–148. URL: <http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:682433&theme=FEFU> [дата обращения: 10.09.2017].

13. Федеральная служба государственной статистики: [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения 10.07.2017).

14. *Харченко М.А.* Психологическое сопровождение женщин, подвергшихся насилию [Электронный ресурс] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2011. № 44. С. 214–222 URL: https://elibrary.ru/download/elibrary21398320_83908822.pdf [дата обращения: 10.09.2017].

15. *Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В.* Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2008. 672 с.

The Representations of Women, Survivors of Violence, about Socio-psychological Support of Relatives

Karas I.S.,

PhD (Psychology), associate professor, Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia, innakarass@mail.ru

Borovikova A.V.,

Student, Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia, nyanya8@mail.ru

Babadzhanova-Pavlova A.V.,

PhD (Psychology), associate professor. Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia, z7617@yandex.ru

The article is devoted to the description and discussion of the research results about the features of women's representations, survivors of violence, towards the socio-psychological support of relatives. The article is devoted to the description and discussion of the research results of the features of the representations of women survivors of violence about the social and psychological support of relatives. The following techniques were used for study the representations: semi-structured interview developed by the authors; "Typical Family Condition" technique by E.H.G. Eidemiller, V.V. Yustitskis; "Analysis of family anxiety" inventory by E.H.G. Eidemiller, V.V. Yustitskis. The study involved 186 women from 16 to 40 years old. Experimental sample was divided into two different groups: first group was consisted of women survivors of violence (96 respondents), second group was represented by women who were not subjected to any violence (90 respondents). The study revealed that representations of women survivors of violence about socio-psychological support of relatives are negative. Women that were subjected to violence are much more likely to experience family-conditioned anxiety, mental stress, feeling of helplessness, guilt. Statistically significant differences between two groups of women were found ($\varphi^*_{emp} > \varphi^*_{cr 0,01}$). Based on the findings, it is concluded that close relatives of victims of violence are unable to provide effective social and psychological support to members of their families who have been subjected to violence.

Keywords: women, family representation, violence, socio-psychological support, family.

References

1. Alekseeva L.S. Psikhologicheskaya pomoshch' postradavshim ot semeinogo nasiliya [Psychological help to the victims of domestic violence]. Moscow: Publ. by the state scientific research Institute of family and education, 2000, 234 p.
2. Burovihina I.A. Social'naya situatsiya razvitiya kak uslovie formirovaniy aobraza mira sovremennogo podrostka. Diss. ...kand. psihol. nauk. [Social situation of development as a condition of modern teenager's world representation forming. PhD (Psychology) diss.]. Moscow: Publ. of MGU, 2013. 313 p.
3. Zaharova E.M. Molodezh', brak i sem'ya v epokhu moral'nogo krizisa [Youth, marriage and family in an era of moral crisis]. *Al'manakh mirovoi nauki [Almanac of world science]*, 2015, vol. 1, no. 1-3, pp. 64–66. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25059899> [Accessed: 10.09.2017].
4. Zritneva E.I. Ob"ektivnye i sub"ektivnye pokazateli krizisa instituta sem'i [Objective and subjective indicators of the crisis of the family institution]. *Vestnik Severo-Kavkazskogo federal'nogo universiteta [Messenger of North Caucasus Federal University]*, 2013, vol. 34, no. 1, pp. 148–150. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_21011905_33070962.Pdf [Accessed: 10.09.2017].
5. Il'in E.P. Nasilie kak psikhologicheskii fenomen [*Violence as a psychological phenomenon*]. *Vestnik Gertsenovskogo universiteta [Messenger of Herzen University]*, no. 1, 2013, pp. 167–175. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/nasilie-kak-psihologicheskii-fenomen> [Accessed: 10.09.2017].
6. Karabanova O.A. Psikhologiya semeinykh otnoshenii i osnovy semeinogo konsul'tirovaniya [Family relationship psychology and family counseling basis]. Moscow: Gardariki, 2005. 320 p.
7. Lefterov V.A., Vakulich T.M. Psikhologicheskie osobennosti viktimnogo povedeniya zhenshchin v situatsiyakh domashnego nasiliya [Psychological features of the victim's behavior in situations of domestic violence]. *Psikhologiya i pravo [Psychology and right]*, 2013, no. 2. pp. 33–43. URL: http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n2/61022_full.shtml [Accessed: 10.09.2017].
8. Lifinceva A.A. Roditel'skaya podderzhka i psikhosomaticeskoe zdorov'e detei i podrostkov [Parental support and psychosomatic health of children and adolescents]. *Vestnik Baltiiskogo federal'nogo universiteta im. I. Kanta. Seriya: Filologiya, pedagogika, psikhologiya [Messenger of Baltic Federal University of I. Kant. Part: Philology, Pedagogics, psychology]*, 2013, no. 5. pp. 85–90. URL: <https://journals.kantiana.ru/vestnik/2865/7931/> [Accessed: 10.09.2017].
9. Malkina-Pyh I.G. Viktimologiya. Psikhologiya povedeniya zhertv. [Victimology. Psychology of victim behavior]. Moscow: Eksmo, 2010. 864 p.

Карась И.С., Боровикова А.В., Бабаджанова-Павлова А.В.
Представления женщин, переживших насилие,
о социально-психологической поддержке
родственниками
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 3. С. 47–61.

Karas I.S., Borovikova A.V.,
Babadzhanova-Pavlova A.V. The representations
of women, survivors of violence about
socio-psychological support of relatives
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 3, pp. 47–61.

10. Soshnikova I.V. Nasilie v sem'e v sovremennoi Rossii: sotsiologicheskii analiz. Avtoref. dis... kand. sotsiol. nauk [Domestic in modern Russia: sociological analysis. PhD. (Sociology) Thesis]. Ekaterinburg, 2011. 21 p.

11. Tevljukova O.Ju. Nasilie kak fenomen sotsial'noi organizatsii: opyt teoretiko-metodologicheskogo analiza. Avtoref. diss... kand. sotsiol. nauk [Violence as a phenomenon of social organization: experience of theoretical and methodological analysis. PhD. (Sociology) Thesis]. Novosibirsk, 2005. 20 p.

12. Toropov P.B. Vorontsova N.N., Fedorova L.A., Formirovanie gendernoi kompetentnosti kak profilaktika semeinogo nasiliya: teoriya, praktika i rezul'taty [Formation of gender competence as prevention of family violence: theory, practice and results]. *Otechestvennyi zhurnal sotsial'noi raboty* [Domestic magazine of social work], 2012, no.1, pp. 142–148. URL: <http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:682433&theme=FEFU> [Accessed: 10.09.2017].

13. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoi statistiki. Electronic resource [Federal service of state statistics] URL: <http://www.gks.ru> (Accessed 10.07.2017)

14. Harchenko M.A. Psikhologicheskoe soprovozhdenie zhenshchin, podvergshikhsya nasiliyu [Psychological support of women subjected to violence]. *Nauchno-meditsinskii vestnik Tsentral'nogo Chernozem'ya* [Scientific medical bulletin of Central Chernozem region], 2011, no. 44, pp. 214–222. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_21398320_83908822.pdf [Accessed: 10.09.2017].

15. Ehjdemiller E.G., Yustitskis V. Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i. [Psychology and psychotherapy of family]. Saint-Petersburg: Piter, 2008. 672 p.

Исследование направленности мотивации достижения (адаптации и трансценденции) при психической патологии

Жиенбаева Н.Б.,

доктор психологических наук, профессор кафедры специального образования, Казахский национальный педагогический университет им. Абая, Алматы, Казахстан, zh_nadejda@mail.ru

Акназаров С.А.,

врач-психиатр высшей категории, нарколог, заведующий психотерапевтическим отделением, Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии, Алматы, Казахстан, aknazarov@mail.ru

Тапалова О.Б.,

доктор психологических наук, профессор кафедры общей и прикладной психологии, Казахский национальный педагогический университет им. Абая, Алматы, Казахстан, olya.mag@mail.ru

В настоящей статье представлен анализ адаптационной и трансцендентной составляющих мотивации достижения у лиц с психической патологией. Представленная авторская модель мотивации достижения отражает, что в норме у человека имеются обе составляющие мотивации достижения с временным преобладанием одной из них или с равной представленностью в мотивационно-смысловой сфере человека. При психической патологии возможны либо крайнее проявление одной из тенденций, либо крайне слабая представленность обеих тенденций. Целью эмпирического исследования являлись выявление и анализ адаптационной и трансцендентной составляющих мотивации достижения у лиц с психической патологией. Используемая проективная методика – тест Хекхаузена – была модифицирована авторами через добавление к уже существующим ключевым категориям анализа историй испытуемых трех дополнительных категорий: «реалистичность/нереалистичность постановки цели», «продуктивность/непродуктивность инструментальной активности, направленной на достижение цели», «цели в прошлом».

Ключевые слова: мотивация достижения, равновесно-динамическая модель, адаптация, трансценденция, реалистичность, нереалистичность, продуктивность, непродуктивность, инструментальная активность, цели в прошлом.

Для цитаты:

Жиенбаева Н.Б., Акназаров С.А, Тапалова О.Б. Исследование направленности мотивации достижения (адаптации и трансценденции) при психической патологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 3. С. 62–84. doi: 10.17759/psyclin.2017060304

For citation:

Zhiyenbayeva N.B., Aknazarov S.A., Tapalova O.B. Direction of achievement motivation (adaptation and transcendence) in mental disorders [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2017, vol. 6, no. 3, pp. 62–84. doi: 10.17759/psycljn.2017060304 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Исследование мотивации достижения относится к актуальным проблемам психологии, поскольку объединяет комплекс побудительных факторов, непосредственных «двигателей» деятельности. Особую актуальность эта проблема приобретает в случае недостаточности мотивации достижения либо в случае искажения компонентов мотивации по причине психологических трудностей и психической патологии.

Мы предполагаем, что мотивация достижения у людей, условно называемых психически здоровыми, принципиально отличается от мотивации достижения при психической патологии. Основанием для такого предположения служат данные клинических наблюдений и исследований ученых, занимающихся проблемами мотивации [1; 2; 3; 4; 5; 8; 11; 13; 14].

Исходя из такого предположения, мы эмпирически исследовали проявления мотивации достижения у лиц с психическими расстройствами, а также у лиц, которые могут быть отнесены к категории психически здоровых. Кроме того, мы построили модель исследуемого феномена, обладающую объяснительным потенциалом и позволяющую понять мотивационные особенности обеих категорий испытуемых (рис. 1).

Согласно Д.А. Леонтьеву, который продолжает отечественную традицию изучения личности в смысловой концепции, личностные ценности являются смыслообразующими по отношению к мотиву, в один ряд с которым ставятся также смысловые конструкты и смысловые диспозиции [10]. В настоящей статье речь пойдет только о ценностях достижения. Сразу отметим, что эта категория ценностей не является однородной.

Исследования О.С. Виндекер показывают, что в структуре мотивации достижения можно выделить две основные составляющие, связанные с адаптацией и трансценденцией, уровень развития и характер взаимодействия которых может быть различным [3].

Проанализировав данную позицию в контексте смысловой концепции личности Д.А. Леонтьева [10], мы предположили, что преобладание той или иной составляющей мотивации достижения должно быть связано с «достиженческими» смысловыми конструктами и со смысловыми диспозициями личности, которые наряду с мотивом достижения являются результатом преобладающей ценностной системы.

Если у человека преобладают ценности, связанные с адаптацией, формируются более выраженная «адаптивная» составляющая мотива достижения и соответствующие смысловые конструкты и диспозиции [8; 9]. Если же преобладают ценности, связанные с развитием и трансценденцией, формируется преобладающая «трансцендентная» составляющая и отвечающие ей смысловые конструкты и смысловые диспозиции [10; 15; 16].

Подробно изучив возможные связи и отношения между двумя составляющими мотивации достижения, мы выяснили, что в норме у человека имеются обе составляющие мотивации достижения с определенным преобладанием одной из них или примерно равной их представленностью в мотивационно-смысловой сфере человека. При психической патологии возможны либо крайнее проявление одной из тенденций при слабой представленности другой, либо крайне слабая представленность обеих тенденций. Представленная модель мотивации достижения, с нашей точки зрения, является адекватной для понимания мотивационных особенностей в норме и при психической патологии (рис. 1).

Два аспекта мотивации «достижения – развитие» и «достижения – адаптация» могут пребывать как в отношениях синергизма, так и в отношениях антагонизма. Если у человека присутствуют обе тенденции примерно в равной степени, он движим ими одновременно или поочередно. Если же устойчиво преобладает одна из составляющих, человек предпочитает либо развитие (трансценденцию), либо адаптацию. Человек здоров, пока у него присутствуют обе составляющих мотивационной сферы, находящиеся в состоянии динамичного неустойчивого равновесия. Фактор динамичности является знаком здоровья. Здоровый человек способен руководствоваться разными составляющими мотивационной сферы, переходить от реализации одних целей и ценностей к другим: от ценностей развития и самотрансценденции к ценностям адаптации и наоборот.

В ситуации психической патологии динамика этих двух мотивационных тенденций нарушена. Человек не способен менять мотивационный вектор в зависимости от требований окружающей ситуации, осознаваемых личностных, функциональных и иных ограничений. Поэтому баланс становится труднодостижимым или даже невозможным.

Адаптация, условно говоря, управляется извне (потому что ситуация требует), а трансценденция – изнутри (внутреннее личностное требование).

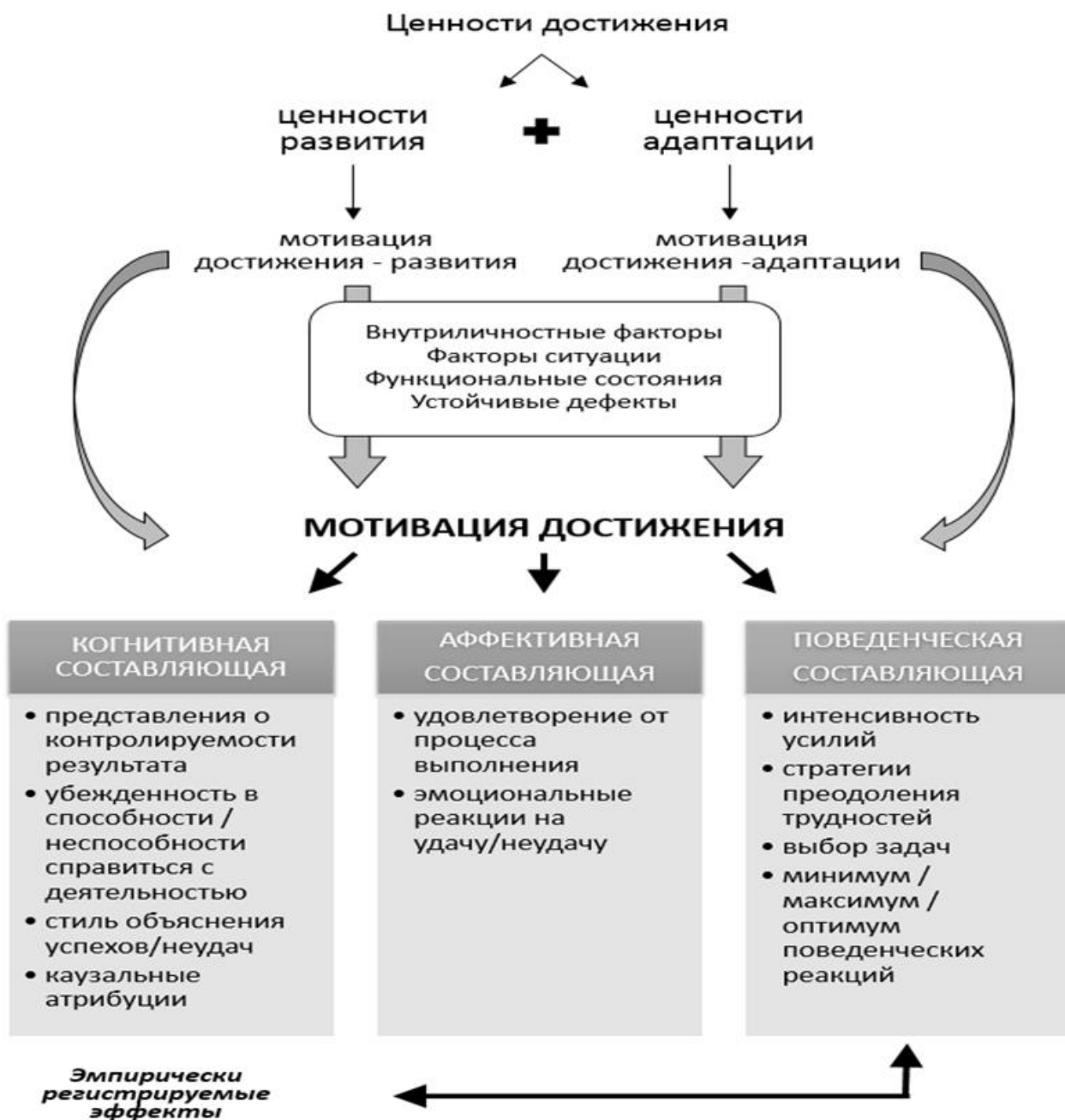


Рис 1. Равновесно-динамическая модель мотивации достижения

Экспериментальное изучение адаптационного и трансцендентного векторов мотивации достижения в норме решалось нами с помощью известных адаптированных методик [6; 12; 17].

Исследование мотивации достижения в группе лиц с психической патологией представляло собой более сложную задачу с точки зрения технической реализации,

поэтому для этого контингента лиц мы использовали в качестве операциональных критериев характеристики ответов испытуемых на задания теста Х. Хекхаузена [13].

Цель исследования: выявление и анализ адаптационной и трансцендентной составляющих мотивации достижения у лиц с психической патологией.

Задачи исследования: апробировать разработанные дополнительные практические категории к существующим ключевым категориям анализа историй, используемых в тесте Х. Хекхаузена. С помощью контент-анализа историй получить информацию о содержательной наполненности мотивации достижения.

Характеристика исследовательской выборки

В исследовательскую выборку были включены 3 группы испытуемых.

1-я группа. Пациенты психотерапевтического отделения и отделения экзогенных психических расстройств, пароксизмальных и кризисных состояний Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии (РНПЦППиН). Из них:

- 30 испытуемых с диагнозом «циклотимия» (F-34.0);
- 31 испытуемый с диагнозом «дистимия» (F-34.1);
- 147 испытуемых с диагнозом «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F-40–F-48), в том числе с диагнозом «неврастения» – 27 испытуемых, «обсессивно-компульсивное расстройство» – 25 человек, «недифференцированное соматоформное расстройство» – 26 человек, «ипохондрическое расстройство» – 28 испытуемых, «диссоциативные конверсионные расстройства» – 29 испытуемых, «смешанное тревожное и депрессивное расстройство» – 12 испытуемых;
- 57 испытуемых с диагнозом «психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» (F-10–F-19), в том числе с диагнозом «психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя» – 27 испытуемых; «психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов» – 30.

2-я группа. 104 испытуемых – менеджеры различных казахстанских компаний.

3-я группа. 150 испытуемых – студенты Казахского национального педагогического университета имени Абая и Казахской академии труда и социальных отношений.

В табл. 1 приведены социальные, профессиональные и иные показатели, дополнительно характеризующие исследовательскую выборку.

Таблица 1

Характеристика выборки

<i>Показатели</i>		<i>Лица с психическими нарушениями</i>	<i>Менеджеры</i>	<i>Студенты</i>
Возраст	абсолютное значение	20-46	28-64	19-25
x	среднее	33,1	48,4	20,7
	Σ	7,6	8,6	2,2
Стаж работы (в годах)	абсолютное значение	-	2-29	-
	среднее	-	8,7	-
	σ	-	4,1	-
Мужчин		132	62	67
Женщин		133	42	83
Семейных		182	88	14
Разведенных		38	10	-
Холостых		45	6	136
Количественные показатели болезней	Количество поступлений	1-6	-	-
	Длительность заболевания (в годах)	0,5-8	-	-
	Наличие коморбидной патологии (количество лиц)	9	-	-
Всего лиц по группе		265	104	150
Всего лиц		519		

Количественные показатели заболевания приведены для характеристики группы лиц с психическими нарушениями. В табл. 2 показан уровень образования лиц с психическими нарушениями.

Таблица 2

Уровень образования в группе лиц с психическими нарушениями

Уровень образования	Количество лиц
среднее образование	70
профессионально-техническое образование	67
высшее образование	126
послевузовское образование (аспирантура)	2
Всего	265

В целом по этой группе наблюдается соизмеримое соотношение количества лиц со средним и профессионально-техническим образованием (137) и количества лиц с высшим и послевузовским образованием (128).

Группы менеджеров и студентов представляли условную норму. Группа менеджеров прямо связана с деятельностью достижения. Группа студентов была привлечена к исследованию, так как социальная ситуация, в которую включены студенты, предполагает наличие достиженческой активности.

Методы и результаты исследования

Для определения значения и роли мотивации достижения в общей мотивационной структуре мы воспользовались тестом «Структура мотивации» [6]. Результаты по различиям количественных и качественных характеристик мотивации достижения между категориями лиц, представляющих норму и психическую патологию, были проанализированы с помощью методов математической статистики. Данные по уровню мотивации достижения у лиц, представляющих психическую патологию, мы сравнили с данными лиц, вошедших в группу условной нормы [16].

В табл. 3 представлены данные сравнения мотивации достижения у различных категорий исследуемых (указана значимость критерия Манна-Уитни).

Таблица 3

Сравнение показателей мотивации достижения между группами выборки

Группы выборки	Показатели мотивации достижения (МД)		Уровень значимости межгрупповых различий в показателях МД	
	Среднее значение	Стандартное отклонение	Менеджеры	Студенты
F-34.0	156	12,11	0,000	0,001
F-34.1	142	10,14	0,000	0,000
F-40 – F-48	158	14,59	0,016	0,027
F-10-F-19	154	11,13	0,002	0,007
Менеджеры	170	11,43	-	-
Студенты	165	13,18	-	-

Как видим, в показателях мотивации достижения между группами, представляющими психическую патологию, с одной стороны, и психическую норму – с другой, имеются значимые отличия.

В группе нормы (у студентов и менеджеров) средние показатели свидетельствуют о преобладании мотивации достижения. Напомним, что в тесте Мехрабиана показатели ниже 164 баллов расцениваются как свидетельство преобладания мотивации избегания неудачи, 164 и выше – преобладания мотивации достижения [17].

Во всех группах, представляющих психическую патологию, средний показатель мотивации достижения свидетельствует о преобладании мотивации избегания неудачи. При этом минимальный средний показатель – в группе лиц с диагнозом F-34.1 («дистимия»), максимальный – в группах лиц с диагнозами F-34.0 («циклотимия») и F -40–F-48 («невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства»).

Таким образом, данные, имеющиеся в литературе о преобладании мотивации избегания неудачи над мотивацией достижения успеха при психических расстройствах подтвердились и в нашем эмпирическом исследовании.

В табл. 4 представлены данные корреляций между показателями потребности в достижениях (тест-опросник «Потребность в достижении цели» Ю.М. Орлова) [17] и показателями мотивации достижения (тест-опросник мотивации достижения А. Мехрабиана) [17] у лиц с циклотимией, дистимией, невротическими и соматоформными расстройствами, а также с психическими расстройствами

и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ. Использован коэффициент корреляции Пирсона.

Таблица 4

Связь потребности в достижениях и мотивации достижения у лиц с психическими расстройствами

Группа испытуемых	Корреляции показателей ПД и МД	Значимость
F-34.0	0,279	0,122
F-34.1	0,117	0,524
F-40–F-48	-0,156	0,395
F-10-F-19	0,255	0,159

Как видим из табл. 4, значимых корреляций между потребностью в достижениях и мотивацией достижения не выявлено. Этот факт указывает на существующие различия между достиженческой активностью в норме и при психической патологии.

В табл. 5 представлены данные корреляций между показателями потребности в достижениях (тест-опросник «Потребность в достижении цели» Ю. М. Орлова) и показателями мотивации достижения (тест-опросник мотивации достижения А. Мехрабиана) у студентов и менеджеров (использован коэффициент корреляции Пирсона).

Таблица 5

Связь потребности в достижениях и мотивации достижения у менеджеров и студентов

Группа испытуемых	Корреляции показателей ПД и МД	Значимость (критерий Манна–Уитни)
Менеджеры	0,586**	0,175
Студенты	0,727**	0,066

Примечание. ** – корреляция является значимой на уровне 0,01.

Как видим, в обеих подгруппах выявлены значимые положительные связи между потребностью в достижениях и мотивацией достижения. Другими словами, чем выше у испытуемого существующая потребность в достижениях, тем с большей вероятностью она реализуется в соответствующей мотивации достижения, и наоборот.

В норме потребность в достижениях в большинстве случаев, опредмечиваясь, является основой для формирования соответствующего мотива, тогда как при психической патологии связь потребности в достижениях и соответствующей мотивации менее однозначная.

В табл. 6 приведены данные сравнения мотивов, входящих в структуру мотивации достижения, у различных категорий исследуемых (указана значимость критерия Манна–Уитни).

Таблица 6

**Сравнение показателей мотивации достижения
 между группами выборки**

Лица с психической патологией	Лица из группы условной нормы	
	Менеджеры	Студенты
Познавательный мотив		
F-34.0	0,000	0,000
F-34.1	0,000	0,000
F-40–F-48	0,000	0,000
F-10–F-19	0,000	0,000
Состязательный мотив		
F-34.0	0,000	0,000
F-34.1	0,000	0,000
F-40–F-48	0,016	0,044
F-10–F-19	0,000	0,000
Мотив достижения успеха		
F-34.0	0,000	0,000
F-34.1	0,000	0,000
F-40–F-48	0,033	0,178
F-10–F-19	0,000	0,000
Внутренний мотив		
F-34.0	0,000	0,000
F-34.1	0,000	0,000
F-40–F-48	0,000	0,000
F-10–F-19	0,000	0,000

Лица с психической патологией	Лица из группы условной нормы	
	Менеджеры	Студенты
Мотив значения результатов		
F-34.0	0,000	0,000
F-34.1	0,000	0,000
F-40–F-48	0,037	0,153
F-10–F-19	0,000	0,000
Мотив сложности заданий		
F-34.0	0,009	0,054
F-34.1	0,000	0,000
F-40–F-48	0,000	0,000
F-10–F-19	0,000	0,000

Из табл. 6 видно, что по большинству мотивов показатели значительно различаются. По мотивам достижения успеха и значения результатов не выявлено значимых отличий между лицами с невротическими нарушениями и группой студентов. Сравнение по этим же мотивам с группой менеджеров выявляет различия, однако значимость их ниже, чем та, которая получена при сравнении показателей других мотивов этой группы.

Отсутствие значимых различий по мотивам достижения успеха и значения результатов между группой лиц с невротическими расстройствами и группой студентов объясняется наличием осознаваемой лицами с невротическими расстройствами потребности в достижениях, которая реализуется в безопасных ситуациях.

По мотиву сложности заданий не выявлено различий между группой лиц с диагнозом «циклотимия» и группой студентов, что связано с переоценкой своих возможностей при решении сложных заданий лицами с диагнозом «циклотимия».

Если у студентов выраженность такого мотива в мотивационной структуре личности представляется закономерной и отражает особенности социальной ситуации, в которой они находятся, то у лиц с диагнозом «циклотимия» выраженность этого мотива является отражением неадекватной оценки собственных возможностей, а его реализация не всегда приводит к достижению поставленных целей.

Для выявления специфики мотивации достижения в контексте обнаруженных на контингенте здоровых испытуемых двух тенденций – адаптации и трансценденции – мы воспользовались тестом Хекхаузена как методом,

позволяющим получить более специфичную информацию о мотивации достижения по сравнению с опросниками [13].

Включение данного теста в комплекс методов эмпирического исследования мотивации достижения у испытуемых обусловлено, с одной стороны, относительной легкостью проведения исследования, с другой стороны, устоявшимся авторитетом данного метода среди специалистов в области мотивации достижения. Первый фактор был особенно значимым при проведении исследования с испытуемыми, относящимися к категории лиц с психическими нарушениями.

Для описания теоретических оснований метода, его содержания и параметров анализа исследуемого конструкта мы воспользовались практическим руководством к тесту, разработанным Л.Н. Собчик [13].

Стимульный материал, который предложил Хекхаузен, позволяет исследовать силу и направленность мотивационной сферы испытуемого. Он состоит из 6 картинок, имеющих много общего с картинками из теста ТАТ, но отличающихся тем, что на них представлены изображения ситуаций служебно-производственного характера. По созданным испытуемым рассказам на основе этих картинок экспериментатор с помощью «ключа» выделяет признаки, подсчет которых позволяет количественно представить и сравнить два ведущих мотива: 1) направленный на достижение цели и 2) направленный на избегание неудачи [13].

Е.А. Калинин и В.Г. Норакидзе в 1972 г. предложили модификацию этого метода, которая может применяться для целей как индивидуального, так и группового обследования. Обследуемому выдается лист со следующими вопросами: «1. Что здесь происходит и кто эти люди? 2. Как возникла эта ситуация, что произошло перед этим? 3. О чем думает каждый изображенный на картинке человек, чего каждый из них хочет? 4. Что произойдет дальше, чем все закончится?» [13].

Инструкция, которую получали наши испытуемые перед началом исследования, звучит практически так же, как в классическом варианте, с незначительными модификациями, связанными со временем и формой выполнения (не письменной, как в классическом варианте, *а устной*): «Это тест для исследования фантазии и способности к воображению. Вам будут последовательно предъявляться картинки. В Вашем распоряжении немного времени для того, чтобы рассмотреть изображение, и затем пять-десять минут для того, чтобы составить по нему историю. Сочините, пожалуйста, рассказ по каждой из 6 картинок. Я буду записывать рассказы, но не отвлекайтесь и рассказывайте в том темпе, в котором Вам удобно, желательно быстрее, чтобы уложиться по времени. Каждый раз ставятся те же 4 вопроса. Они должны помочь Вам в кратчайшее время объединить все существующие части в полную историю: опишите, какова ситуация на картине, что здесь происходит, кто эти люди; как возникла эта ситуация, что произошло перед этим; о чем думает каждый изображенный на картинке человек – чего он хочет, что произойдет дальше, чем все это закончится. Старайтесь затратить на каждую картинку не более 10 минут. В этом тесте нет правильных или неправильных ответов. Вы можете совершенно свободно придумать любую историю, какая Вам

придет в голову. Рассказов может быть более одного на каждую картинку. Постарайтесь составить истории так, чтобы они были по возможности живыми и интересными. Не описывайте просто так то, что изображено на картинке. Сочините историю. Если Вы сделаете ошибку, оговоритесь, то просто исправьте этот момент и рассказывайте дальше».

Со всеми испытуемыми тестирование проводилось в отдельном помещении, где они могли себя чувствовать свободно. Обработка рассказов проводилась в точном соответствии с направлениями, указанными в практическом руководстве Л.Н. Собчик [13], где приводятся данные о среднем уровне выраженности интенсивности мотивации достижения: он соответствует 12 баллам. Также Л.Н. Собчик пишет о среднем уровне мотивации избегания неудачи – 6 баллов. Таким образом, соотношение этих показателей в среднем соответствует пропорции 2:1. В табл. 7 представлены результаты соотношения средних значений мотивов стремления к успеху (СУ) и избегания неудачи (ИН).

Таблица 7

**Мотивы стремления к успеху (НУ) и избегания неудачи (СН)
 лиц с психической патологией**

Диагноз	Мотивы	Количество категорий	Индекс НУ:СН
F-34.1	НУ	12	0,4:1
	СН	30	
F-34.0	НУ	18	0,6:1
	СН	30	
F-48.0	НУ	10	0,5:1
	СН	18	
F-42.0	НУ	16	0,8:1
	СН	19	
F-44.0	НУ	20	0,7:1
	СН	27	
F-45.2	НУ	14	0,5:1
	СН	26	
F-45.1	НУ	20	0,7:1
	СН	28	
F-41.2	НУ	14	0,4:1
	СН	32	
F-10–F-19	НУ	18	0,5:1
	СН	34	
F-10–F-19	НУ	15	0,6:1
	СН	26	

Как видим из табл. 7, во всех подгруппах группы лиц с психической патологией обнаружено преобладание показателя «страх неудачи», что отражает преобладание мотивации избегания неудачи над мотивацией достижения.

При помощи контент-анализа историй испытуемых выделяются категории, ориентируясь на которые можно выявить преобладающую в мотивации достижения тенденцию – надежду на успех или страх неудачи.

Контент-анализ историй испытуемых позволил получить информацию об адаптивных и трансцендентных паттернах мотивации достижения лиц с психической патологией. Это стало возможным благодаря выделению в историях, составленных испытуемыми указанной группы, тех категорий, опираясь на которые можно сделать вывод о представленности в них либо адаптационной, либо трансцендентной тенденции, либо той и другой тенденций одновременно.

Необходимость выделения новых категорий в тесте Хекхаузена была продиктована сложностями получения какой-либо информации о трансцендентной и адаптационной составляющих мотивации достижения у лиц с психической патологией. Поэтому к уже существующим ключевым категориям анализа историй, мы добавили три дополнительные категории: *«реалистичность/нереалистичность постановки цели»*, *«продуктивность/непродуктивность инструментальной активности, направленной на достижение цели»*, *«цели в прошлом»*.

Две первые категории связаны между собой: вторая существенно определяет первую: реалистичность поставленной цели зависит от характера инструментальной активности, направленной на ее достижение.

Важно заметить, что сама по себе цель может быть сформулированной как позитивно, так и негативно. В первом случае речь идет о позитивно сформулированных высказываниях, в которых нет признаков страха или неуверенности в возможности достижения цели. Маркерами позитивно сформулированной цели являются слова «хочет», «собирается», «стремится», (но не «пытается»). При негативно сформулированной цели высказывания отражают потребность, намерение, желание или надежду на избегание неуспеха в деятельности, направленной на достижение. Соответственно, слова-маркеры следующие: «не хочет», «надеюсь, что не...», «стараются не...» и т.п.

Цель является *реалистичной*, если инструментальная активность, направленная на ее достижение, приводит к положительному результату (успеху или избеганию неудачи). Так, если у испытуемого существует потребность в успехе, и при этом он обнаруживает инструментальную активность, направленную на достижение успеха, результатом является достижение успеха (Пу → Иу → Успех). Как достижение успеха следует рассматривать и результат удовлетворения потребности в избегании неудачи, который достигается за счет инструментальной активности, направленной на избегание неудачи (Пн → Ин → Избегание неудачи).

Цель нереалистична, если инструментальная активность, направленная на ее достижение, приводит к негативному результату – неудаче: герою не удастся достичь желаемого успеха или избежать предполагаемой неудачи (Пу → Иу → Н или Пн → Ин → Н, где Пу – потребность в успехе, позитивно сформулированная цель; Пн – потребность в избегании неудачи, негативно сформулированная цель; Иу – инструментальная активность, направленная на достижение успеха; Ин – инструментальная активность, направленная на избегание неудачи; Н – неудача).

Хорошим диагностическим потенциалом также обладает выделенная нами категория «цели в прошлом». Она была введена после ее неоднократного обнаружения в историях испытуемых, вошедших в группу лиц с психической патологией.

На вопрос экспериментатора «Как возникла эта ситуация, что произошло перед этим?» в отношении картин, на основе которых испытуемыми составлялись истории, во многих ответах следовало описание прошлого, в котором можно обнаружить цели, стремления, мечты, то есть категории, позволяющие говорить о наличии трансцендентной составляющей в мотивации достижения испытуемых. Поэтому мы пришли к выводу, что упоминание этих моментов лицами с психической патологией может само по себе быть диагностическим признаком.

Такой индикатор помогает обнаружить трансцендентный вектор в прошлом испытуемого, в том отрезке жизни, который предшествовал формированию патологических паттернов. Нереализованность вектора трансценденции, очевидно, является одним из «нерешенных жизненных вопросов», которые беспокоят испытуемых. Выявление этой категории в ответах испытуемых может свидетельствовать о стремлениях и намерениях, которые могли остаться нереализованными из-за особого варианта адаптации, который представляет из себя патология [9].

В табл. 8 представлены частота встречаемости вышеуказанных категорий в историях испытуемых с психической патологией.

По категориям «реалистичность цели» и «продуктивность инструментальной активности» указан % «+» и «-» от общего количества ответов по указанной категории в подгруппе, по категории «цели в прошлом» – % протоколов, в которых упоминается эта категория, по отношению к общему количеству протоколов в подгруппе. Реалистичность поставленной цели определяется адекватностью продуктивной инструментальной активности, которая в результате приводит к успеху или неудаче. Табл. 8 наглядно иллюстрирует преобладание нереалистичных целей над реалистичными в исследуемой группе. Общая тенденция достаточно показательно отражена в полученных данных.

Таблица 8

Частота категорий «реалистичность цели», «продуктивность инструментальной активности» и «цели в прошлом»

Диагноз	Реалистичность (+) – нереалистичность (-)		Продуктивность (+) – непродуктивность (-)		Цели в прошлом
	+	-	+	-	
F-34.1 n=31	42,3	57,7	44,1	55,9	52
F-34.0 n=30	45,8	54,2	42,6	57,4	63
F-48.0 n=27	40,8	59,2	40,2	59,8	72
F-42.0 n=25	36,1	63,9	40,0	60,0	75
F-44.0 n=29	47,0	53,0	45,6	54,4	81
F-45.2 n=28	38,6	61,4	40,1	59,9	55
F-45.1 n=26	48,1	51,9	46,8	53,2	53
F-41.2 n=12	32,4	67,6	30,4	69,6	54
F-10-F-19 n=27	31,5	68,5	33,8	66,2	79
F-10-F-19 n=30	25,9	74,1	29,7	70,3	51

Приведем два примера из анализа протоколов с рассказами испытуемых, которые дают возможность выделить предлагаемые нами категории в каждой подгруппе.

Пример рассказа по картине теста Хекхаузена испытуемой К., 29 лет, диагноз «неврастения». В скобках обозначены категории, которые встречаются в рассказе.

Это учитель и ученик. 10-11 класс. Ученик не выучил урок. Точнее, он не совсем разобрался в материале... (Н). Пробовал, но не получилось (Иу, Н). Скорее всего, это какой-то трудный предмет, физика или математика. У него вообще сегодня не было желания идти в школу (Пн)... Но потом он все-таки пошел. Надеялся, что его не

спросят. Но его вызвали к доске. Раньше ему эти предметы нравились. Он даже ходил на факультатив по физике и мечтал стать инженером-атомщиком (Ц). Теперь он хочет, чтобы это как можно скорее закончилось (Пн). Ждет – а вдруг прозвонит звонок... Ему поставят двойку и вызовут родителей в школу.

В подгруппе лиц с диагнозом «неврастения» как позитивно, так и негативно сформулированные цели четко не выражены. Инструментальная активность носит характер проб, попыток достичь цели, но, как правило, завершается неудачей.

Пример рассказа испытуемого М., 38 лет, диагноз «обсессивно-компульсивное расстройство».

Токарь. Он пенсионер. Мастер поручил ему изготовить уникальную деталь для космической ракеты. Токарь хочет оправдать доверие мастера и изготовить эту деталь (Пу). В прошлом только ему доверяли сложную работу. Он даже хотел стать инженером и поступить в институт (Ц). Токарь думает: «Смогу ли? А вдруг не смогу, и тогда меня уводят» (Он). Весь день он пытался сделать работу, сверял с образцом, просил совета у сотрудников, шлифовал (Иу). И вот настал момент истины. Рабочий застыл (СН) в ожидании вердикта мастера. Он думает, что если что-то не так, его точно отправят на пенсию (Он). Мастер делает необходимые измерения и обнаруживает неточность (Н). Токарь: «Теперь уж точно уволят». Мастер был зол. Рабочему было стыдно. Он подал заявление «по собственному желанию».

В подгруппе испытуемых с диагнозом «обсессивно-компульсивное расстройство» позитивно сформулированная цель сопровождается сомнениями в возможности достижения и ожиданием неудачи. Инструментальная активность носит «пробующий» характер и направлена на избегание неудачи: Пу → Он → Ин → Н, где Он – ожидание неудачи.

При прочих равных условиях в большинстве историй негативно сформулированная цель доминирует, и она тоже приводит к неудаче. Общая схема ситуации достижения такая: Иу → Н; Пн → Н.

Выводы

1. Представленная в статье авторская равновесно-динамическая модель мотивации достижения доказывает наличие в мотивации двух тенденций – адаптации и трансценденции и является адекватной для понимания мотивационных особенностей в норме и при психической патологии.

2. Психическое здоровье и психическая патология связаны с адаптацией и трансценденцией нелинейными связями. Устойчивое преобладание одной из мотивационных тенденций со стабильным нарушением динамического равновесия является знаком патологии. Динамичность и сбалансированность мотивационной системы являются знаками здоровья.

3. По всем нозологическим формам, представленными в группе лиц с психической патологией, средний показатель мотивации достижения свидетельствует о преобладании мотивации избегания неудачи. При этом минимальный средний показатель – в группе F-34.1, максимальный – в группах F-34.0 и F-40–F-48. Средние показатели мотивации достижения в группе нормы (студенты и менеджеры) свидетельствуют о преобладании мотивации достижения.

4. На материале лиц с психической патологией получены данные, свидетельствующие об отсутствии связи уровней потребности в достижениях и соответствующей мотивации у лиц с диагнозами F-34.0, F-34.1, F-40–F-48, F-10–F-19. В группах условной нормы выявлены значимые положительные связи между потребностью в достижениях и мотивацией достижения.

5. Для выявления и анализа адаптационной и трансцендентной составляющих мотивации достижения у лиц с психической патологией были разработаны и апробированы дополнительные практические категории («реалистичность/нереалистичность постановки цели», «продуктивность/непродуктивность инструментальной активности, направленной на достижение цели», «цели в прошлом») к существующим ключевым категориям анализа историй, используемых в тесте Х. Хекхаузена.

6. С помощью контент-анализа историй получена информация о содержательной наполненности мотивации достижения. У лиц с диагнозами F-48.0, F-42.0, F-44.0, F-45.2 цель формулируется преимущественно позитивно; у лиц с диагнозом F-45.1 цель формулируется преимущественно негативно; у лиц с диагнозом F-41.2 постановка цели блокирована негативными переживаниями.

7. У лиц с диагнозами F-48.0, F-44.0, F-45.2 преобладает инструментальная активность, направленная на успех; у лиц с диагнозами F-42.0 и F-45.1 преобладает инструментальная активность, направленная на избегание неудачи; у лиц с диагнозом F-41.2 – инструментальная активность блокирована ожиданием неудачи.

8. Для лиц с диагнозом F-34.1 характерна амбивалентность цели при преобладании инструментальной активности, направленной на успех. Для лиц с диагнозом F-34.0 характерно позитивное формулирование цели с сопутствующей продуктивной инструментальной активностью.

9. У лиц с диагнозом F-10 и F-19 позитивно сформулированные цели соотносятся с прошлым. Продуктивная инструментальная активность в прошлом приводит к неудаче, а в настоящем ожидание успеха основывается не на реальной деятельности, а на воспоминаниях о прошлом, которое расценивается как неудачное.

Таким образом, с помощью разработанных нами дополнительных практических категорий к ключевым категориям анализа историй в тесте Х. Хекхаузена мы смогли выделить продуктивные и непродуктивные паттерны в

структуре мотивации достижения, а также выявить две тенденции – адаптационную и трансцендентную составляющие мотивации достижения у лиц с психической патологией.

Литература

1. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства: руководство для врачей. М.: Медицина, 1993. 400 с.
2. *Бурлачук Л.Ф.* Исследование личности в клинической психологии. Киев: Вища школа, 1979. 135 с.
3. *Виндекер О.С.* Структура и психологические корреляты мотивации достижения: дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Екатеринбург, 2010. 203 с.
4. *Гаранян Н.Г.* Структура мотива достижения у студентов с разным уровнем перфекционизма [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2012. № 1. URL: <http://psyedu.ru/journal/2012/1/2645.phtml> (дата обращения: 20.08.2015).
5. *Гордеева Т.О.* Мотивация достижения: теории, исследования, проблемы // Современная психология мотивации. М.: Смысл, 2002. С. 47–102.
6. *Елисеев О. П.* Практикум по психологии личности. СПб.: Питер, 2003. 560 с.
7. *Казначеев В.П.* Современные аспекты адаптации. Новосибирск: Наука, 1980. 192 с.
8. *Короленко Ц.П.* Личностные и диссоциативные расстройства: расширение границ диагностики и терапии. Новосибирск: изд-во НГПУ, 2006. 448 с.
9. *Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С.* Уточнение основных понятий концепции адаптации психически больных // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. Т. 3. Харьков, 1996. С. 233–235.
10. *Леонтьев Д.А.* Симбиоз и адаптация или автономия и трансценденция: выбор личности в непредсказуемом мире // Личность в современном мире: от стратегии выживания к стратегии жизнотворчества / Под ред. Е.И. Яцуты. Кемерово: ИПК «Графика», 2002. С. 3–34.
11. *Морогин В.Г.* Процесс мотивации в норме и при психической патологии // Вестник Томского государственного педагогического университета. Серия «Психология». 2006. Т. 53. № 2. С. 98–114.

Жиенбаева Н.Б., Акназаров С.А., Тапалова О.Б.
Исследование направленности мотивации
достижения (адаптации и трансценденции)
при психической патологии
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 3. С. 62–84.

Zhiyenbayeva N.B., Aknazarov S.A., Tapalova O.B.
Direction of achievement motivation
(adaptation and transcendence)
in mental disorders
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 3, pp. 62–84.

12. *Осницкий А.К.* Определение характеристик социальной адаптации // Психология и школа. 2004. № 1. С. 43–56.

13. *Собчик Л.Н.* Мотивационный тест Хекхаузена. Практическое руководство. СПб.: Речь, 2002. 16 с.

14. *Тапалова О.Б.* Мотивационная направленность личности при пограничных психических расстройствах [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2014. Т. 3. № 1. URL: www.psyjournals.ru/psyclin (дата обращения 14.03.2014).

15. Тапалова О.Б., Жиенбаева Н.Б. Направленность мотивации достижения: адаптация и трансценденция // Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology. Budapest, 2015. Т. 3. № 59. P. 82–90.

16. *Tapalova O.B.* Research Achievement Motivation of Managers and Students [Электронный ресурс] // American Journal of Applied Psychology. 2015. Vol. 3. № 3. P. 67–70. URL: <http://pubs.sciepub.com/ajap.3-3-4> (дата обращения: 06.06.2015).

17. *Фетискин Н.П.* Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М., 2002. 490 с.

Direction of Achievement Motivation (Adaptation and Transcendence) in Mental Disorders

Zhiyenbayeva N.B.,

Doctor of Psychology, Professor of psychology Department, Abay Kazakh National Pedagogical University, Almaty, Kazakhstan, zh_nadejda@mail.ru

Aknazarov S.A.,

Psychiatrist of the highest category, psychiatrist, Head of Department of psychotherapy, Republican Scientific and Practical Center of Psychiatry, Psychotherapy and Addiction. Almaty, Kazakhstan, aknazarov@mail.ru

Tapalova O.B.,

Doctor of Psychology, Associated Professor, Department of general and applied psychology, Abay Kazakh National Pedagogical University, Almaty, Kazakhstan, olya.mag@mail.ru

This article presents an analysis of adaptive and transcendental components of the motivation of achievement in patients with mental disorders. The presented author's model of the motivation of achievement reveals that, in the norm, a person has both components of that model with a temporary predominance or with equal representation of one of them in the human motivational-semantic sphere. With mental pathology, either the extreme manifestation of one of the trends is possible, or an extremely weak representation of both trends. During the course of empirical research which was aimed to identify and analyse the adoptive and transcendental components of the motivation of achievement in psychopathology three additional categories were added to existing key categories of subjects stories analysis on the basis of pictures used in Hekhausen test. These categories are: “realistic-unrealistic goal setting”; “productive-unproductive instrumental activity aimed at achieving the goal”; “target in the past”.

Keywords: motivation of achievement, equilibrium-dynamic model, adaptation, transcendence, realism, not realistic, productivity, unproductiveness, instrumental activity, targets in the past.

References

1. Aleksandrovskij Ju.A. Pogranichnye psihicheskie rasstrojstva: rukovodstvo dlja vrachej [Borderline mental disorders: a guide for doctors]. Moscow: Medicina, 1993. 400 p.
2. Burlachuk L.F. Issledovanie lichnosti v klinicheskoj psihologii [Research of personality in clinical psychology]. Kiev: Vishha shkola, 1979. 135 p.
3. Vindeker O.S. Struktura i psihologicheskie korreljaty motivacii dostizhenija: diss. ... kand. psihol. nauk [Structure and psychological correlates of achievement motivation: diss. ... PhD (Psychology)]. Ekaterinburg, 2010. 203 p.
4. Garanjan N.G. Struktura motiva dostizhenija u studentov s raznym urovnem perfekcionizma [Structure of the motivation of achievement in students with different levels of perfectionism]. *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru [Psychological science and education psyedu.ru]*, 2012, no. 1. URL: <http://psyedu.ru/journal/2012/1/2645.phtml>. (Accessed: 20.08.2015).
5. Gordeeva T.O. Motivacija dostizhenija: teorii, issledovanija, problem [Motivation of achievement: theory, research, problems]. In *Sovremennaja psihologija motivacii [Modern psychology of motivation]*. Moscow: Smysl, 2002, pp. 47–102.
6. Eliseev O.P. Praktikum po psihologii lichnosti [Workshop on the psychology of personality]. St. Petersburg: Piter, 2003. 560 p.
7. Kaznacheev V.P. Sovremennye aspekty adaptacii [Modern aspects of adaptation]. Novosibirsk: Nauka, 1980. 192 p.
8. Korolenko C.P. Lichnostnye i dissociativnye rasstrojstva: rasshirenie granic diagnostiki i terapii [Personal and dissociative disorders: widening the boundaries of diagnosis and therapy]. Novosibirsk: publ. of NGPU, 2006. 448 p.
9. Kocjubinskij A.P., Shejnina N.S. Utochnenie osnovnyh ponjatij koncepcii adaptacii psihicheski bol'nyh [Clarification of the basic concepts of the concept of adaptation of mentally ill]. In I.I. Kut'ko, P.T. Petrjuka (Eds.) *Istorija Saburovoj dachi. Uspehi psichiatrii, nevrologii, nejrohirurgii i narkologii: Sbornik nauchnyh rabot Ukrainського NII klinicheskoi i jeksperimental'noj nevrologii i psichiatrii i Har'kovskoj gorodskoj klinicheskoi psichiatricheskoi bol'nicy № 15 (Saburovoj dachi) [History of Saburova dacha. Successes of psychiatry, neurology, neurosurgery and narcology: Collection of scientific works of the Ukrainian Research Institute of Clinical and Experimental Neurology and Psychiatry and the Kharkiv City Clinical Psychiatric Hospital No. 15 (Saburova Dachi)]*. Vol. 3. Har'kov, 1996, pp. 233–235.
10. Leont'ev D.A. Simbioz i adaptacija ili avtonomija i transcencencija: vybor lichnosti v nepredskazuemom mire [Symbiosis and adaptation or autonomy and transcendence: the choice of a person in an unpredictable world]. In E.I. Jacuty *Lichnost' v sovremennom mire: ot strategii vyzhivanija k strategii zhiznetvorchestva [Personality in the modern world: from*

Жиенбаева Н.Б., Акназаров С.А., Тапалова О.Б.
Исследование направленности мотивации
достижения (адаптации и трансценденции)
при психической патологии
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 3. С. 62–84.

Zhiyenbayeva N.B., Aknazarov S.A., Tapalova O.B.
Direction of achievement motivation
(adaptation and transcendence)
in mental disorders
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 3, pp. 62–84.

the strategy of survival to the strategy of life creation]. Kemerovo: IPK "Grafika", 2002, pp. 3–34.

11. Morogin V.G. Process motivacii v norme i pri psihicheskoj patologii [The process of motivation in norm and with mental pathology]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. Serija «Psihologija» [Bulletin of Tomsk State Pedagogical University. Series "Psychology."]*, 2006, vol. 53, no. 2, pp. 98–114.

12. Osnickij A.K. Opredelenie harakteristik social'noj adaptacii [Determination of the characteristics of social adaptation. *Psihologija i shkola. [Psychology and school]*, 2004, no. 1, pp. 43–56.

13. Sobchik L.N. Motivacionnyj test Hekhauzena. Prakticheskoe rukovodstvo [Hekhauzen's motivation test. Practical guidance.]. St. Petersburg: Rech', 2002. 16 p.

14. Tapalova O.B. Motivacionnaja napravlennost' lichnosti pri pogranichnyh psihicheskikh rasstrojstvah [Motivational orientation of the individual with borderline mental disorders]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija [Clinical and special psychology]*, 2014, vol. 3, no. 1. URL: shhshhshh.psyjournals.ru/psyclin. (Accessed: 14.03.2014).

15. Tapalova O.B. Zhienbaeva N.B. Napravlennost' motivacii dostizhenija: adaptacija i transcencencija [Directivity of achievement motivation: adaptation and transcendence]. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. Budapest, 2015, vol. 3, no. 59, pp. 82–90.

16. Tapalova O.B. Research Achievement Motivation of Managers and Students. *American Journal of Applied Psychology*, 2015, vol. 3, no. 3, pp. 67–70. URL: <http://pubs.sciepub.com/ajap.3-3-4> (Accessed: 06.06.2015).

17. Fetiskin N.P. Social'no-psihologicheskaja diagnostika razvitija lichnosti i malyh grupp [Socio-psychological diagnosis of personality development and small groups]. Moscow, 2002. 490 p.

Ресурсное обеспечение образовательных организаций при реализации инклюзивного образования (опыт образовательных организаций «Новой Москвы»)

Самсонова Е.В.,

кандидат психологических наук, руководитель, Научно-методический центр, Институт проблем инклюзивного образования, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, elsamson@yandex.ru

Горбунова В.А.,

заместитель директора, Центр дополнительного образования «Детский технопарк «Кванториум»» (ГБОУ ВО МО «Технологический университет»), Королев; методист, Школа № 2083 (ГБОУ г. Москвы «Школа № 2083»), Москва, Россия, vgorbunova2010@gmail.com

В статье приводятся данные прикладного социально-психологического исследования, посвященного анализу процессов ресурсообеспечения инклюзивного образования. Выделяются методологические основания создания специальных образовательных условий для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья; представлен анализ необходимых ресурсов. Экспериментальная часть посвящена исследованию процессов обеспечения специальных образовательных условий для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья как организационно-управленческого ресурса в условиях внедрения инклюзивных практик. Подведены итоги мероприятия, проведенного на базе образовательных организаций Троицкого и Новомосковского административных округов. Предложенная в работе модель многокомпонентной образовательной сети с целью ресурсного обеспечения специальных образовательных условий для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть тиражируема в системе инклюзивного образования России в связи с актуальностью проблемы ресурсного дефицита общеобразовательных организаций на современном этапе развития образования.

Ключевые слова: инклюзивное образование, обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья, специальные образовательные условия, образовательные организации, сетевое взаимодействие, ресурсное обеспечение.

Для цитаты:

Самсонова Е.В., Горбунова В.А. Ресурсное обеспечение образовательных организаций при реализации инклюзивного образования (опыт образовательных организаций «Новой Москвы») [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 3. С. 85–103. doi: 10.17759/psyclin.2017060305

For citation:

Samsonova E.V., Gorbunova V.A. Resource support for educational organizations in the implementation of inclusive education (the experience of the educational organizations of the New Moscow District) [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia], 2017, vol. 6, no. 3, pp. 85–103. doi: 10.17759/psycljn.2017060305 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Законодательные механизмы в области образования сегодня привели к формированию предпосылок реализации инклюзивного образования во всех образовательных организациях. Инклюзивное образование в России стало легитимным после вступления в силу нового закона об образовании в Российской Федерации. Инклюзивное образование (англ. *inclusion* – включение, добавление, прибавление, присоединение) предполагает реформирование образовательной среды, поиска новых педагогических подходов к обучению. Чтобы стать инклюзивной, образовательная организация должна пройти цикл преобразований и сама адаптироваться к особым образовательным потребностям детей. Иными словами, школа не становится инклюзивной автоматически с приходом в общий класс или группу ребенка с теми или иными особенностями. Образовательная организация сможет стать инклюзивной лишь в случае обеспечения организационными, финансовыми, методическими, кадровыми, информационными ресурсами. Исследование процессов ресурсообеспечения инклюзивной практики является актуальной задачей для современного образования.

Цель: исследование процессов ресурсного обеспечения инклюзивного образования на примере Троицкого и Новомосковского административных округов (далее – ТиНАО) города Москвы.

Гипотеза: ресурсное обеспечение является организационно-управленческой возможностью создания специальных образовательных условий обучающимся с ОВЗ при реализации инклюзивного образования.

База исследования: исследование было проведено на базе двенадцати образовательных организаций – образовательных комплексов школ ТиНАО № 1391, 1392, 1788, 2057, 2065, 2070, 2073, 2075, 2083, 2117, 2120, 2122.

Методы исследования: анкетирование (анкета «Самоанализ готовности образовательного комплекса для обеспечения СОУ обучающимся с ОВЗ», состоящая из 11 показателей готовности образовательной организации к реализации инклюзивной практики, с фиксацией наличия либо отсутствия показателя (есть/нет)); метод проектирования (проектирование командой образовательной организации стратегии включения детей с ОВЗ в образовательное пространство школы/детского сада, включающее анализ ситуации, определение дефицитов, поиск путей разрешения проблемы, разработку плана действий), моделирование (методика разработки рабочей группой моделей ресурсных центров инклюзивного образования и процессов взаимодействия участников сети), анализ.

В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» для удовлетворения особых образовательных потребностей обучающихся с ОВЗ в образовательной организации должны быть созданы специальные образовательные условия для получения образования обучающимися с ОВЗ [12].

Особенности создания СОУ для обучающихся с ОВЗ в образовательной организации исследуются достаточно подробно отечественными специалистами. Данная тематика нашла свое отражение в публикациях С.В. Алехиной, О.А. Козыревой, Н.Н. Малофеева, Е.В. Самсоновой, М.М. Семаго, Н.Я. Семаго [1; 4; 5; 6; 7; 9; 11] и других авторов.

Для реализации инклюзивного образования необходимо ресурсное обеспечение. С.В. Алехина выделяет пять основных направлений ресурсного обеспечения инклюзивного образования [2]:

- 1) научное и методическое обеспечение деятельности педагогических коллективов;
- 2) психологическое сопровождение всех участников инклюзивных процессов;
- 3) проектирование процесса взаимодействия различных уровней образовательной системы;
- 4) разработка практико-ориентированных технологий индивидуального обучения и психолого-педагогического сопровождения процессов включения ребенка с особыми образовательными потребностями в общеобразовательную среду;
- 5) моделирование компонентов и содержательное наполнение инклюзивной образовательной среды.

В предложенной ниже таблице представлена классификация СОУ по типам ресурсов, которые необходимо задействовать образовательной организации при реализации инклюзии.

Таблица

Классификация специальных образовательных условий по видам ресурсов

Тип ресурса	СОУ
Материально-технический	<ul style="list-style-type: none"> - архитектурная доступность зданий/сооружений; наличие оборудованных гардеробов, санузлов, мест личной гигиены и т.п.; - организация временного режима обучения; - организация рабочего места ребенка с ОВЗ; - технические средства обеспечения комфортного доступа ребенка с ОВЗ к образованию (ассистирующие средства и технологии); - технические средства обучения для каждой категории детей с ОВЗ (включая специализированные компьютерные инструменты обучения, ориентированные на удовлетворение особых образовательных потребностей); - специальные учебники, рабочие тетради и дидактические материалы, отвечающие особым образовательным потребностям детей на каждой ступени образования в соответствии с выбранным уровнем и вариантом стандарта образования
Финансово-экономический	<ul style="list-style-type: none"> - параметры соответствующих нормативов и механизмы их исполнения; - учет индивидуальной специальной поддержки ребенка с ОВЗ в зависимости от варианта специального стандарта
Нормативно-правовой	<ul style="list-style-type: none"> - локальные акты образовательной организации, обеспечивающие возможность обучения детей с особыми потребностями по адаптированным образовательным программам и индивидуальным учебным планам, фиксирующие согласованный выбор и разделение ответственности всех участников образовательного процесса, включая родителей
Кадровый	<ul style="list-style-type: none"> - педагогические и руководящие работники, компетентные в понимании особых образовательных потребностей детей с ОВЗ;

Тип ресурса	СОУ
Кадровый	<ul style="list-style-type: none"> - педагогические работники, обладающие инклюзивной грамотностью (когнитивная, методическая, мотивационная); - укомплектованность учреждения специалистами сопровождения: педагоги-психологи, нейропсихологи, учителя-дефектологи, учителя-логопеды, специалисты ЛФК, тьюторы, ассистенты (помощники), учителя
Научно-методический	<ul style="list-style-type: none"> - адаптированные образовательные программы для детей с ОВЗ соответствующей категории; - программы коррекционно-развивающих занятий; - технологии психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ; - инклюзивные технологии; - методические и дидактические материалы; - учебная литература, адаптированная для детей с ОВЗ; - методические рекомендации; - диагностический инструментарий для оценки уровня освоения материала и т.д.
Информационный	<ul style="list-style-type: none"> - электронные библиотеки, порталы и сайты, дистанционный консультативный сервис для педагогов и родителей, включая получение индивидуальной консультации квалифицированных специалистов для обеспечения: - доступности информационных ресурсов о философии инклюзии; - доступности информационных ресурсов в сфере специальной психологии и коррекционной педагогики; - возможности регулярного обмена информацией между специалистами разного профиля, специалистами и семьей
Организационно-управленческий	<ul style="list-style-type: none"> - стратегия по формированию инклюзивной культуры в образовательной организации; - управление развитием инклюзивной образовательной среды; - организация массовой переподготовки педагогов по формированию и развитию инклюзивной компетентности; - поиск и перераспределение ресурсов для выполнения задач инклюзивного образования; - система мотивации сотрудников с учетом аспектов инклюзии; - система измерений и оценки показателей

Очевидно, что далеко не каждая общеобразовательная организация России обладает всей совокупностью ресурсов, необходимых для решения поставленной задачи. Для общеобразовательных организаций, не имевших прежде опыта работы с обучающимися с ОВЗ, задача обеспечения СОУ представляет серьезную проблему. При любой модернизации системы образования прежде всего должен быть задействован организационно-управленческий ресурс, от эффективности которого зависит поступление других ресурсов и, соответственно, успех изменений.

При управлении ресурсами для обеспечения потребностей инклюзивного образования необходимо учитывать свойства ресурсов – взаимозаменяемость, комбинируемость, мобильность и комплексность, их альтернативную стоимость.

Инклюзивная компетентность образовательной организации, включающая кадровый, научно-методический, правовой и информационный аспекты, является одной из наиболее дефицитных потребностей на начальном этапе реализации инклюзии. Поэтому при переходе образовательной организации на новые формы работы организационно-управленческие усилия должны быть сориентированы на ее развитие.

Сетевое взаимодействие образовательных организаций для развития инклюзивного образования

Проблема российских школ при переходе на инклюзивное образование видится прежде всего в недостаточности ресурсов одного образовательного учреждения для обеспечения специальных образовательных условий обучающимся с ОВЗ.

При исследовании особенностей инклюзивных практик в образовательных организациях Москвы Е.В. Самсоновой было отмечено, что при организации обучения детей с ОВЗ в массовой школе обеспечить возможности для создания необходимых СОУ может сетевое взаимодействие образовательных и иных организаций. Выбор модели сетевого взаимодействия образовательных организаций основывается на учете внешних и внутренних ресурсов по обеспечению качественного доступного образования для всех обучающихся. В исследовании Е.В. Самсоновой описываются три сетевые модели взаимодействия образовательных организаций: на основе стратегического партнерства, на основе ресурсного центра и аутсорсинг как сетевая модель взаимодействия [10].

Настоящее исследование показывает, что при организации процессов ресурсного обеспечения инклюзивного образования возможна реализация моделей смешанного типа – комплексных моделей сетевого взаимодействия образовательных организаций (рис. 1).

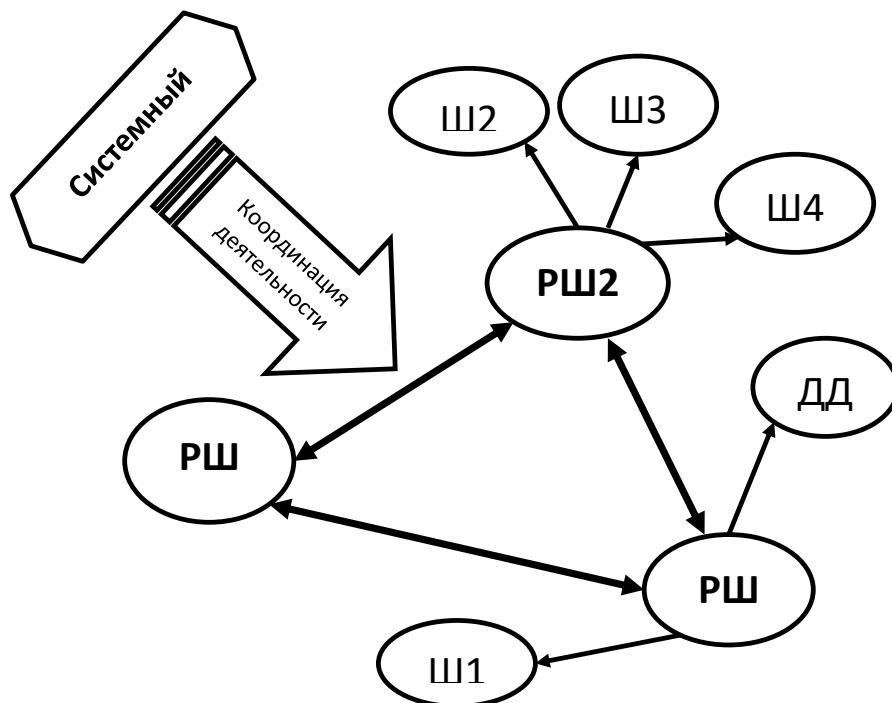


Рис. 1. Модель ресурсного обеспечения смешанного типа

Примечания: РШ – Ресурсная школа, Ш – школа, УДО – учреждение дополнительного образования.

Компонентами модели ресурсного обеспечения смешанного типа являются:

- простые участники сети;
- узлы сетевой организованности – ресурсные школы;
- концентрические подсети, узлами которых являются ресурсные школы;
- распределенные подсети, отражающие взаимодействие равных партнеров – ресурсных школ.

В модели представлены два типа отношений между участниками сети:

- связь типа «донор – реципиент» (однонаправленные стрелки) отражает донорные отношения, которые характеризуют процессы предоставления ресурсными школами недостающих ресурсов для обеспечения СОУ простым участникам сети – школам;
- связь взаимобмена (равнонаправленные стрелки) отражает паритетные отношения равных партнеров, характеризующие процессы взаимодействия узлов сети между собой.

Управление сетевым взаимодействием в данной модели основано на горизонтальных связях, которые субъекты сети выстраивают самостоятельно.

Здесь наблюдается двойственный характер обмена ресурсами: с одной стороны, ресурсный центр предоставляет дополнительные ресурсы образовательным учреждениям, испытывающим дефицит в ресурсном обеспечении, и с другой – участвует в формировании интегрированного сетевого ресурса на условиях паритетной кооперации с другими субъектами сетевого взаимодействия на договорных началах.

Модель смешанного типа характеризуется расширением поля сетевого взаимодействия и требует системной интеграции.

В сфере IT-технологий в настоящее время получили большое распространение услуги так называемых системных интеграторов, задача которых выстраивать эффективные контакты с теми людьми и организациями, которых они не могут контролировать, так как формально они им не подчинены.

Системный интегратор отвечает за качество сетевой организованности, за координацию деятельности сетевого сообщества для достижения поставленной цели, однако подобное регулирование не должно быть средством контроля. Взаимосвязь организовывается для получения дополнительных преимуществ, которые можно извлечь лишь при совместной работе и при использовании всех зависимых элементов, в отличие от единоличного применения. Управление взаимодействием при системном интегрировании обеспечивается координацией деятельности как внутри сети, так и с внешними системами [8]. Системная интеграция, безусловно, важна для эффективного функционирования образовательных сетей сложной структуры. При отсутствии системного интегратора сетевое взаимодействие образовательных организаций, как правило, перерастает в хаотичное и малопродуктивное.

Таким образом, в российской системе образования в условиях ресурсного дефицита при реализации инклюзивных практик также наблюдается тенденция к взаимовыгодному сотрудничеству образовательных и иных организаций для обеспечения специальных образовательных условий детям с ОВЗ. Выбор вида сетевого взаимодействия: распределенная, концентрическая модель, аутсорсинг или смешанная модель – зависит от условий, запросов и дефицитов конкретной ситуации.

Исследование процессов ресурсного обеспечения инклюзивного образования в образовательных организациях Троицкого и Новомосковского административных округов Москвы

На начало 2015 года в образовательных организациях ТиНАО обучалось и воспитывалось 42335 детей в возрасте от 3 до 18 лет и 585 из них имели разные

категории ОВЗ, при этом 338 обучающихся с ОВЗ посещали общеобразовательные классы/группы и 96 имели медицинские показания к обучению на дому по индивидуальным образовательным программам. Из них 56% – дети с нарушениями речи, 18% – с соматическими заболеваниями, 10% – с нарушениями опорно-двигательного аппарата, 8 % – с ЗПР, 5% – с нарушениями зрения, 1,5% – с нарушениями интеллекта, 1,5% – дети с РАС.

Стартовое положение образовательных организаций ТиНАО во многом отличается от других административных округов Москвы. Новые территории были формально присоединены к столице в 2012 году, хотя фактически масштабная реорганизация системы образования новых столичных округов проходила в течение 2013 и 2014 годов. Только к середине 2015 года завершилось объединение школ и дошкольных учреждений ТиНАО в образовательные комплексы.

Ни одна из образовательных организаций, вошедших в состав образовательных комплексов ТиНАО, ранее не имела опыта инклюзивной практики, не принимала участия в целевых программах по организации инклюзивного образования и, соответственно, к 2014/15 учебному году не обладала ресурсами (кадровыми, методическими, нормативно-правовыми, материально-техническими и т.д.), необходимыми для создания СОУ для обучающихся с ОВЗ.

Перед администрацией образовательных организаций ТиНАО остро встал вопрос о поиске ресурсов для обеспечения СОУ для обучающихся с ОВЗ, которые поступали в школы и дошкольные учреждения по заявлениям родителей.

Принимая во внимание сложность ситуации, Троицкое и Новомосковское окружные управления образования (ТиНОУО) в январе 2015 года инициировали проведение Институтом проблем образовательной политики «Эврика» совместно с Городским ресурсным центром Института проблем инклюзивного образования Московского государственного психолого-педагогического университета (далее – ГРЦ ИПИО МГППУ) двухдневного проектного семинара для руководящих работников образовательных комплексов по вопросам обеспечения СОУ для обучающихся с ОВЗ и реализации инклюзивного образования в практике общеобразовательных организаций. В качестве лекторов и экспертов семинара были приглашены ведущие специалисты ИПИО МГППУ. Фактически это мероприятие стало первым шагом к созданию сетевого взаимодействия образовательных организаций ТиНАО по обеспечению СОУ для обучающихся с ОВЗ.

На семинаре двенадцать образовательных организаций ТиНАО были представлены проектными командами, обладающими достоверной информацией о состоянии ресурсов и дефицитов СОУ для обучающихся с ОВЗ своих организаций. Во главе проектной команды стоял руководитель образовательного комплекса. Проектная деятельность была организована в форме интенсивного погружения в проблематику инклюзивного образования: анализ наличной ситуации в организации по работе с обучающимися с ОВЗ, знакомство с философией и методологией инклюзивного образования, с нормативно-правовым обеспечением

инклюзии. Практическая работа над показателями инклюзивности образовательной среды и проектирование действий по развитию инклюзивного образования были организованы с использованием методической разработки «Школа для каждого».

В ходе подготовки к семинару участниками проектных команд была проведена самооценка готовности образовательных комплексов к введению инклюзии и обеспечению СОУ для обучающихся с ОВЗ.

Анализ готовности проводился по следующим показателям:

- архитектурная доступность зданий/сооружений;
- наличие учебного спецоборудования;
- понимание философии и методологии инклюзивного образования;
- обеспеченность нормативно-правовой базой инклюзивного образования;
- возможность оказания медицинской помощи детям с ОВЗ непосредственно в образовательной организации;
- готовность педагогов к инклюзивной практике;
- укомплектованность специалистами сопровождения;
- работа психолого-педагогического консилиума школы;
- наличие коррекционно-развивающих программ;
- организация работы с родителями.

Анализ проводился с помощью опросника «Самоанализ готовности образовательного комплекса для обеспечения СОУ обучающимся с ОВЗ».

Для индикации показателя было предложено простое фиксирование наличия либо отсутствия конкретного критерия. Если респонденты считали, например, что педагоги в большинстве своем готовы к инклюзивной практике, то индикатор показателя «инклюзивная готовность педагогов» (ИГП) приравнивался к единице, в противном случае – к нулю.

По завершении информационного блока семинара проектным командам было предложено скорректировать данные по оценке готовности своих образовательных организаций к инклюзивному образованию с учетом полученных на семинаре знаний. На рис. 2 приведены варианты диаграмм, демонстрирующие соотношение показателей самооценки готовности образовательных организаций к обеспечению СОУ для обучающихся с ОВЗ по одиннадцати критериям, а также диаграмма, иллюстрирующая разницу значений параметров до и после участия проектных команд в семинаре.

Анализ различий вариантов ответов до начала и после окончания информационного блока семинара приводит к следующим выводам.

На первом этапе проектные команды отмечали дефициты своих учреждений в основном в неких материальных, фактически не зависящих от их личных усилий причинах.

После завершения информационного блока и анализа условий в организации семинара ситуация с самооценкой ресурсности изменилась. Произошла существенная корректировка большинства показателей.

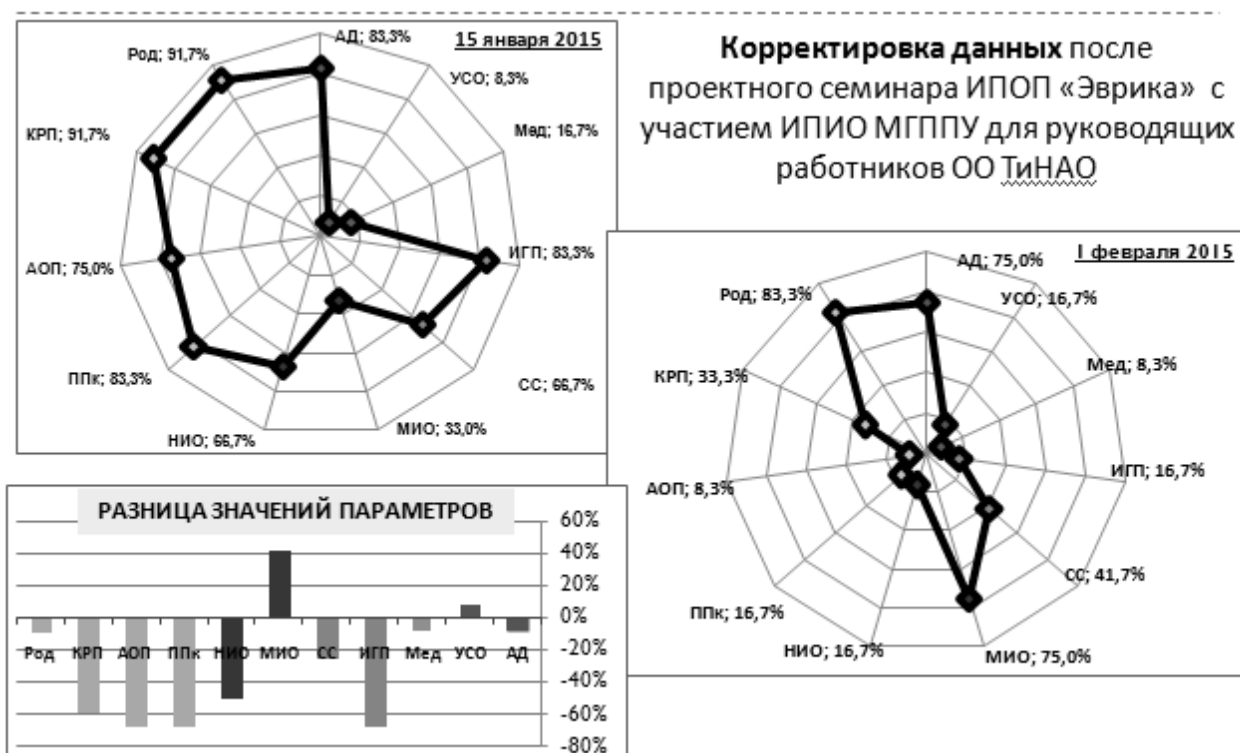


Рис. 2. Динамика самооценки готовности образовательных организаций по обеспечению СОУ

Примечание: АД – архитектурная доступность; УСО – учебное спецоборудование; Мед – медпомощь детям с ОВЗ в ОО (образовательных организациях); ИГП – инклюзивная готовность педагогов; СС – укомплектованность специалистами сопровождения; МИО – понимание философии и методологии инклюзивного образования; НИО – обеспеченность нормативной базой инклюзивного образования; ППк – работа психолого-педагогического консилиума школы; КРП – наличие коррекционно-развивающей программы; АОП – наличие АОП (адаптированной образовательной программы) для детей с ОВЗ; Род – работа с родителями по проблемам инклюзивного образования.

Следует отметить, что «понимание философии и методологии инклюзивного образования» – фактически единственный показатель, значение которого увеличилось после семинара более чем в 2 раза. Значения других показателей, напротив, существенно снизились. Так, например, первоначально 83% всех

респондентов (это 10 образовательных организаций из 12) признали работу школьного психолого-педагогического консилиума удовлетворительной, но после переосмысления ситуации лишь 16,7% (2 управленческие команды) продолжили считать свои консилиумы работающими, а не существующими формально.

Таким образом, продуктивная проблематизация аспектов обеспечения СОУ дала возможность слушателям проектного семинара переосмыслить состояние готовности своих образовательных организаций к реализации инклюзивных практик и оценить важность изменения ситуации.

Дальнейшая рефлексия деятельности участников семинара позволила определить реальные дефициты образовательных организаций ТиНАО и их первоочередные потребности для введения инклюзивных практик в учебный процесс. Большинство участников семинара выделили в качестве приоритетной задачи формирование инклюзивной компетентности педагогических коллективов.

Исходя из сложившейся ситуации с неготовностью образовательных организаций к реализации инклюзивного образования, окружным управлением образования было предложено подведомственным образовательным комплексам объединить усилия с целью разрешения проблемы ресурсного дефицита по обеспечению СОУ для обучающихся с ОВЗ.

Были запланированы следующие этапы организации ресурсного обеспечения через сетевое взаимодействие образовательных организаций:

1. Организационный этап:

- проведение управленческой диагностики (определение противоречий, анализ потребностей и ресурсов);

- планирование совместной деятельности (определение модели сети, форматов взаимодействия субъектов сетевого взаимодействия).

2. Этап проектирования:

- формирование сетевого взаимодействия (определение сетевой модели, разработка нормативно-правовых локальных актов);

- создание систем управления сетевым взаимодействием (горизонтальных и вертикальных).

3. Деятельность во взаимодействии:

- формирование новых профессиональных стереотипов участников сети (коммуникации в условиях сетевого взаимодействия);

- регулирование деятельности сети (координация и мотивация субъектов сетевого взаимодействия);

4. Аналитический этап:

- диагностика и оценка результатов.

Важным шагом для создания ресурсной модели взаимодействия образовательных организаций ТиНАО стало решение об открытии в округе пяти ресурсных центров по проблемам инклюзивного образования на базе пяти образовательных комплексов, в которых действовали психолого-педагогические службы и присутствовал кадровый ресурс специалистов.

Для координации деятельности участников сети и обеспечения эффективного взаимодействия был назначен координатор сетевого взаимодействия образовательных организаций ТиНАО по обеспечению СОУ для обучающихся с ОВЗ. Проектирование, супервизию процессов, экспертизу предлагаемых решений и корректировку деятельности участников сети осуществлял ГРЦ ИПИО МГППУ.

В качестве исходной модели развития сетевого взаимодействия была выбрана смешанная модель, в которой ресурсные центры заняли бы позиции узлов сетевой организованности.

В рамках проектирования были проведены совещания с руководителями психолого-педагогических служб, возглавившими ресурсные центры инклюзивного образования, а также организованы тематические консультации ГРЦ ИПИО МГППУ по актуальным вопросам введения инклюзивных практик в образовательный процесс.

В результате ресурсными центрами были проанализированы собственные ресурсы, выбрано направление деятельности и сформулировано собственное авторское содержание (методический ресурс), которое они могли предъявлять другим участникам сети, и определена инфраструктура, обеспечивающая реализацию этого содержания.

Ресурсные центры определили следующие направления деятельности:

- супервизионная поддержка специалистов по работе с детьми с ОВЗ;
- профилактика проявлений социально-психологической дезадаптации, позитивная мотивация обучающихся с ОВЗ и формирование толерантных отношений в школе и в микрорайоне;
- профессиональное самоопределение и адекватный профессиональный выбор обучающихся с ОВЗ;
- профилактика профессионального выгорания педагогов, работающих с обучающимися с ОВЗ;
- разработка экологического подхода в инклюзивной практике, формирование межличностных отношений учитель–ученик, учитель–родитель.

За период 2015/16 учебного года ресурсными центрами самостоятельно и с привлечением экспертов ГРЦ ИПИО МГППУ были запланированы и проведены мероприятия по ресурсному обеспечению и развитию инклюзивных практик.

Первоочередной задачей сетевого взаимодействия, как было отмечено ранее, стало формирование инклюзивной компетентности педагогических коллективов образовательных комплексов, развитие инклюзивной готовности образовательных организаций [3].

Серия семинаров, программа которых была разработана ГРЦ ИПИО МГППУ для образовательного сообщества ТиНАО, позволила их участникам изучить широкий круг вопросов: нормативно-правовое обеспечение процессов инклюзии, организация диагностических процедур и коррекционно-развивающей работы, проектирование СОУ для обучающихся с различными категориями ОВЗ, особенности работы школьного психолого-педагогического консилиума и т.п.

Во всех семинарах принимали участие проектные команды ресурсных школ, которые со временем перешли от пассивного потребления информационно-методического ресурса к активному предъявлению собственного опыта.

К маю 2015 года на территории ТиНАО была практически сформирована смешанная модель сетевого взаимодействия образовательных комплексов за счет целенаправленного привлечения информационных, научно-методических, консультативных, образовательных, кадровых и других ресурсов образовательных организаций и иных учреждений.

Взаимодействие участников сети в смешанной сетевой модели строится по принципу социального партнерства на основе соглашений о сотрудничестве образовательных организаций (правовая основа взаимодействия). При этом выстраивание связей происходит фактически не между учрежденческими структурами, а между профессиональными командами, разрешающими общую для всех проблему.

Сетевая модель как форма взаимодействия открытых систем динамична, мобильна и гибка: она способна расширяться и видоизменяться. Сетевые модели создаются для выполнения конкретных целей и после достижения этих целей либо прекращают свое существование, либо преобразуются, переструктурируются под новые задачи.

Во второй половине 2016 года произошло изменение в управлении сетевым взаимодействием: была прекращена внешняя координация деятельности инклюзивной сети ТиНАО. Функция системного интегратора перешла к ресурсным школам.

Анализ состояния инклюзивной сети в декабре 2016 года показал, что при отсутствии регулирования процессов со стороны координатора сетевого взаимодействия управление деятельностью сети сместилось в сторону атомарного.

Узлы сети – ресурсные школы продолжают развивать инклюзивные процессы по обеспечению СОУ для обучающихся с ОВЗ, но только на уровне концентрических подсетей, самостоятельно выстраивая взаимодействие с внешними системами.

Таким образом, необходимость разрешения проблемной ситуации по обеспечению готовности образовательных организаций «Новой Москвы» к реализации инклюзивного образования привела к формированию инклюзивной сети ТиНАО. Сеть создана с целью кооперации и совместного использования ресурсов для обеспечения СОУ обучающимся с ОВЗ. Модель ресурсного обеспечения инклюзивного образования в образовательных организациях ТиНАО по своей структуре является смешанной, состоит из распределенных и концентрических подсетей, простых участников и узлов сетевой организованности, которые представляют в сети собственное авторское содержание для достижения общей цели. Легализация отношений субъектов сети в территориальной инклюзивной сетевой модели строится по принципу социального партнерства на основе соглашений о сотрудничестве образовательных организаций.

Анализ динамики изменений структуры сетевой модели приводит к заключению о зависимости изменения структуры модели от системы управления процессами взаимодействия участников сети. Результаты анализа подтверждают, что наличие системного интегратора, внешняя координация действий участников сети положительно влияют на развитие сетевого взаимодействия.

Финансирование

Статья выполнена при поддержке РФФИ (проект № 17-16-77601).

Литература

1. *Алехина С.В.* Принципы инклюзии в контексте развития современного образования // Психологическая наука и образование. 2014. № 1. С. 5–16.
2. *Алехина С.В.* Современный этап развития инклюзивного образования в Москве // Инклюзивное образование. Вып. 1 / сост. С.В. Алехина, Н.Я. Семаго, А.К. Фадина. М.: Центр «Школьная книга», 2010. С. 6–11.
3. *Горбунова В.А.* Развитие инклюзивной компетентности педагогов в условиях сетевого взаимодействия образовательных организаций // Сборник статей II Всероссийской конференции с международным участием «Модернизация образования и векторы развития» (г. Москва, 7 апреля 2016 г.). Москва, Шадринск: изд-во ОГУП «Шадринский Дом Печати», 2016. С. 25–32.
4. Деятельность руководителя образовательной организации при включении обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в образовательное пространство: методические рекомендации для руководителей образовательных организаций (Серия «Инклюзивное образование детей-инвалидов,

Самсонова Е.В., Горбунова В.А. Ресурсное обеспечение образовательных организаций при реализации инклюзивного образования (опыт образовательных организаций «Новой Москвы») Клиническая и специальная психология 2017. Том 6. № 3. С. 85–103.

Samsonova E.V., Gorbunova V.A. Resource support for educational organizations in the implementation of inclusive education (the experience of the educational organizations of the New Moscow District) Clinical Psychology and Special Education 2017, vol. 6, no. 3, pp. 85–103.

детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных организациях») / под ред. Е.В. Самсоновой. М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2014. 147 с.

5. Козырева О.А. Особенности и специфика образовательных потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. 2014. № 9-10. URL: <http://www.vipstd.ru/nauteh/index.php/--gn14-09/1297> (дата обращения: 01.02.2017).

6. Малофеев Н.Н. Дети с отклонениями в развитии в общеобразовательной школе: общие и специальные требования к результатам обучения / под ред. Н.Н. Малофеева, О.С. Никольской, О.И. Кукушкиной // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2010. № 5. С. 6–11.

7. Организация специальных образовательных условий для детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных учреждениях: методические рекомендации (Серия «Инклюзивное образование») / под ред. С.В. Алехиной. М.: МГППУ, 2012. 92 с.

8. Основы компьютерных сетей: учеб. Пособие. 2-е изд. М.: БИНОМ, Лаборатория знаний, 2007. 167 с.

9. Самсонова Е.В. Инклюзия – стратегия выхода из тупика для современной системы образования // Современное дошкольное образование. Теория и практика. 2017. Т. 77. № 5. С. 55–63.

10. Самсонова Е.В. Модели сетевого взаимодействия образовательных и иных организаций для решения задач развития инклюзивного образования [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 3. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=19060> (дата обращения: 20.03.2017).

11. Семаго Н.Я. Инклюзия как новая образовательная философия и практика // Аутизм и нарушения развития. 2010. № 4. С. 1–9.

12. Федеральный закон Российской Федерации от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. URL: <http://base.consultant.ru/> (дата обращения: 19.05.2016).

13. Giangreggo M.F., Doyle M.B. Integrazion scolastica in Italy: A compilation of English-language resources. International Journal of Whole Schooling. 2012. Vol. 8. № 1. P. 63–105.

Resource Support for Educational Organizations in the Implementation Of Inclusive Education (the Experience of the Educational Organizations of the New Moscow District)

Samsonova E.V.,

PhD. in Psychology, Director, Scientific and Methodological Center, Institute of Inclusive Education Problems, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, elsamson@yandex.ru

Gorbunova V.A.,

Deputy Director, Center of Additional Education «Children's technology Park "Kvantorium"» (University of Technology), Korolev; Methodologist, School No. 2083, Moscow, Russia, vgorbunova2010@gmail.com

The article presents data of applied social and psychological research of resourcing inclusive practices in an educational organization. The theoretical part defines methodological grounds for facilitating specialized educational environment to students with physical limitations. It offers an analysis of characteristics of necessary recourses. Various international networking models of inclusive education are discussed. The empirical part is dedicated to a study facilitating specialized educational environments to students with disabilities as a managerial resource in the context implementation of the inclusive practices. It describes the details of activities carried out by the members of the network and concludes that such a multi-component model can be applied to facilitate specialized educational conditions for students with disabilities. Summarized the results of the event, held on the basis of educational organizations of the Troitsk and Novomoskovsk administrative districts. The results of this study can be relevant for the inclusive education system in Russia because of the significance of the resource deficit problem in educational organizations at the current stage of development of the Russian education system.

Keywords: inclusive education, students with disabilities, special educational conditions, educational organizations, networking, resource support.

Funding

This work was supported by grant RFBR № № 17-16-77601.

References

1. Alekhina S.V. Printsipy inklyuzii v kontekste razvitiya sovremennogo obrazovaniya [Principles of inclusion in the context of the development of modern education]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2014, no. 1, pp. 5–16. (In Russ.; abstr. in Engl.)
2. Alekhina S.V. Sovremenniy etap razvitiya inklyuzivnogo obrazovaniya v Moskve [The current stage of development of inclusive education in Moscow]. In Alekhina S.V. (ed.) *Inklyuzivnoe obrazovanie [Inclusive education]*. Vyp. 1. Moscow: Tsentr "Shkol'naya kniga", 2010, pp. 6–11.
3. Gorbunova V.A. Razvitie inkluzivnoy kompetentnosti pedagogov v usloviyah setevogo vzaimodeystviya obrazovatel'nykh organizatsiy [The inclusive competence development of teachers in the conditions of network interaction of educational institutions] // *Sbornik statej II Vserossijskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem «Modernizatsiya obrazovaniya i vektory razvitiya» (g. Moskva, 7 aprelya 2016 g.) [Collection of papers of II All-Russian conference with international participation "Modernization of education and development vectors" (Moscow, 7 April, 2016)]*. Moscow, Nizhniy Novgorod: OGUP Publishing company "Shadrinskiy Printing House", 2016.
4. Deyatel'nost' rukovoditelya obrazovatel'noi organizatsii pri vklyuchenii obuchayushchikhsya s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya i detei-invalidov v obrazovatel'noe prostranstvo: metodicheskie rekomendatsii dlya rukovoditelei obrazovatel'nykh organizatsii [Activity of the head of the educational organization when students with disabilities and children with disabilities are included in the educational space]. E.V. Samsonova (ed.). Moscow: publ. of GBOU VPO MGPPU, 2014. 147 p.
5. Kozyreva O.A. Osobennosti i spetsifika obrazovatel'nykh potrebnosti detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [Elektronnyi resurs] [Features and specificity of educational needs of children with disabilities]. *Sovremennaya nauka: aktual'nye problemy teorii i praktiki [Modern science: actual problems of theory and practice]*. Available at: <http://www.vipstd.ru/nauteh/index.php/--gn14-09/1297> (Accessed 01.02.2017).
6. Malofeev N.N. et al. Deti s otклонeniyami v razvitiy v obshcheobrazovatel'noi shkole: obshchie i spetsial'nye trebovaniya k rezul'tatam obucheniya [Children with developmental disabilities in the general education school: general and specific requirements for learning outcomes]. *Vospitanie i obuchenie detei s narusheniyami razvitiya [Educating and educating children with developmental disabilities]*, 2010, no. 5, pp. 6–11.
7. Organizatsiya spetsial'nykh obrazovatel'nykh uslovii dlya detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya v obshcheobrazovatel'nykh uchrezhdeniyakh: metodicheskie rekomendatsii [Organization of special educational conditions for children with disabilities in general educational institutions: methodological recommendations]. S.V. Alekhina (ed.). Moscow: MGPPU, 2012. 92 p. (Seriya "Inklyuzivnoe obrazovanie").

Самсонова Е.В., Горбунова В.А. Ресурсное обеспечение образовательных организаций при реализации инклюзивного образования (опыт образовательных организаций «Новой Москвы») *Клиническая и специальная психология* 2017. Том 6. № 3. С. 85–103.

Samsonova E.V., Gorbunova V.A. Resource support for educational organizations in the implementation of inclusive education (the experience of the educational organizations of the New Moscow District) *Clinical Psychology and Special Education* 2017, vol. 6, no. 3, pp. 85–103.

8. Osnovy komp'yuternykh setei: ucheb. posobie [Fundamentals of computer networks]. Korporatsiya Microsoft. 2nd ed. Moscow: BINOM, Laboratoriya znaniy, 2007. 167 p.

9. Samsonova E.V. Inklyuziya – strategiya vykhoda iz tupika dlya sovremennoi sistemy obrazovaniya [Inclusion – the strategy for breaking the deadlock for a modern education system]. *Sovremennoe doshkol'noe obrazovanie. Teoriya i praktika [Modern preschool education. Theory and practice]*, 2017, vol. 77, no. 5, pp. 55–63.

10. Samsonova E.V. Modeli setevogo vzaimodeistviya obrazovatel'nykh i inykh organizatsii dlya resheniya zadach razvitiya inklyuzivnogo obrazovaniya [Elektronnyi resurs] [Models of network interaction of educational and other organizations for solving problems of development of inclusive education]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya [Modern problems of science and education]*, 2015, no. 3. Available at: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=19060> (Accessed: 20.03.2017).

11. Semago N.Ya. Inklyuziya kak novaya obrazovatel'naya filosofiya i praktika [Inclusion as a New Educational Philosophy and Practice]. *Autizm i narusheniya razvitiya [Autism and Developmental Disorders]*, 2010, no. 4, pp. 1–9. (In Russ.; abstr. in Engl.)

12. Federal'nyi zakon Rossiiskoi Federatsii ot 29.12.2012 No. 273-FZ “Ob obrazovanii v Rossiiskoi Federatsii” [Elektronnyi resurs] [Federal Law of the Russian Federation No. 273-FZ of December 29, 2012 “On Education in the Russian Federation”]. Available at: <http://base.consultant.ru/> (Accessed: 19.05.2016).

13. Giangregio M.F., Doyle, M.B. Integrazion scolastica in Italy: A Compilation of English-Language Resources. *International Journal of Whole Schooling*, 2012, vol. 8, no. 1, pp. 63–105.

Совместное изучение художественных книг и кино как метод коррекционной работы с эмоциональной сферой при расстройствах аутистического спектра

Костин И.А.,

старший научный сотрудник, Институт коррекционной педагогики Российской академии образования, Москва, Россия, kostin@ikp.email

В статье описана методика совместного чтения и обсуждения художественных книг и кино как способа психокоррекционного воздействия в работе с аутичными школьниками и молодыми людьми. Дефицитности в когнитивной и эмоционально-волевой сферах значительно затрудняют самостоятельное изучение аутичными людьми художественных произведений, продуктивное освоение ими в школьном возрасте курса литературы. Чтобы произведение оставило след в душе аутичного человека, обогатило его представления о мире людей и о себе самом, необходимо изучать его неторопливо, возвращаясь к нему по разным поводам и в разных контекстах. В статье описаны способы, помогающие аутичному человеку связать содержание произведения с собственными эмоциональным опытом и жизненными впечатлениями и развивающие способности сопереживания персонажам произведения, запоминания сюжета произведения и актуализации информации о нем в перспективе. Отдельное внимание уделено подбору произведений, подходящих для работы с аутичными людьми.

Ключевые слова: художественный текст, расстройства аутистического спектра, фрагментарность в познавательной сфере, «модель психического».

Для цитаты:

Костин И.А. Совместное изучение художественных книг и кино как метод коррекционной работы с эмоциональной сферой при расстройствах аутистического спектра [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 1. С. 104–115. doi: 10.17759/psyclin.2017060306

For citation:

Kostin I.A. Joint study of fiction books and movies as a method of psycho-correctional work in ASD (Autism Spectrum Disorder) [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2017, vol. 6, no. 3, pp. 104–115. doi: 10.17759/psycljn.2017060306 (In Russ., abstr. in Engl.)

**Место проработки художественных текстов
в ряду методов эмоционально-уровневого подхода**

Расстройства аутистического спектра (РАС) – это группа тяжелых нарушений психического развития, искажающих ход развития всех психических сфер психической жизни человека: эмоционально-волевой, познавательной, мотивационной, личностной. При аутизме развитие ребенка, как кажется, «идет куда-то не туда»: «страдает развитие механизмов, определяющих активное взаимодействие с миром, и одновременно форсируется патологическое развитие механизмов защиты» [4, с. 32]. Психические функции аутичного ребенка из-за искажения их развития «становятся не столько средством активной адаптации к миру, сколько инструментом, применяемым для защиты и получения необходимых для аутостимуляции впечатлений» (там же).

В Институте коррекционной педагогики РАО с 80-х годов разрабатывается подход к коррекции РАС, получивший название эмоционально-уровневого подхода [5]. В данном подходе наряду с повышением активности и выносливости ребенка в контакте с другим человеком, ставится задача смыслового развития совместно разделенного между ребенком и взрослым переживания¹. В дошкольном возрасте наиболее важными методами, направленными на решение этих задач, являются эмоционально-смысловое комментирование, сюжетные игра и рисование. Работа с детскими книгами также начинается в дошкольном возрасте [6], но наиболее актуальной она становится позднее – в младшем школьном и особенно в подростковом возрастах. Продуктивная совместная работа специалиста (психолога, педагога) или другого взрослого и «особого» человека с книгой (точнее, более широко – с художественным текстом) может происходить и в подростковые, и во взрослые годы. В эти возрастные периоды совместная проработка текстов может стать соответствующей возрасту совместной деятельностью, на основе которой можно выстраивать контакт с аутичным человеком и которая закономерно приходит на занятиях на смену сюжетно-ролевой игре или совместному сюжетному рисованию.

Метод совместной проработки текстов позволяет решать целый спектр психокоррекционных и развивающих задач, среди которых можно назвать следующие:

¹ В рамках данной статьи мы не останавливаемся более подробно на эмоционально-уровневом подходе к коррекции аутистических расстройств, а заинтересованный читатель может обратиться к целому ряду публикаций в электронном научном Альманахе Института коррекционной педагогики (<http://alldef.ru/>), выпуски 18-20.

- развитие и усложнение контакта с другим человеком, развитие интереса к другому человеку, потребности в контакте;
- развитие способности к сопереживанию другому человеку (персонажу произведения), эмпатии;
- развитие способности выстраивать причинно-следственные связи (логику), запоминать последовательность событий, а самое главное – активно перерабатывать, интегрировать текущую информацию из книги или фильма с уже имеющейся информацией из этого источника и из других;
- развитие понимания собственного внутреннего мира (эмоциональных переживаний, черт характера, вкусов, ценностей и т.д.) благодаря возможности сравнивать себя с персонажем;
- когнитивная децентрация, развитие способности почувствовать себя на месте другого человека, идентифицироваться с другим;
- развитие способности активного и осмысленного восприятия текстовой информации, формирование универсального учебного навыка поиска нужной информации в тексте.

Трудности восприятия художественного текста у людей с аутистическими расстройствами

Сами по себе люди с РАС, как правило, не читают художественной литературы. Аутичный человек скорее возьмет с книжной полки для своего удовольствия атлас или справочник, чем повесть или сборник стихов. Трудности освоения художественных текстов аутичными людьми носят комплексный характер и связаны с целым рядом особенностей, затрагивающих разные стороны функционирования психики.

Стереотипность. Чтение редко входит в ряд освоенных и привычных деятельностей аутичного человека: ведь эта деятельность требует активности, душевного напряжения, а именно патологическое снижение психической активности рассматривается как одна из ядерных характеристик аутистического развития [4]. Иногда выросшие аутичные дети на годы и десятилетия сохраняют привязанность к детским книжкам и их героям – Карлсону, Айболиту и т.д. Иногда такая привязанность распространяется на фильмы: так, среди наблюдаемых в Институте коррекционной педагогики взрослых есть любители кинокомедий Леонида Гайдая и Эльдара Рязанова, которые практически никакого другого кино не смотрят.

Когнитивные трудности. Аутичному человеку с его склонностью к фрагментарности в познавательной деятельности во всех ее регистрах трудно отслеживать целостный сюжет, судьбу героев, происходящие с ними изменения, особенно если произведение объемное. Кроме того, ему трудно самостоятельно

понимать метафору, юмор, скрытый смысл, подтекст. Для части людей с аутистическими расстройствами остаются актуальными инструментальные затруднения восприятия текста, например, трудности правильного понимания логико-грамматических конструкций, не до конца автоматизированное, «угадывающее» чтение.

Эмоциональные трудности. Сопереживание персонажу, идентификация и формирование эмоционального отношения к нему, катарсическое эмоциональное переживание после прочтения хорошей книги – это все эмоциональные механизмы, которые для многих аутичных людей остаются малодоступными. Поэтому истинную радость от прикосновения к хорошей литературе или к высокому кино способны переживать далеко не все люди с этим расстройством развития. В некоторой степени это затруднение связано со значительными трудностями формирования “theory of mind” («модели психического») – способности осознавать субъективные представления и эмоциональные переживания другого человека [1; 3]. Кроме того, у большинства аутичных людей глубоко дефицитарна произвольная регуляция своего эмоционального состояния: эмоциональные переживания захватывают их, им трудно произвольно управлять ими, в частности, трудно самостоятельно, без направленной помощи проявить сочувствие или дать нравственную оценку по отношению к героям произведения. В общем, как и в других сферах, в восприятии художественного текста у аутичных людей страдают прежде всего *самостоятельная активная переработка и переструктурирование информации в соответствии с собственными целями и смыслами.*

В связи с описанными дефицитами литература как школьный предмет весьма слабо укладывается в голове у аутичных учеников – как в массовом образовательном потоке, так и при обучении по программе вспомогательной школы. Слишком сложные произведения и большие объемы информации, акцент на литературном анализе текста, а не на актуализации сопереживания героям затрудняют активное участие аутичных учеников в изучении школьного курса литературы. Большинству из них намного легче выучить наизусть стихотворение, чем сформулировать и высказать свое мнение о характере и судьбе героя произведения.

Рекомендации по применению метода проработки художественных произведений

Какой же должна быть работа с художественным произведением, чтобы оно было не формально «пройдено», а отложилось в душе аутичного человека, обогатило его представления о мире людей и о себе самом? Прежде всего, проработка книг должна быть неторопливой, с обязательным регулярным «повторением пройденного» как во время работы с произведением, так и после ее окончания. Об изученных книгах, фильмах необходимо напоминать позже – по разным поводам, в разных контекстах. Если этого не делать, то даже хорошо проработанное произведение может довольно быстро полностью «выветриться» из-

за патологических особенностей переработки информации при РАС: дефицита интеграции жизненного и учебного опыта в осмысленную целостность.

Очень важно связывать происходящие в книге (фильме) события с собственным жизненным опытом аутичного человека. Полезно обсуждать такие вопросы, как: «на кого из твоих знакомых похож этот персонаж?», «приходилось ли тебе быть в подобной ситуации?», «как бы ты поступил на месте персонажа?», «какие у тебя были бы отношения с этим персонажем, если бы вы были знакомы?», «смог ли бы ты с ним подружиться?». Очевидно, что для коррекционных задач не так важен литературоведческий анализ произведения, на котором часто сосредотачиваются школьные педагоги, а анализ, прежде всего, психологический, «человеческий».

Хорошая форма проработки текстов с теми людьми с РАС, для кого трудна свободная развернутая речь, – припоминание похожих, «как в книге» ситуаций из своей жизни или жизни близких. Если после занятия подобное задание дается ученику в письменной форме, то члены семьи могут помочь вспомнить аналогичный семейный опыт и оформить воспоминание в виде письменной речи.

Приведем пример из работы с 12-летним школьником, речь которого находится преимущественно на уровне штампованных выученных фраз и цитат (работа над «Денискиными рассказами» В. Драгунского после прочтения рассказа «Нужно иметь чувство юмора»)²:

Мы читали рассказ про чувство юмора. Папа задал Дениске задачу про мальчика, который очень плохо встает утром. Денис подумал, что это про него, и обиделся. Папа объяснил ему, что надо иметь чувство юмора, а рассказ совсем про другого мальчика (этот фрагмент был напечатан во время занятия совместно с психологом).

У нас в семье часто смешные вещи говорит Илюша. Однажды мама ему рассказывала про домашних и диких животных. Потом пошли одеваться гулять. Илюша берет тапочки и говорит: «Это – домашние». Потом показывает на мамыны сапоги и говорит: «А это – дикие». И пошла мама гулять в диких сапогах.

Когда я был маленький, я тоже часто говорил смешные вещи. Однажды я закашлялся, и мама спрашивает: «Это что такое?» А я отвечаю: «Это иерихонская труба кашляет» (записано учеником дома с маминной помощью).

Следующий фрагмент – из работы над повестью Александра Раскина «Как папа был маленький». Здесь также идет сначала совместное краткое изложение темы рассказа, а дальше параллель из жизни семьи (выполнено с помощью мамы).

Сегодняшняя наша история – про то, как папа рисовал. Когда папа был дошкольником, он любил рисовать. Он рисовал теми цветами, которые ему нравились, а взрослым не нравилось, что у него деревья синие.

² Во всех примерах сохранены особенности речевого стиля, в том числе пунктуационные ошибки.

Когда началась школа, папе было очень трудно на уроках рисования. Учитель рисования хватался за голову и делал кислое лицо. А девочки-одноклассницы маленького папу жалели и иногда помогали ему рисовать. Получается, что в школе у папы отбили желание рисовать. Поэтому эта история грустная.

Когда я был маленьким я любил рисовать. Мне и сейчас нравится рисовать. Мне никто не делает замечаний, и я рисую так, как мне хочется. И уроки рисования в школе мне нравятся. Когда я учился в первом классе, я ходил на рисование к Инессе Викторовне. Я рисовал там дом: он был большой, красный, а крыша розовая, рядом с домом был забор. Еще я рисовал солнце и облако, деревья. Я целый год рисовал одно и то же, и мне эта картина надоела.

Когда мой папа был маленький, то он очень любил рисовать танки и самолеты. Недавно папа научил меня рисовать самолет. А мой маленький брат Илюша любит рисовать машины, деревья и всю нашу семью.

На занятиях, фрагменты из которых приведены, в том числе ставилась задача преодоления когнитивного эгоцентризма, постепенного формирования «модели психического». Поэтому здесь многократно делается акцент на разнице в опыте и в предпочтениях самого подростка и других людей, в частности, его близких.

Как правило, невероятно трудна для аутичных людей *работа с текстом*, когда нужно, например, просмотреть страницу (не прочитать все подряд, а именно бегло просмотреть) и найти нужную информацию о персонаже или определенную реплику. Если произведение достаточно объемное, в нем много персонажей, то, возможно, человеку с РАС будет трудно удерживать в памяти имена всех героев, их судьбы и отношения. Поможет в подобных случаях записывание информации обо всех героях: кто кем является, какой у каждого характер, какие между ними отношения. Вообще письменная фиксация впечатлений и оценок героев и событий книги оказывается часто полезной формой работы, помогающей прочнее запомнить произведение. Написать настоящее сочинение или эссе аутичному человеку, как правило, не под силу, так что подходящей формой может оказаться проработка книги в виде кратких ответов на вопросы. Вот фрагменты из ответов 18-летнего юноши с высокофункциональным аутизмом (работа с повестью «Пиковая дама»):

Кем служили русские дворяне – герои «Пиковой дамы»? Они все были офицеры.

Чем так страстно занимались все герои в первой главе? Играя в карты на деньги.

Какая поговорка характеризует поведение старой графини:

- Язык до Киева доведет;
- **Семь пятниц на неделе;**
- Куй железо, пока горячо;
- Выше головы не прыгнешь.

Какие черты характера относятся к графине:

- терпеливая или **нетерпеливая**;
- **злая** или добрая;
- рада услужить другому человеку или **требует от других, чтобы служили ей**;
- веселая или **мрачная**;
- у нее «легкий» характер или «**тяжелый**».

*Почему барышня Лизавета Ивановна у Пушкина названа «несчастнейшее существо»? потому что она бедная, и потому что ей в доме старой графини плохо жилось очень, а она была **вынуждена** в нем жить, у нее не было другого выхода.*

Содержание вопросов здесь связано отчасти с тем, что аутичные люди, как правило, в активном словаре имеют очень мало названий черт характера и нравственных оценок человека, переживаний и настроений, то есть у них слабый психологический лексикон. Поэтому обсуждение характеров героев, сопоставление их с собственными чертами и с характерами окружающих – это работа на развитие одновременно речи и самосознания. В то же время полезно бывает ставить и более фактологические вопросы, выявляющие понимание контекста сюжета и необходимость помощи в его развитии (к таковым в данном случае относится вопрос «Кем служили герои повести?»).

Чтобы помочь человеку с РАС лучше понять и прочувствовать рассказ или повесть, полезно не только обсуждать произведение вербально, но и предлагать сделать иллюстрации к нему, если у подростка или взрослого человека есть склонность к изобразительной деятельности. Кроме того, аутичным людям полезно участвовать в различных формах театральной переработки произведения. Самая простая и доступная из форм театрализации – это чтение диалогов в лицах; опыт показывает, что и эта деятельность для многих аутичных людей трудна и требует значительного душевного и интеллектуального напряжения, а зачастую – внешней помощи.

Подбор подходящего материала для изучения

В работе необходимо помнить, что, как правило, внутренний мир и жизненный опыт подростков и молодых людей с аутизмом узки, довольно слабо дифференцированы и вербализованы. Поэтому нам часто приходится использовать для работы те произведения, которые рассчитаны на младшую возрастную группу. Так, для психокоррекционных целей огромный культурный пласт прекрасной детской литературы – советской, российской, зарубежной – можно прорабатывать долго, невзирая на паспортный возраст аутичного человека. На мой взгляд, лучше всесторонне изучить какую-нибудь более «детскую» книгу и извлечь из нее все смыслы, помогая аутичному человеку поставить себя на место персонажа, чем братья, скажем, за сложные романы русской классики, потому что их «положено»

читать по школьной программе. Ведь даже в рассказе Н. Носова «Фантазеры» можно увидеть благородство и милосердие, а также подлость и предательство, а в «Мишкиной каше» – чрезмерную самонадеянность. А изучая повесть А. Куприна «Белый пудель», можно сравнить судьбу двух мальчиков, Сергея и Трилли, и порассуждать о том, кто же из них более счастливый. Подобные тонкости, а также шутки и смешные ситуации из литературных произведений обычно не улавливаются даже высокофункциональными аутичными людьми при самостоятельном прочтении книг, так что раскрыть их разнообразные смыслы такой человек может, как правило, только с внешней помощью.

Для старших и более интеллектуально сохранных подростков и молодых людей с аутистическими расстройствами могут быть актуальны переживания, связанные со школой (как правило, довольно нелегкие и болезненные). В этом случае полезно читать школьные произведения: от коротких рассказов до таких объемных повестей, как «Серебряный герб» Корнея Чуковского, «Кондуит и Швамбрания» Льва Кассиля, «Республика ШКИД» Леонида Пантелеева. Эти книги дают почву для сопоставления собственного школьного опыта с опытом персонажей. Необычайно увлекательная работа, в которой кроется много пищи для размышлений и переживаний, – сравнивать описанные в произведениях порядки и стили общения учеников с учителями и друг с другом в разных школах – от российской гимназии XIX века до волшебного Хогвартса, где учится Гарри Поттер.

Не совсем подходят для работы с аутичными молодыми людьми многие произведения современной массовой литературы для детей и подростков, например, в жанре фэнтези: произведение должно быть хоть в некоторой степени «психологизированным», содержать не только приключения или борьбу, но и яркие характеры, внутренние сомнения и конфликт персонажей, тонкости социальных отношений.

Кроме того, подбирая произведение, следует помнить о склонности аутичных людей (как детей, так часто и взрослых) эмоционально застревать на отдельных деталях или поступках персонажей, когда отдельное впечатление, часто пугающее или непонятное, начинает служить аффективной аутостимуляцией. Приведем пример: высокофункциональный аутичный подросток, посмотрев фильм «Уроки французского» по рассказу В. Распутина, был поражен фактом игры на деньги между учительницей и школьником. Он много раз стереотипно спрашивал, почему учительница играет на деньги, при этом слабо воспринимая объяснения. Понадобилось полностью просмотреть фильм еще раз совместно с психологом, подробно и на доступном языке обсудить историю взаимоотношений главных героев, чтобы это чрезмерно сильное впечатление перестало быть настолько аффективным, а навязчивые вопросы прекратились.

Наконец, следует учитывать и еще один, на этот раз совершенно субъективный критерий. Подбирая произведение для работы, любой специалист или близкий может ориентироваться еще и на собственные интерес и любовь к произведению:

если вам лично не нравится книга, то не стоит брать ее в работу с аутичным человеком.

Принципы работы с художественными фильмами в целом не отличаются от принципов изучения произведений литературы: максимальная привязка к жизненному опыту человека с аутистическими расстройствами, обсуждение поступков и мотивации персонажей, помощь в преодолении когнитивного эгоцентризма и т.д. Воспринимать визуальное искусство аутичным людям, как правило, легче; известно, что многие аутичные люди более успешны в переработке зрительной информации, об этом пишет, в частности, Т. Грэндин [2]. Хорошим вариантом работы можно считать сочетание книги и фильма: если удастся сначала обсудить литературное произведение, а потом – снятое по нему кино. Продуктивным может быть и обратный ход, особенно в работе с детьми и подростками с аутистическими расстройствами, пока не проявляющими интереса к чтению художественных произведений: взять для совместного чтения такую книгу, сюжет которой им уже известен из фильма или мультфильма.

Заключение

Говоря о совместной проработке книг или хорошего кино, можно добавить, что эта работа важна для детей, подростков и взрослых с РАС не только с точки зрения эмоционального развития или психокоррекционного эффекта. Для аутичных людей такая работа – это один из доступных им в жизни способов приобщиться к культуре художественного слова.

Многолетний опыт работы специалистов Института коррекционной педагогики показывает, что подобная работа в той или иной форме может быть полезна для любых детей, подростков и молодых людей с аутистическими расстройствами. Даже в наиболее тяжелых случаях, в условиях ограниченного понимания речи или поведенческих проблем, можно подобрать наиболее подходящие форму и содержание проработки художественной литературы и кино. Кроме того, подобный стиль проработки произведений, конечно, может пригодиться специалистам при работе и с другими категориями детей и подростков с особыми образовательными потребностями, а также со всеми, кого хочется «приучить» к чтению или к хорошим фильмам.

Литература

1. *Аппе Ф.* Введение в психологическую теорию аутизма. М: Теревинф, 2006. 216 с.
2. *Грэндин Т.* Отворяя двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма / под ред. Т. Грэндин, М.М. Скариано. М.: Центр лечебной педагогики, 1999. 228 с.

Костин И.А. Совместное изучение художественных книг и кино как метод коррекционной работы с эмоциональной сферой при расстройствах аутистического спектра
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 3. С. 104–115.

Kostin I.A. Joint study of fiction books and movies as a method of psycho-correctional work in ASD (Autism Spectrum Disorder)
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 3, pp. 104–115.

3. *Манелис Н.Г., Медведовская Т.А.* «Модель психического». Способность к пониманию ментальных состояний другого человека // Аутизм и нарушения развития. 2003. № 2. С. 13–18.

4. *Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.* Аутичный ребенок: пути помощи. М.: Теревинф. 1997. 342 с.

5. *Никольская О.С.* Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода [Электронный ресурс] // Альманах Института коррекционной педагогики. 2014. Вып. 19. URL: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-19/korrekcija-detskogo-autizma-kak-narusheniya> (дата обращения: 21.04.2017).

6. *Никольская О.С.* Психологическая помощь ребенку с аутизмом в процессе совместного чтения [Электронный ресурс] // Альманах Института коррекционной педагогики. 2014. Вып. 20. URL: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-20/psihologicheskaja-pomosch-rebenku-s-autizmom> (дата обращения: 21.04.2017).

Joint Study of Fiction Books and Movies as a Method of Psycho-correctional work in ASD (Autism Spectrum Disorder)

Kostin I.A.,

Senior researcher, Institute of Special Education, Moscow, Russia, kostin@ikp.email

Technique of joint reading and discussion of fiction books and movies as a method of psycho-correctional therapy with autistic children of school age and young people is presented. Cognitive, emotional-volitional sphere deficits strongly impede the reading by autistic people on their own and productive mastering by them of the literature course at school age. In order to the work leave a mark in the soul of an autistic person, enrich his ideas about the world of people and about himself, it is necessary to learn a book slowly and to return to it on different occasions and in different contexts. The ways of aid an autistic person in connecting the work content and his own life experience and emotional impressions, in developing possibilities of an empathy, in remembering the content and using it later are described. Then, a matter of choosing appropriate books and films for such a job is discussed. The article describes techniques that help an autistic person to connect the content of a work with his own emotional experience and life experiences. Also it describes abilities which develop the empathy to the characters of a work, the memorization of the work's plot and the actualization of information about a work in the future.

Keywords: fiction text, ASD (Autism Spectrum Disorder), Theory of mind, fragmented cognition.

References

1. Appe F. Vvedenie v psikhologicheskuiu teoriyu autizma [An introduction to the psychological theory of autism]. Moscow: Terevinf, 2006. 216 p.
2. Grendin T. Skariano M.M. (eds.) Otvoriata dveri nadezhdy. Moi opyt preodoleniia autizma [Opening the door of hope. My experience of coping with autism] Moscow: Tsentr lechebnoi pedagogiki, 1999. 228 p.

Костин И.А. Совместное изучение художественных книг и кино как метод коррекционной работы с эмоциональной сферой при расстройствах аутистического спектра
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 3. С. 104–115.

Kostin I.A. Joint study of fiction books and movies as a method of psycho-correctional work in ASD (Autism Spectrum Disorder)
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 3, pp. 104–115.

3. Manelis N.G. Medvedovskaia T.A. «Model' psikhicheskogo». Sposobnost' k ponimaniu mental'nykh sostoianii drugogo cheloveka [Theory of mind. Ability to understand other people' mental states]. *Autizm i narusheniia razvitiia [Autism and developmental disorders]*, 2003, no. 2, pp. 13–18.
4. Nikol'skaia O.S., Baenskaia E.R., Libling M.M. Autichnyi rebenok: puti pomoshchi [Autistic child: ways of aid]. Moscow: Terevinf, 1997. 342 p.
5. Nikol'skaia O.S. Korrektsiia detskogo autizma kak narusheniia affektivnoi sfery: sodержanie podkhoda [Elektronnyi resurs] [Correction of childhood autism as an affective sphere disorder]. *Al'manakh Instituta korrektsionnoi pedagogiki [Almanac of the Institute of Special Education]*, 2014, Iss. 19. Available at: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-19/korrekcija-detskogo-autizma-kak-narusheniia> (Accessed: 21.04.2017).
6. Nikol'skaia O.S. Psikhologicheskaja pomoshch' rebenku s autizmom v protsesse sovmestnogo chteniia [Elektronnyi resurs] [Psychological aid to a child with autism by means of joint reading]. *Al'manakh Instituta korrektsionnoi pedagogiki [Almanac of the Institute of Special Education]*, 2014, Iss. 20. Available at: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-20/psihologicheskaja-pomosch-rebenku-s-autizmom> (Assessed: 21.04.2017).

Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в оценке комплексной реабилитации инвалидов

Лорер В.В.,

кандидат психологических наук, заведующий организационно-методическим отделением, Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района Санкт-Петербурга; ассистент, кафедра общей и клинической психологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, vika.lorer@gmail.com

Жукова Т.Н.,

кандидат медицинских наук, директор, Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург, Россия, tnzhukova@gmail.com

В статье описаны возможности применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в оценке реабилитационного процесса в условиях районного центра социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов. На примере единичного случая инвалида трудоспособного возраста с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения показан поэтапный алгоритм оценки процесса комплексной реабилитации: 1) оценка потребностей и проблем клиента; 2) планирование реабилитационных вмешательств; 3) выполнение реабилитационных мероприятий; 4) оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий. Для оценки функционирования клиента использовались стандартизированные методики и шкалы с последующим переводом полученных результатов в категории Международной классификации функционирования. На основе количественных данных был выстроен функциональный профиль клиента, который показал степень нарушений функций организма, ограничения активности и возможности социального участия клиента в определенный временной период. Функциональный профиль использовался в качестве основы для планирования и проведения реабилитационных мероприятий. Итоговая оценка эффективности реабилитации

давалась на основании сопоставления достигнутых результатов реабилитации с исходными показателями по основным категориям активности и социального участия клиента с позиции МКФ.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, комплексная реабилитация, инвалиды, функциональный профиль, индивидуальная программа.

Для цитаты:

Лорер В.В., Жукова Т.Н. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в оценке комплексной реабилитации инвалидов [Электронный ресурс]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2017, vol. 6, no. 3, pp. 116–134. doi: 10.17759/psycljn.2017060307

For citation:

Lorer V.V., Zhukova T.N. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health in assessment of integrated rehabilitation of disabled people [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2017, vol. 6, no. 3, pp. 116–134. doi: 10.17759/psycljn.2017060307 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

В современной системе социального обслуживания в Санкт-Петербурге решение проблемы реабилитации инвалидов связано с формированием и развитием специализированных учреждений – центров социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов. В основе деятельности учреждений лежит комплексный подход, который предполагает, с одной стороны, использование всех направлений реабилитационного вмешательства с целью устранения или более полной компенсации ограничений жизнедеятельности, а с другой – активное вовлечение в реабилитационный процесс окружения инвалида. Понятие реабилитации закреплено в Федеральном законе № 181 от 24.11.1995 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и рассматривается как система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности [14]. Конечными задачами комплексной реабилитации являются достижение индивидом максимальной независимости в жизни в соответствии с его желаниями и потребностями, раскрытие его внутренних ресурсов, а также помощь в адаптации к окружающей среде. В связи с этим при разработке индивидуальных реабилитационных маршрутов основной акцент ставится на функционировании человека с ограничениями в повседневной жизни и на его социальной активности. В контексте современного взгляда на практику оказания помощи людям с ограниченными возможностями здоровья (в частности, реабилитации) отмечается внедрение биопсихосоциального подхода к оценке состояния здоровья человека, к

планированию реабилитационных мероприятий и к оценке эффективности воздействий. Такой подход базируется на положениях Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [9]. Согласно данной классификации функционирование и ограничения жизнедеятельности человека в связи с изменениями здоровья описываются с позиций состояния его организма (функций и структур) и взаимодействия с окружением (активности и участия) под влиянием контекстных факторов.

Процесс комплексной реабилитации имеет циклическую структуру [17], основными элементами которой являются: 1) оценка потребностей и проблем клиента; 2) планирование реабилитационных вмешательств; 3) выполнение реабилитационных мероприятий; 4) оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий. Важнейшим элементом комплексной реабилитации инвалидов является контроль качества выполнения реабилитационных мероприятий. В настоящее время накоплено достаточно публикаций об использовании в реабилитационной практике инструментов оценок, разработанных на основе положений МКФ [2; 4; 6; 7; 10; 13]. МКФ открывает широкие возможности для эффективного междисциплинарного взаимодействия на основе единой системы категорий для определения функционального профиля инвалида и составления индивидуального маршрута реабилитации. Все вышесказанное определяет необходимость разработки и внедрения инструментов оценки качества и эффективности процесса комплексной реабилитации в условиях районного центра социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов с целью его мониторинга и совершенствования.

Целью данной работы является рассмотрение возможностей применения МКФ для оценки реабилитационного процесса в центре социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов.

Материал и методы исследования

В данной статье на основе конкретного случая (далее – клиент) рассматриваются возможности применения МКФ для оценки реабилитационного процесса в СПб ГБУСОН «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района Санкт-Петербурга» (далее – СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Невского района»).

Было получено информированное добровольное согласие клиента на участие в исследовании. Реабилитационный процесс в центре социальной реабилитации осуществлялся в несколько этапов. Подробное описание реабилитационного процесса в учреждении представлено в наших предыдущих публикациях [8].

Клиент В., 50 лет. Клинический диагноз: последствия геморрагического ОНМК от 15.10.2010 года в виде речевых нарушений (смешанная афазия), спастического правостороннего гемипареза, координационных нарушений. ЦВБ. Удаление внутримозговой гематомы в левой височной и лобной долях. Гипертоническая

болезнь 3-й степени, риск – 3. Дефект черепа в левой височной области. Инвалид 1-й группы.

В СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Невского района» поступил на курс реабилитации в апреле 2012 года по направлению невролога поликлиники. До этого периода в основном проводились мероприятия медицинского характера, санаторно-курортное лечение, занятия с логопедом. Жалобы при обращении: затруднения в речи, трудности в ходьбе.

По данным индивидуальной программе реабилитации инвалида (ИПР) у клиента В. отмечаются ограничения 2-й степени в способности к самообслуживанию и в способности к передвижению, а также ограничения 3-й степени в способности к трудовой деятельности. Анализ медицинской документации показал наличие стойких и выраженных нарушений функций организма: психических (внимания, памяти, мышления, эмоционально-волевой сферы), речевых (нарушения устной и письменной речи), статодинамических (двигательных функций туловища, конечностей, статики, координации движения, повышенный мышечный тонус) и функции кровообращения.

Беседу с клиентом и его родственником (в данном случае – с женой) при первичном обращении проводил специалист по социальной работе. По результатам беседы был заполнен «социальный паспорт». Из беседы известно, что клиент состоит в браке, есть сын; имеет среднее профессиональное образование, по профессии сварщик; в настоящее время не трудоспособен, получает пенсию по инвалидности. Социально-средовые условия достаточно благополучные: собственная квартира, есть лифт, домофон. Клиент пользуется техническими средствами реабилитации (ТСР): трехопорная трость, кресло для ванны, противоскользкий мат в ванну. При посещении центра социальной реабилитации нуждается в сопровождающем (жена) и в услугах социального такси. Пожелания клиента по составу реабилитационной программы в учреждении: занятия в тренажерном и спортивном залах, массаж, спелеокомплекс, тренировочная квартира (восстановление ограничений жизнедеятельности), логопед, студия изобразительной деятельности, музыкальная студия и культурно-досуговые мероприятия.

С целью разработки индивидуальной реабилитационной программы специалистами (психологом, логопедом, специалистом по социальной работе, инструктором по физической культуре) была проведена оценка функций организма и ограничений жизнедеятельности.

Для оценки нарушений когнитивных, эмоциональных и речевых функций использовались стандартные методики: методика для изучения внимания «Таблицы Шульте», методика для изучения памяти «Заучивание 10 слов», методики для исследования мышления «Соотношение пословиц и фраз» и «4-й лишний» [11], Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) для оценки эмоциональной сферы [5], методы нейропсихологической диагностики (Л.И. Вассерман, С.А. Дорофеева,

Я.А. Меерсон) [3], количественная оценка речи по методике Т.В. Ахутиной, Н.М. Пылаевой [1], методика оценки речи при афазии [15]. Оценка ограничений повседневной активности клиента проводилась по шкале функциональной независимости FIM с помощью Опросника ежедневной активности [16], а также на основании опыта специалистов по специально разработанным шкалам оценки с использованием категорий разделов «активность и участие» МКФ [4].

Результаты и их обсуждение

Для фиксации результатов, полученных в ходе беседы и обследования, была разработана специальная форма – «Оценка функционирования». Она включала в себя набор категорий МКФ из разделов «функции организма», «активность и участие» и «факторы окружающей среды». В настоящее время в специальной литературе описаны базовые наборы кодов МКФ для разных нозологических групп [12]. С учетом специфики работы центра социальной реабилитации нами был разработан единый набор кодов МКФ для инвалидов трудоспособного возраста и набор кодов МКФ для детей-инвалидов. Данные наборы кодов МКФ легли в основу оценки функционирования клиентов. В зависимости от ведущих функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности у данных категорий граждан и их потребностей для оценки отбирались соответствующие категории МКФ.

Результаты обследования когнитивных и эмоциональных функций показали достаточно высокий уровень мотивации клиента к восстановлению, эмоциональную неустойчивость, наличие признаков астенического состояния. Ориентация во времени и в пространстве была нарушена в умеренной степени. Речь была нарушена в выраженной степени (трудности в понимании обращенной речи: реакция после нескольких повторений; трудности в понимании письменной речи, выраженные нарушения собственной речи). Темп деятельности медленный, с выраженной тенденцией к нарастанию утомляемости, среднее время продуктивной работы – 4 минуты. Затруднен процесс переключения внимания с одного элемента на другой.

Результаты обследования речевой функции отразили следующие ее характеристики: спонтанная речь практически отсутствует; полная невозможность пересказа; грубый аграмматизм; повторение серии речевых рядов невозможно; речь медленная, монотонная; длительные паузы между словами; объем движений артикуляционных органов ограничен, называние ограниченного числа объектов; большое количество литеральных и вербальных парафазий; трудности в понимании ситуативной речи; ограниченная возможность чтения простых текстов; грубое нарушение письма.

Оценка повседневной активности клиента по шкале функциональной независимости FIM с помощью Опросника ежедневной активности, а также на основании опыта специалистов выявила ограничения в самообслуживании (прием пищи, личная гигиена, мытье, одевание), в приготовлении пищи, в выполнении работы по дому; трудности в использовании бытовых приборов, в способности заботиться о сохранности домашнего имущества. Отмечались значительные

трудности в выполнении действий правой рукой, выраженные трудности в использовании точных движений кисти, поднятии и переносе объектов, выраженные ограничения в изменении позы тела и в поддержании положения тела, выраженные ограничения ходьбы, нарушение координации движений. Передвижение в помещении было возможно только с посторонней помощью и с использованием ТСП; отмечались значительные трудности в подъеме по ступенькам и значительно выраженные трудности передвижения в различных местах. Имелись существенные трудности в восприятии внешней информации (понимание обращенной устной и письменной речи) и в изложении собственных мыслей и желаний как в устной, так и в письменной формах. Возникали затруднения при выполнении последовательности действий, а также при выполнении повседневного распорядка. Социальная интеграция характеризовалась следующими особенностями: хорошие взаимоотношения в семье, жена оказывала помощь при выполнении необходимых действий, клиент посещал реабилитационные мероприятия в сопровождении жены. Вследствие выраженных нарушений речи испытывал существенные трудности при взаимодействии с окружающими. Испытывал значительные трудности в решении проблем, связанных с личными, социальными, финансовыми и другими потребностями. Отмечалась полная зависимость от окружающих при выполнении различных заданий на работе. Выраженные трудности, требующие помощи со стороны окружающих, наблюдались в организации и выполнении досуговой деятельности (дома и в реабилитационном центре).

Согласно положениям МКФ, составляющие «функции организма» и «активность и участие», предназначенные для оценивания степени выраженности проблем, имеют пять градаций: 0 – нет проблем, 1 – легкие проблемы, 2 – умеренные, 3 – выраженные, 4 – абсолютные проблемы. Факторы окружающей среды могут рассматриваться как облегчающие факторы (+) или как барьеры (-) в реабилитационном процессе.

Результаты обследования по стандартизированным методикам и шкалам были переведены в категории МКФ и занесены в форму оценки. Наглядно описание проблем и ресурсов клиента представлено в функциональном профиле (см. Приложение), который показывает степень нарушений функций организма, ограничений активности и возможности социального участия клиента в определенный временной период. Список проблем составлен с учетом оценки клиентом своего состояния и с учетом профессиональной оценки специалиста. Описание контекста жизни и быта клиента дает информацию о позитивном или негативном влиянии факторов окружающей среды на его функциональное состояние. Функциональный профиль служит наглядной иллюстрацией основных проблем и ресурсов клиента и позволяет сформулировать индивидуальные цели реабилитации. Свои пожелания в отношении реабилитационных мероприятий клиент выразил еще на этапе первичной оценки. В терминах МКФ цели определяются внутри компонентов функционирования и в приоритетном порядке их выполнения в соответствии с периодами курсов реабилитации.

Постановка целей реабилитации клиента осуществляются на заседании Реабилитационной комиссии, где присутствуют врач, психолог и специалисты различных направлений реабилитации. Определение целей реабилитации клиента по МКФ осуществляется в следующей последовательности: сначала выделяют наиболее проблемные области и сильные стороны клиента, затем выделяются домены, над которыми предстоит работать, внутри доменов определяют те категории, которые станут целями вмешательства на данном курсе реабилитации.

На заседании Реабилитационной комиссии утверждается индивидуальный реабилитационный маршрут, включающий в себя преимущественно мероприятия по физической и социальной реабилитации, и определяются структурные подразделения, в которых будет проводиться реабилитационная работа. В таблице отражены цели клиента В. и структурные подразделения, где проводятся реабилитационные мероприятия.

Таблица

Индивидуальный маршрут реабилитации клиента в СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Невского района» за период 2015–2017 гг.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ МАРШРУТ РЕАБИЛИТАЦИИ			
ЦЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ	СТРУКТУРЫ	ОЦЕНКА	
1	2	3	4
		Начало реабилитации	Конец реабилитации
b140 Функции внимания	психолог	3	2
b144 Функции памяти	психолог	3	3
b160 Функции мышления	психолог	3	2
b167 Умственные функции речи	логопед	3	3
d155 Приобретение практических навыков	изостудия	3	2
d160 Концентрация внимания	психолог	3	2
d177 Принятие решений	психолог	3	2
d220 Выполнение многоплановых задач	тренировочная квартира	3	2
d230 Выполнение повседневного распорядка	тренировочная квартира	3	2
d240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок	психолог	2	1
d310 Восприятие устных сообщений при общении	логопед	3	1

d325 Восприятие письменных сообщений при общении	логопед	3	1
d330 Речь	логопед, театральная студия	3	2
d345 Письменные сообщения	логопед	3	2
d350 Разговор	логопед, театральная студия	3	2
d410 Изменение позы тела	спортивный зал, тренажерный зал	3	2
d415 Поддержание положения тела	спортивный зал, тренажерный зал	3	2
d430 Поднятие и перенос объектов	тренировочная квартира	3	3
d440 Использование точных движений кисти	тренировочная квартира	3	2
d445 Использование кисти и руки	спортивный зал, тренажерный зал	3	2
d450 Ходьба	спортивный зал, тренажерный зал	3	2
d460 Передвижение в различных местах	тренировочная квартира, спортивный зал, тренажерный зал	4	2
d540 Одевание	тренировочная квартира	3	1
d550 Прием пищи	тренировочная квартира	3	1
d560 Питье	тренировочная квартира	3	1
d630 Приготовление пищи	тренировочная квартира	3	3
d640 Выполнение работы по дому	тренировочная квартира	3	2
d720 Сложные межличностные взаимодействия	психолог	3	1
d920 Отдых и досуг	театральная студия	3	2
e115 Изделия и технологии для личного повседневного использования	тренировочная квартира	-1	+2
e310 Семья и ближайшие родственники	психолог	+3	+4
e360 Работники других профессиональных сфер	куратор (специалист по социальной работе)	+2	+3

Из таблицы видно, что основной акцент при планировании реабилитационных мероприятий был сделан на восстановление (компенсацию) способностей в повседневной жизни. Комплекс упражнений, разработанный инструкторами по физической культуре в спортивном и тренажерном залах, был направлен на изменение и поддержание позы тела, восстановление движений поврежденной кисти и руки, на восстановление навыка самостоятельной ходьбы, а также на обучение передвижению в пределах помещения. В тренировочной квартире специалист по социальной работе проводил занятия, направленные преимущественно на развитие компенсаторных способностей к самообслуживанию и выполнению бытовой деятельности сохранной рукой (при необходимости с применением технических средств реабилитации). В занятия был включен блок упражнений на восстановление точных движений кисти (подбирание, захват, манипулирование и отпускание) поврежденной руки. Большое внимание было уделено выполнению повседневного распорядка дня по составленному алгоритму, включающему в себя решение многоплановых задач. Работа над восстановлением речевых навыков (восприятие сообщений при общении, растормаживание произносительной стороны речи, стимулирование простых коммуникативных видов речи) проводилась главным образом логопедом. Некоторые элементы восстановления способности к общению отрабатывались также на занятиях у психолога и в театральной студии. Психологами был разработан комплекс упражнений на восстановление когнитивных функций (внимания, памяти, мышления), проводилась работа по преодолению психоэмоционального напряжения и работа с семьей (усиление поддержки, информирование и консультирование по поводу выполнения домашних заданий, организации распорядка дня). В качестве дополнительных реабилитационных мероприятий в индивидуальный маршрут были включены занятия в студиях по изобразительной деятельности и гончарному делу. Основная цель занятий в студиях, с одной стороны, – восстановление точных движений кисти с помощью специальных техник, а с другой – приобретение элементарных практических навыков. Задача организации досуговой деятельности решалась в театральной студии, а также в ходе участия клиента в культурно-массовых мероприятиях на базе центра социальной реабилитации (праздники, концерты, вечера отдыха).

Цель реабилитационных вмешательств в категориях МКФ в соответствии с индивидуальным маршрутом реабилитации отмечалась в направлениях к специалистам. Каждый специалист, опираясь на поставленные цели, выстраивал свою логику проведения оценки, подбирал необходимые оценочные инструменты, методики и техники вмешательства. После завершения курса реабилитации каждый специалист проводил оценку выполнения целей вмешательств. Куратор (специалист по социальной работе) собирал направления от специалистов, на основе обобщенных результатов делал общее заключение об эффективности выполнения реабилитационных мероприятий. Оценка выполнения целей вмешательств отражала эффективность проведенных реабилитационных мероприятий.

В данной работе представлены оценки выполнения целей нескольких курсов реабилитации за период 2015–2017 годов по основным категориям разделов активности и участия. Динамика показателей активности и участия у клиента после проведения реабилитационных мероприятий в СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Невского района» показана на рисунке.

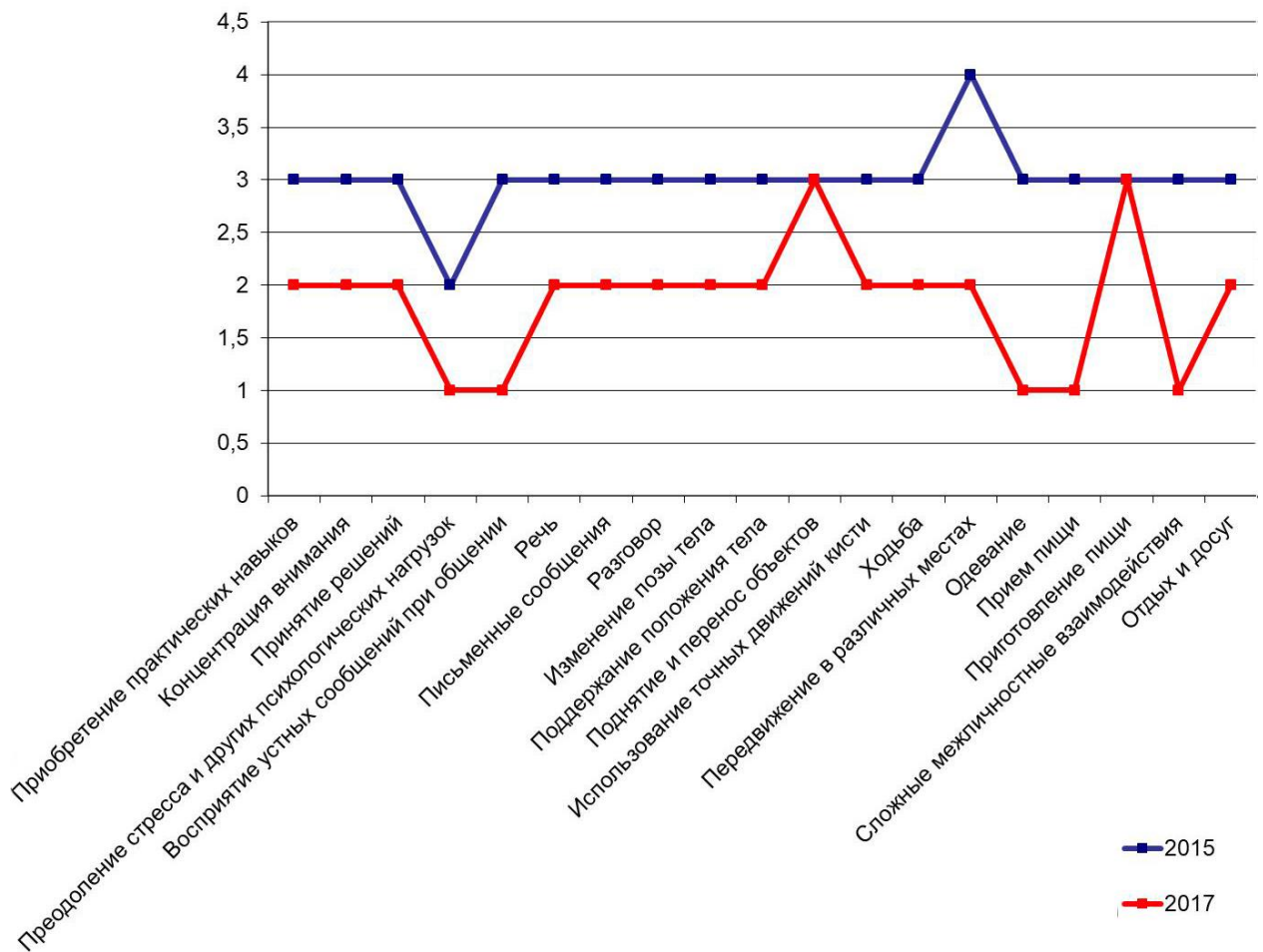


Рис. Динамика показателей активности и участия клиента после проведения реабилитационных мероприятий

На рисунке видно, что наибольшая динамика достигнута в восстановлении способностей к самообслуживанию (прием пищи и одевание), в восприятии устных сообщений при общении, в межличностных взаимодействиях, в преодолении стрессовой ситуации, в передвижении в различных местах (внутри помещения и за его пределами). Таким образом, профили функционирования клиента, полученные по результатам оценок в начале и в конце курсов реабилитации, наглядно отражают эффективность комплексной реабилитации инвалидов.

Заключение

В современных исследованиях показано, что использование МКФ в практике реабилитации инвалидов позволяет оценить улучшение жизнедеятельности и социального участия клиента, даже если нарушения остаются на прежнем уровне, что является необходимым условием для достижения конечной цели комплексной реабилитации. Необходимо подчеркнуть, что использование отдельных шкал и методик не позволяет провести системный анализ состояния клиента, определить цель реабилитации. В то время как применение МКФ в практике учреждения создает возможности для эффективного междисциплинарного взаимодействия на основе единой системы категорий для планирования и проведения реабилитационных мероприятий. Таким образом, применение МКФ как интегративного показателя работы каждого специалиста позволяет объективно оценить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.

Литература

1. *Ахутина Т.В., Пылаева Н.М.* Диагностика развития зрительно-вербальных функций. М.: Академия, 2003. 64 с.
2. *Бодрова Р.А., Аухадеев Э.И., Тихонов И.В.* Опыт применения международной классификации функционирования в оценке эффективности реабилитации пациентов с последствиями поражения ЦНС // Практическая медицина. 2013. Т. 66. № 1. С. 98–100.
3. *Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А.* Методы нейропсихологической диагностики. Практическое руководство. СПб.: Стройлеспечать, 1997. 198 с.
4. *Жукова Т.Н., Лорер В.В., Владимирова О.Н.* Использование положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в практике работы центра социальной реабилитации [Электронный ресурс] // Вестник Всероссийской гильдии протезистов-ортопедов (Специальный выпуск). 2014. Т. 57. № 3. URL: [http://congress-ph.ru/common/htdocs/upload/fm/ph/14/vestnik%202014_3\(57\).pdf](http://congress-ph.ru/common/htdocs/upload/fm/ph/14/vestnik%202014_3(57).pdf) (дата обращения: 04.09.2017).
5. *Захаров В.В., Вознесенская Т.Г.* Нервно-психические нарушения: диагностические тесты / под ред. Н.Н. Яхно. 5-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2016. 320 с.
6. *Ибраева К.Б.* Оценка функционального статуса больных нейрохирургического профиля с использованием международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Астана, 2011. 27 с.

Лорер В.В., Жукова Т.Н. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в оценке комплексной реабилитации инвалидов
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 3. С. 116–134.

Lorer V.V., Zhukova T.N. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health in assessment of integrated rehabilitation of disabled people
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 3, pp. 116–134.

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: 10.08.2017).

8. Комплексная реабилитация инвалидов в условиях центра социальной реабилитации: сборник научных трудов. Вып. 1 / под ред. З.Д. Щварцмана, Т.Н. Жуковой, В.В. Лорер. СПб.: «Береста», 2013. 128 с.

9. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ, 2001. 342 с.

10. Нургазизова А.К., Сергеева В.В., Родионова А.Ю. Применение международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Практическая медицина. 2014. Т. 82. № 6. С. 29–36.

11. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения (практическое руководство). Тернополь: «Обрій», 2004. 168 с.

12. Смычек В.Б. Современные аспекты инвалидности. Минск: изд-во БГАТУ, 2012. 268 с.

13. Смычек В.Б., Львова Н.Л. Реализация концепций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в медицинской реабилитации пациентов с сахарным диабетом 2 типа // Материалы научно-практической конференции с международным участием в рамках мероприятий государственной программы «Доступная среда» (г. Санкт-Петербург, 24-25 ноября 2016 г.). СПб.: ООО «КопиСервис», 2016. С. 177–184.

14. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения: 10.08.2017).

15. Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Методика оценки речи при афазии. М.: изд-во МГУ, 1981. 67 с.

16. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: Руководство для врачей / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Шепетовой. М.: Антитор, 2002. 440 с.

17. Rauch A., Cieza A., Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice [Электронный ресурс] // Euroean Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2008. Vol. 44. № 3. P. 329–342. URL: <https://www.minervamedica.it/en/journals/europa-medicophysica/article.php?cod=R33Y2008N03A0329> (дата обращения: 04.09.2017).

Приложение

Функциональный профиль клиента В

Функциональный профиль					
Функции организма, активность и участие	Проблемы				
	0	1	2	3	4
b114 Функции ориентированности (время, место, личность)	1	1	1		
b130 Волевые и побудительные функции (волевой уровень, мотивация, сила желаний, контроль импульсивных побуждений)	1	1	1		
b134 Функции сна	1				
b152 Функции эмоций	1	1	1		
b140 Функции внимания	1	1	1	1	
b144 Функции памяти	1	1	1	1	
b160 Функции мышления	1	1	1	1	
b164 Познавательные функции высокого уровня	1	1	1	1	
b167 Умственные функции речи	1	1	1	1	
b210 Функции зрения	1				
b230 Функции слуха	1				
b310 Функции голоса	1				
b320 Функции артикуляции	1	1	1		
b330 Функции беглости и ритма речи	1	1	1		
b420 Функции артериального давления	1	1	1	1	
b710 Функции подвижности сустава	1	1	1		
b730 Функции мышечной силы	1	1	1		
b735 Функции мышечного тонуса	1	1	1	1	
b760 Контроль произвольных двигательных функций	1	1	1		
d110 Использование зрения	1				
d115 Использование слуха	1				
d130 Копирование	1	1			
d135 Повторение	1	1	1		
d155 Приобретение практических навыков	1	1	1	1	
d160 Концентрация внимания	1	1	1	1	
d166 Чтение	1	1	1	1	
d170 Письмо	1	1	1	1	
d175 Решение проблем	1	1	1	1	
d177 Принятие решений	1	1	1	1	

d210	Выполнение отдельных задач								
d220	Выполнение многоплановых задач								
d230	Выполнение повседневного распорядка								
d240	Преодоление стресса и других психологических нагрузок								
d310	Восприятие устных сообщений при общении								
d315	Восприятие сообщений при невербальном способе общения								
d325	Восприятие письменных сообщений при общении								
d330	Речь								
d335	Составление и изложение сообщений при невербальном способе общения								
d345	Письменные сообщения								
d350	Разговор								
d410	Изменение позы тела								
d415	Поддержание положения тела								
d420	Перемещение тела								
d430	Поднятие и перенос объектов								
d440	Использование точных движений кисти								
d445	Использование кисти и руки								
d450	Ходьба								
d460	Передвижение в различных местах								
d465	Передвижение с использованием технических средств								
d510	Мытье								
d520	Уход за частями тела								
d530	Физиологические отправления								
d540	Одевание								
d550	Прием пищи								
d560	Питье								
d570	Забота о своем здоровье								
d630	Приготовление пищи								
d640	Выполнение работы по дому								
d650	Забота о домашнем имуществе								
d710	Базисные межличностные взаимодействия								
d720	Сложные межличностные взаимодействия								
d730	Отношения с незнакомыми людьми								
d760	Семейные отношения								
d850	Оплачиваемая работа								
d870	Экономическая самостоятельность								
d920	Отдых и досуг								

Влияние факторов окружающей среды на функционирование	облегчающие				барьеры				
	+ 4	+ 3	+ 2	+ 1	0	1	2	3	4
e115 Изделия и технологии для личного повседневного использования					■	■			
e120 Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений			■	■					
e150 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования					■	■	■	■	
e155 Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования			■	■	■				
e310 Семья и ближайшие родственники		■							
e355 Профессиональные медицинские работники			■	■					
e360 Работники других профессиональных сфер			■	■					
e410 Индивидуальные установки семьи и ближайших родственников		■	■	■					
e450 Индивидуальные установки профессиональных медицинских работников			■	■					
e455 Индивидуальные установки других профессиональных работников			■	■					
e460 Общественные установки			■	■					
e540 Транспортные службы, административные системы и политика		■	■	■					
e575 Службы, административные системы и политика общей социальной поддержки		■	■	■					
e580 Службы, административные системы и политика здравоохранения		■	■	■					

Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Assessment of Integrated Rehabilitation of Disabled People

Lorer V.V.,

PhD (Psychology), Head of the organizational and methodological Department, St. Petersburg State Budgetary Institution of Social Services for Population "Center for Social Rehabilitation of Disabled People and Disabled Children of the Nevsky District of St. Petersburg"; Assistant, Department of general and clinical Psychology, Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, St. Petersburg, Russia, vika.lorer@gmail.com

Zhukova T.N.,

PhD (Medical sciences), Director, St. Petersburg State Budgetary Institution of Social Services for Population "Center for Social Rehabilitation of Disabled People and Disabled Children of the Nevsky District of St. Petersburg", St. Petersburg, Russia, tnzukova@gmail.com

The article presents the possibility of applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in assessing the rehabilitation process in the conditions of the regional center for the social rehabilitation of disabled people and disabled children. Step-by-step algorithm for evaluating the process of integrated rehabilitation is shown on the example of a single case of a disabled working age with consequences of acute cerebral circulation disorder: 1) assessment of the needs and problems of the client; 2) planning of rehabilitation interventions; 3) implementation of rehabilitation measures; and 4) evaluation of the effectiveness of rehabilitation measures. To assess the functioning of the client, standardized methods and scales were used with subsequent translation of the results into the ICF category. On the basis of quantitative data, the functional profile of the client was displayed, which showed the degree of impairment of the body's functions, activity limitations and the possibility of the client's participation in a certain time period. The functional profile was used as a basis for planning and conducting rehabilitation activities. The final evaluation of the effectiveness of rehabilitation was given on the basis of a comparison of the results achieved in the implementation of rehabilitation goals with the initial parameters according to the main categories of restrictions on the activity and participation of the client.

Keywords: International classification of functioning, complex rehabilitation, invalids, functional profile, individual program.

References

1. Akhutina T.V. Pylaeva N.M. Diagnostika razvitiya zritel'no-verbal'nykh funktsii [Diagnosis of the development of visual-verbal functions]. Moscow: Akademiya, 2003. 64 p.
2. Bodrova R.A. Aukhadeev E.I. Tikhonov I.V. Opyt primeneniya mezhdunarodnoi klassifikatsii funktsionirovaniya v otsenke effektivnosti reabilitatsii patsientov s posledstviyami porazheniya TsNS [Experience in applying the international classification of functioning in assessing the effectiveness of rehabilitation of patients with sequelae of the CNS]. *Prakticheskaya meditsina [Practical medicine]*, 2013, vol. 66, no. 1, pp. 98–100.
3. Vasserman L.I. Dorofeeva S.A. Meerson Ya.A. Metody neiropsikhologicheskoi diagnostiki. Prakticheskoe rukovodstvo [Methods of neuropsychological diagnosis. A Practical Guide]. Saint-Petersburg: Stroilespechat', 1997. 198 p.
4. Zhukova T.N. Lorer V.V. Vladimirova O.N. Ispol'zovanie polozhenii Mezhdunarodnoi klassifikatsii funktsionirovaniya, ogranichenii zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya v praktike raboty tsentra sotsial'noi reabilitatsii [Use of the provisions of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the Practice of the Center for Social Rehabilitation]. *Vestnik Vserossiiskoi gil'dii protezistov-ortopedov (Spetsial'nyi vypusk) [The Bulletin of the All-Russian Guild of Prosthetics-Orthopedists (Special Issue)]*, 2014, vol. 57, no. 3. URL: [http://congress-ph.ru/common/htdocs/upload/fm/ph/14/vestnik%202014_3\(57\).pdf](http://congress-ph.ru/common/htdocs/upload/fm/ph/14/vestnik%202014_3(57).pdf) (Accessed: 04.09.2017).
5. Zakharov V.V. Nervno-psikhicheskie narusheniya: diagnosticheskie testy [Neuropsychiatric disorders: diagnostic tests]. In N.N. Yakhno (ed.). 5th ed. Moscow: MEDpress-inform, 2016. 320 p.
6. Ibraeva K.B. Otsenka funktsional'nogo statusa bol'nykh neirokhirurgicheskogo profilya s ispol'zovaniem mezhdunarodnoi klassifikatsii funktsionirovaniya, ogranichenii zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya: avtoref. diss. ... dok. med. nauk [Evaluation of the functional status of patients with neurosurgical profile using the International Classification of Functioning, Disability and Health: Dr. Sci. (Medicine) Thesis]. Astana, 2011. 27 p.
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) [Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health, Children & Youth version (a brief review of the literature)]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical and special psychology]*, 2014, vol. 3, no. 2. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n2/Kazmin_et_al.shtml (Accessed: 10.08.2017).

8. Kompleksnaya reabilitatsiya invalidov v usloviyakh tsentra sotsial'noi reabilitatsii: sbornik nauchnykh trudov, vol. 1 [Complex rehabilitation of disabled people in the conditions of the center of social rehabilitation: a collection of scientific works. vol. 1] / In Z.D. Shchvartsmana, T.N. Zhukovoi, V.V. Lorer (Eds.). Saint-Petersburg: Beresta, 2013. 128 p.

9. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya funktsionirovaniya, ogranichenii zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya. [International Classification of Functioning, Disability and Health]. Zheneva: WHO, 2001. 342 p.

10. Nurgazizova A.K. Sergeeva V.V. Rodionova A.Yu. Primenenie mezhdunarodnoi klassifikatsii funktsionirovaniya, ogranichenii zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya dlya otsenki reabilitatsii bol'nykh serdechno-sosudistymi zabolevaniyami [Application of the international classification of functioning, disability and health for the evaluation of rehabilitation of patients with cardiovascular diseases]. *Prakticheskaya meditsina [Practical medicine]*, 2014, vol. 82, no. 6, pp. 29–36.

11. Rubinshtein S.Ya. Eksperimental'nye metodiki patopsikhologii i opyt ikh primeneniya. Prakticheskoe rukovodstvo [Experimental methods of pathopsychology and experience of their application (practical guidance)]. Ternopol': Obrii, 2004, 168 p.

12. Smychek V.B. Sovremennye aspekty invalidnosti [Modern aspects of disability]. Minsk: publ. of BGATU, 2012. 268 p.

13. Smychek V.B. L'vova N.L. Realizatsiya kontseptsii Mezhdunarodnoi klassifikatsii funktsionirovaniya, ogranichenii zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya v meditsinskoj reabilitatsii patsientov s sakharnym diabetom 2 tipa [Implementation of the concepts of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the Medical Rehabilitation of Patients with Type 2 Diabetes]. In *Materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem v ramkakh meropriyatii gosudarstvennoi programmy «Dostupnaya sreda» (g.Sankt-Peterburg, 24-25 noyabrya 2016 g.) [Materials of the scientific-practical conference with international participation in the framework of the state program "Affordable Environment"]*. Saint-Petersburg: OOO «KopiServis», 2016, pp. 177–184.

14. Federal'nyi zakon ot 24.11.1995 N 181-FZ "O sotsial'noi zashchite invalidov v Rossiiskoi Federatsii" [Federal Law of 24.11.1995 N 181-FZ "On Social Protection of Persons with Disabilities in the Russian Federation"]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (Accessed: 10.08.2017).

15. Tsvetkova L.S. Akhutina T.V. Pylaeva N.M. Metodika otsenki rechi pri afazii [The technique of speech evaluation in aphasia]. Moscow: publ. of MGU, 1981, 67 p.

16. Shkaly, testy i oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii: Rukovodstvo dlya vrachei [Scales, tests and questionnaires in medical rehabilitation: a guide for physicians]. In A.N. Belova, O.N. Shepetova (Eds.). Moscow: Antidor, 2012.

Лорер В.В., Жукова Т.Н. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в оценке комплексной реабилитации инвалидов
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 3. С. 116–134.

Lorer V.V., Zhukova T.N. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health in assessment of integrated rehabilitation of disabled people
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 3, pp. 116–134.

17. Rauch A., Cieza A., Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2008, vol. 44, no. 3. URL: <https://www.minervamedica.it/en/journals/europa-medicophysica/article.php?cod=R33Y2008N03A0329> (Accessed: 04.09.2017).

Использование визуальной шкалы самооценки состояния как способ формирования мотивации к реабилитации

Романовский Н.В.

кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии развития, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, romanovskij2@gmail.com

Новикова Е.М.,

клинический психолог, реабилитационный центр «Преодоление», Москва, Россия, mercilessangel@mail.ru

В статье приводится описание экспериментального исследования лиц с приобретенной инвалидностью, проводившегося в 2016 году на базе центра «Преодоление» (г. Москва). В исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 40 до 75 лет. Основной целью исследования являлось развитие у пациентов с приобретенной инвалидностью мотивации к реабилитации с помощью модифицированной версии методики для диагностики самооценки (Т.В. Дембо и С.Я. Рубинштейн) – Шкалы самооценки состояния. В проведенном пилотном исследовании была поставлена задача оценки эффективности коррекционной составляющей методики в аспекте развития мотивации на комплексную реабилитацию, а также на психологическую составляющую реабилитационного процесса. Результаты исследования говорят о вероятной эффективности методики, что проявляется в формировании более адекватных уровней самооценки и притязаний испытуемых, а также в снижении уровня депрессии после прохождения реабилитационного курса.

Ключевые слова: реабилитация, психологическая реабилитация, лица с приобретенной инвалидностью, мотивация к реабилитации, инвалидность, активная позиция реабилитанта, самооценка, тревожность, депрессия, уровень притязаний.

Для цитаты:

Романовский Н.В., Новикова Е.М. Использование визуальной шкалы самооценки состояния как способ формирования мотивации к реабилитации [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 3. С. 135–148. doi: 10.17759/psyclin.2017060308

For citation:

Romanovskiy N.V., Novikova E.M. The Implementation of the Visual Self-Assessment Scale as a Method of Formation of Rehabilitation Motivation [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya], 2017, vol. 6, no. 3, pp. 135–148. doi: 10.17759/psycljn.2017060308 (In Russ., abstr. in Engl.)

Известно, что одним из главных условий оказания психолого-социальной помощи человеку является желание этого человека что-то изменить в своей жизни и принципиальное согласие (запрос) на ее получение [1; 5; 6]. Подобный запрос должен присутствовать и для оказания реабилитационных услуг лицам с приобретенной инвалидностью. Под приобретенной инвалидностью мы понимаем нарушения двигательной сферы, возникшие в результате болезни или травмы.

Р.М. Войтенко отмечает, что реабилитация – это процесс, требующий личной активности реабилитанта. Успешная реабилитация невозможна без полного включения реабилитанта в этот процесс. Как пишет Р.М. Войтенко: «Реабилитант – активный, действующий субъект реабилитационного процесса» [2, с. 22], и «"столбовая дорожка" реабилитации проходит через личность пациента» [2, с. 40].

Однако в практике работы психолога-реабилитолога часто приходится наблюдать обратную тенденцию. Пациенты ориентированы на пассивную реабилитацию в виде физиопроцедур и массажа. Можно предположить, что пациентам комфортнее находиться в роли объекта реабилитационных мероприятий, чем субъекта, активно участвующего в построении и осуществлении своей реабилитационной программы. Таким образом, важнейшими задачами психолога-реабилитолога являются формирование запроса на оказание реабилитационных услуг, повышение мотивации на реабилитацию и формирование активной позиции реабилитанта.

При этом достаточно остро встает вопрос поиска психологических методов повышения мотивации и формирования активной жизненной позиции реабилитанта, а также поиска диагностического инструментария для оценки эффективности вмешательства [3].

С целью доказать эффективность методики «Шкала самооценки состояния» нами было проведено пилотное исследование в виде формирующего эксперимента. Данная методика представляет собой модификацию известной методики исследования самооценки Дембо–Рубинштейн [4; 7; 8]. Разработанная нами модификация направлена на диагностику самооценки пациентами ограничений в нескольких областях, а также на формирование запроса на реабилитацию.

Объектом исследования стала эмоционально-мотивационная сфера лиц с приобретенной инвалидностью. Предметом исследования – способ повышения мотивации к реабилитации у лиц с приобретенной инвалидностью с использованием методики «Шкала самооценки состояния».

Исследование проводилось на базе реабилитационного центра «Преодоление» (г. Москва). Были использованы следующие методики:

- 1) Анкета, направленная на выявление мотивации к реабилитации;
- 2) Шкала депрессии А. Бека;
- 3) Методика «Определение уровня тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина;
- 4) Шкала самооценки состояния (модификация методики Т.В. Дембо и С.Я. Рубинштейн).

На основе анализа анкетных данных были отобраны 30 человек в возрасте от 40 до 75 лет (15 мужчин и 15 женщин; средний возраст – 53,5 года, стандартное отклонение – 9,6) с приобретенной инвалидностью, которые не проходили психологической реабилитации до этого момента.

Испытуемые принимали участие в реабилитационном курсе, проводимом мультидисциплинарными бригадами. Мультидисциплинарные бригады – совместный медико-социальный проект Департамента социальной защиты населения г. Москвы и реабилитационного центра «Преодоление». На базе московских центров социального обслуживания, а также в особых случаях на дому у пациентов работают выездные мультидисциплинарные бригады специалистов центра, в состав которых входят невролог, терапевт, хирург, травматолог-ортопед, кардиолог, уролог, психолог, инструктор ЛФК, массажист. Курс реабилитации составляет 10 рабочих дней.

В анкете участники исследования отмечали, что не нуждаются в работе с психологом. Таким образом, выборка исследования состояла из людей, у которых отсутствовал запрос на психологическую реабилитацию и которые имели низкую мотивацию на прохождение психологической реабилитации.

Мы сформулировали следующую гипотезу: использование Шкалы самооценки состояния в ходе реабилитационного процесса повышает мотивацию пациентов к реабилитации.

Остановимся подробнее на описании ключевой для нашего исследования методики «Шкала самооценки состояния». За основу авторской методики была взята хорошо всем известная методика исследования самооценки Дембо–Рубинштейн, разработанная в 1962 году Т.В. Дембо, а в 1970 году – дополненная С.Я. Рубинштейн [7]. Мы модифицировали методику под цели нашего исследования. Опишем более подробно процедуру проведения нашей методики.

Методика являлась частью реабилитационной программы и проводилась на одной из первых встреч с пациентом, но после проведения тестов на тревожность и депрессию. Пациенту предлагался бланк, на котором отпечатаны 9 равных по размеру шкал без названия. Наш опыт реабилитационной работы показал, что

трудности пациентов имеют общий характер и могут быть сгруппированы в три группы, каждая из которых описывает определенные ограничения в жизни пациента – физические, психологические и социальные (рис. 1).



Рис 1. Бланк шкалы самооценки состояния

Группа шкал «физические ограничения» отражает двигательные ограничения, связанные с заболеванием пациента, существенные для него, с которыми он готов работать. Группа шкал «психологические ограничения» отражает психологические трудности пациента. Принципиален тот факт, что эта шкала стоит в одном ряду со шкалой «физические ограничения», но идет после нее. Такая последовательность шкал позволяет подвести пациента к мысли о том, что психологические трудности не абстрактны, а имеют реальное отношение к его жизни и что осознание этих трудностей имеет такое же значение для благополучия, как и понимание своих физических ограничений. Группа шкал «социальные ограничения» подразумевает трудности, связанные с общением и статусом.

В процессе клинической беседы пациенту предлагалось самостоятельно назвать каждую из шкал и оценить степень своих ограничений (самооценка), а также чего он хочет добиться в рамках предстоящей реабилитационной работы (уровень притязаний).

Каждая из шкал подробно обсуждалась психологом и пациентом, психолог помогал пациенту сформулировать название шкалы, которое бы отражало реальные трудности пациента в той или иной сфере. В ходе выполнения этой методики пациент, по сути, формировал свой личный запрос на реабилитационную работу, в том числе на психологическую реабилитацию как часть комплексной реабилитационной программы. Таким образом, данная методика включает как диагностическую, так и психокоррекционную составляющие.

Для большей наглядности приведем примеры, как наши испытуемые называли шкалы:

- 1) физические ограничения: «боли в различных частях тела», «невозможность самостоятельно повернуться», «трудности при ходьбе»;
- 2) психологические ограничения: «страхи», «тревога», «перепады настроения»;
- 3) социальные ограничения: «малый круг общения», «социальная изоляция», «бесполезность».

Для оценки адекватности ответов пациента в отношении его физического состояния (шкала «физические ограничения») использовалась экспертная оценка инструктора по физической культуре, который, выслушав жалобы пациента, проводил собственное тестирование.

Психологические ограничения пациента оценивались при помощи тестов тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина и депрессии А. Бека, что позволило наглядно продемонстрировать пациенту отсутствие или наличие психологических проблем и возможность их коррекции.

По итогам обсуждения результатов диагностики предлагался план психологической работы, куда могли быть включены следующие формы работы: психологическое консультирование, семейная консультация, социально-психологический тренинг, использование релаксационных техник, арт-терапия, когнитивная терапия. Общий план реабилитационных мероприятий зависел от озвученных ожиданий и возможностей пациента и реализовывался в индивидуальном режиме. Так как работа специалистов проводилась в мультидисциплинарной бригаде, то и план реабилитационных мероприятий строился комплексно с участием всех специалистов.

Результаты исследования

Проведенное диагностическое исследование с использованием Шкалы депрессии А. Бека, результаты которого указаны на рис. 2, показало, что до проведения реабилитации у большинства испытуемых (22 человека) признаки депрессии не наблюдались. У двух испытуемых наблюдалась выраженная депрессия, у четырех – умеренная, еще у двух человек – легкая депрессия.

После проведения реабилитационных мероприятий наблюдалась тенденция к сокращению числа людей с депрессией: депрессивные признаки отсутствовали у 23 человек, легкая депрессия отмечалась у 5 человек, умеренная – у одного, равно как и выраженная депрессия была диагностирована у одного испытуемого.

С помощью статистической обработки полученных данных были выявлены значимые различия между показателями депрессии до и после реабилитации по критерию знаков ($Z=5,10$ при $p=0,000$), а также Т-критерию Вилкоксона ($T=4,62$ при $p=0,000$). Таким образом, мы можем говорить о статистически значимом улучшении эмоционального состояния пациентов, произошедшем вследствие проведения реабилитационных мероприятий.



Рис. 2. Уровни депрессии у пациентов до и после реабилитации

Далее мы сравнили показатели личностной тревожности по методике «Определение уровня тревожности» Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина у пациентов до и после курса реабилитации (рис. 3). Можно видеть, что до реабилитации у 8 испытуемых наблюдался низкий уровень тревожности, у 13 – умеренный и у 9 – высокий уровень.

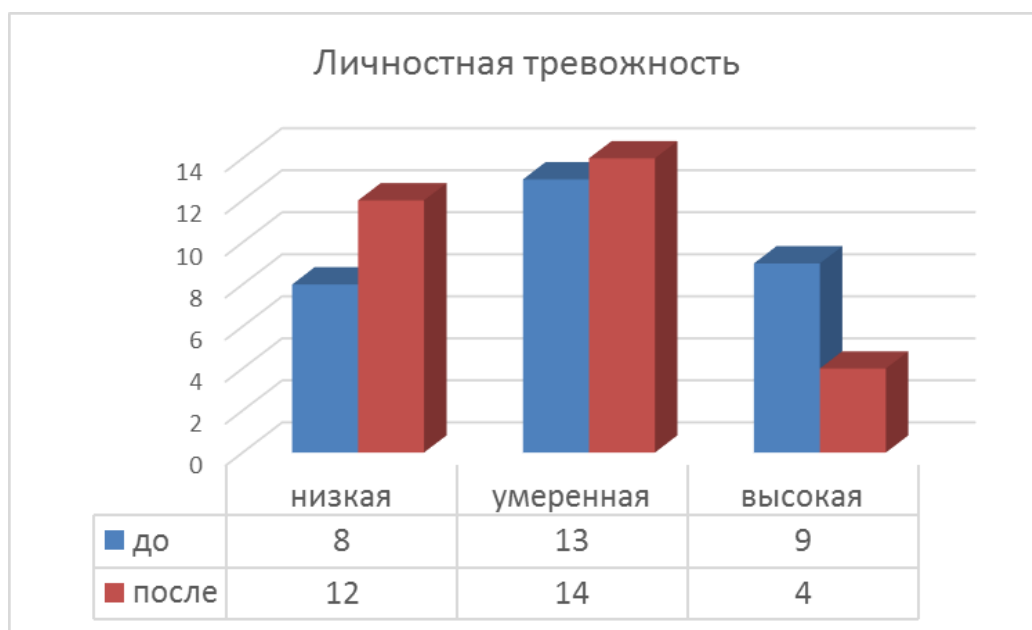


Рис. 3. Результаты проведения методики «Определение уровня тревожности» (личностная тревожность)

После реабилитации наблюдалась тенденция к снижению тревожности: низкий уровень тревожности наблюдался у 12 человек, умеренный – у 14 реабилитантов, а высокий – только у 4 испытуемых. Статистический анализ данных выявил значимые различия между показателями ($Z=4,72$ при $p=0,000$; $T=4,52$ при $p=0,000$).

Мы предполагаем, что полученные данные могут свидетельствовать о том, что после реабилитации у испытуемых уменьшилось количество опасений и страхов, они перестали воспринимать большинство ситуаций как угрожающие им.

На рис. 4 представлены результаты по шкале «Реактивная тревожность». По данному показателю до реабилитации ситуация была чуть лучше, чем по показателю «личностная тревожность»: низкий уровень реактивной тревожности наблюдался у 10 испытуемых, умеренный – у 16 человек, а высокий – у двоих.

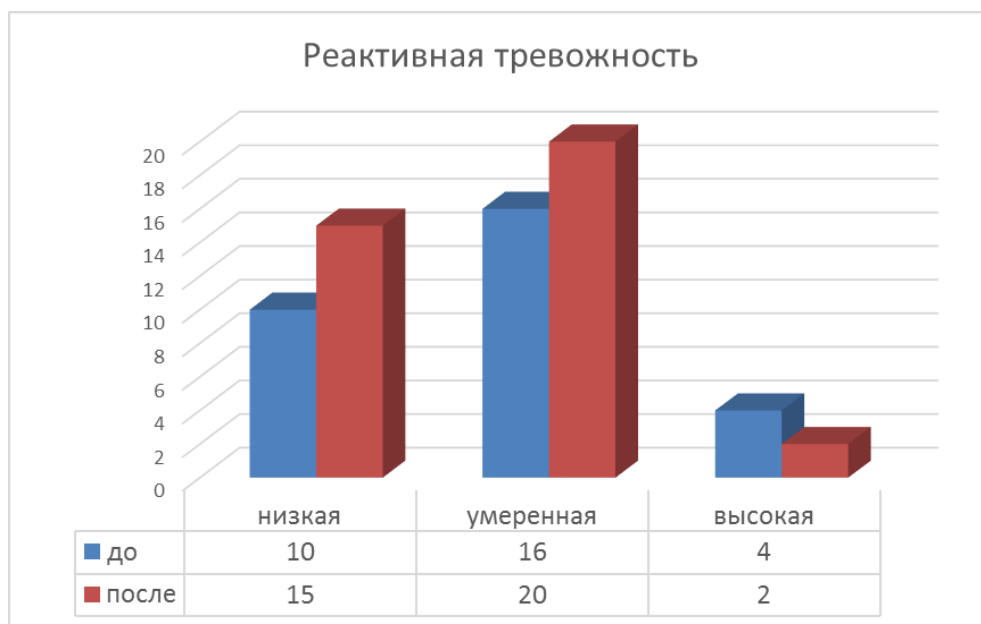


Рис 4. Результаты проведения методики «Определение уровня тревожности» (реактивная тревожность)

После проведения реабилитационных мероприятий была обнаружена тенденция к снижению уровня реактивной тревожности: низкий уровень наблюдался у 15 испытуемых, умеренный – у 13 реабилитантов, а высокий уровень – только у двух человек. Были выявлены значимые различия между показателями до и после реабилитации ($Z=5,00$ при $p=0,000$; $T=4,54$ при $p=0,000$). Полученные данные также могут свидетельствовать о том, что после реабилитационных мероприятий у испытуемых уменьшились симптомы напряжения и беспокойства.

Наконец, мы сравнили показатели самооценки и уровня притязаний, измеренные с помощью модифицированной версии «Шкала самооценки состояния» у участников исследования до и после прохождения реабилитации.

В самом начале реабилитационного процесса испытуемые демонстрировали в основном достаточно низкий уровень самооценки, что можно наглядно увидеть на рис. 5.

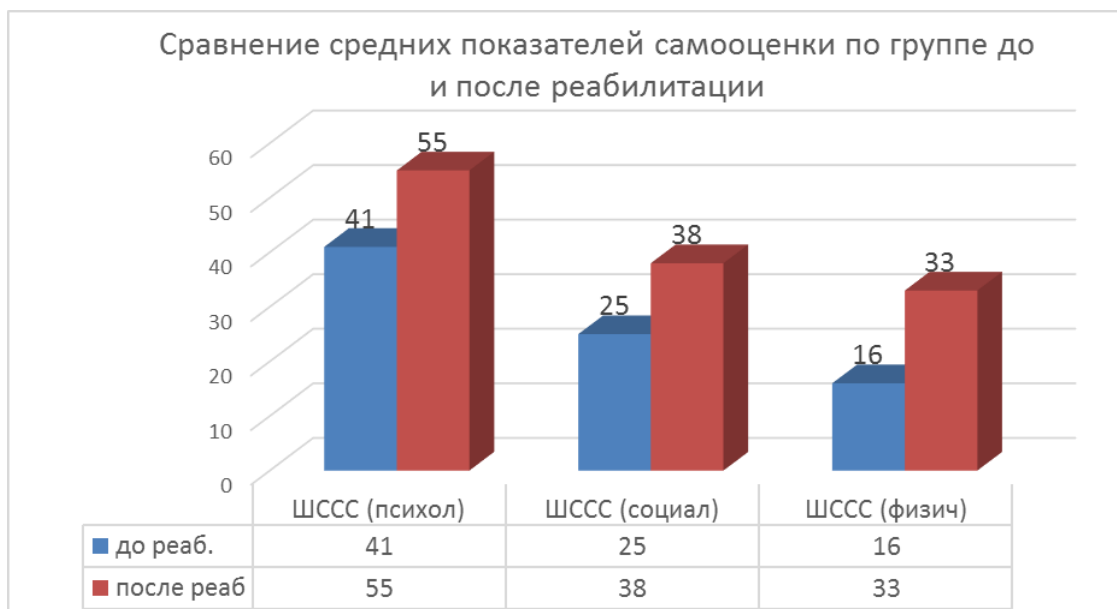


Рис. 5. Самооценка испытуемых до и после реабилитации по методике «Шкала самооценки состояния» (средние значения)

После проведения курса реабилитационных мероприятий наблюдались существенные изменения. Средние значения самооценки по трем шкалам («психологические ограничения», «социальные ограничения» и «физические ограничения») значительно увеличились. Статистический анализ данных (критерий знаков и критерий Вилкоксона для связанных выборок) выявил значимые различия (при уровне значимости $p \leq 0,01$) между результатами замеров до реабилитации и после по каждой из шкал:

- 1) «психологические ограничения» ($Z=4,58$ при $p=0,000$; $T=4,19$ при $p=0,000$);
- 2) «социальные ограничения» ($Z=4,8$ при $p=0,000$; $T=4,37$ при $p=0,000$);
- 3) «физические ограничения» ($Z=4,8$ при $p=0,000$; $T=4,37$ при $p=0,000$).

Полученные данные дают возможность предполагать, что испытуемые в результате проведения комплексных реабилитационных мероприятий стали осознавать у себя больше возможностей и способностей в указанных областях.

На рис. 6 представлены средние значения уровня притязаний до и после проведения реабилитационных мероприятий.

До проведения реабилитационных мероприятий испытуемые демонстрировали средний уровень притязаний по шкалам психологических и

социальных ограничений, а по шкале физических ограничений – уровень значительно выше среднего. На наш взгляд, уровень притязаний по группе шкал «физические ограничения» являлся существенно завышенным с учетом того, что наши испытуемые имели значительные физические ограничения (например, пациент, физические ограничения которого не позволяли ему вставать с постели, ставил себе цель за 10 дней реабилитации научиться самостоятельно ходить, минуя такие этапы, как самостоятельное переворачивание с бока на бок, пребывание в положении сидя и т.д.).

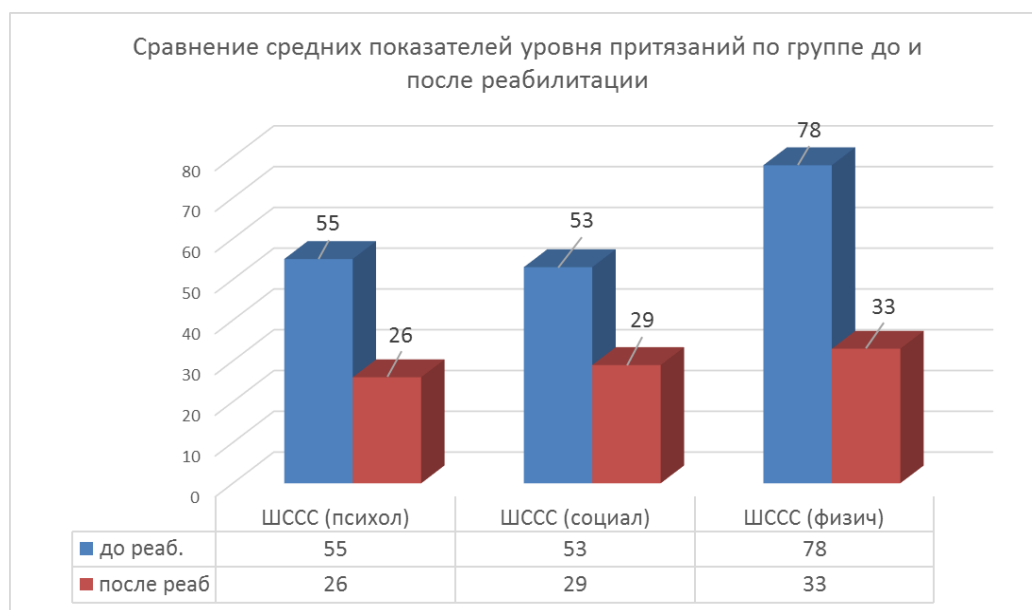


Рис. 6. Уровень притязаний испытуемых до и после реабилитации по методике «Шкала самооценки состояния» (средние значения)

После проведения реабилитационных мероприятий наблюдалось существенное снижение показателей уровня притязаний.

Статистический анализ данных выявил значимые различия (при уровне значимости $p \leq 0,01$) между результатами замеров до и после реабилитации по каждой из шкал:

- 1) «психологические ограничения» ($Z=4,8$ при $p=0,000$; $T=4,37$ при $p=0,000$);
- 2) «социальные ограничения» ($Z=4,8$ при $p=0,000$; $T=4,37$ при $p=0,000$);
- 3) «физические ограничения» ($Z=4,69$ при $p=0,000$; $T=4,28$ при $p=0,000$).

Таким образом, мы можем наблюдать, что в конце курса реабилитации уровень притязаний наших испытуемых стал заметно ниже.

Если не смотреть на результаты, полученные при оценке депрессии и тревожности, можно было бы подумать, что мы «разрушили» психологические

защиты наших испытуемых в виде их завышенного уровня притязаний, тем самым обострив их внутренний конфликт и нарушив столь хрупкий жизненный баланс.

Однако значимое возрастание показателей по шкале самооценки, а также снижение уровней тревожности и депрессии скорее могут свидетельствовать об обратном: уровень притязаний не снизился, но стал более приближенным к реальности. Наши испытуемые стали воспринимать свои проблемы более реалистично, но при этом у них не опустились руки, и они готовы предпринимать усилия по преодолению имеющихся у них ограничений в разных сферах жизни.

Заключение

Предложенный метод, на наш взгляд, оказался весьма удачным, так как одновременно решает несколько задач.

- С проведения данной методики начинается контакт психолога с пациентом, пациент начинает понимать, зачем ему нужен психолог, формируется первичный запрос на работу с ним.

- В ходе выполнения методики пациент встречается с индивидуальным подходом к его особенностям здоровья и может почувствовать себя неповторимой личностью, личные запросы которой являются основой для оказания помощи.

- Методика позволяет вовлечь пациентов в процесс реабилитации, научить самостоятельно ставить цели, которые они желают достичь в процессе реабилитации.

- С помощью этой методики становится возможным делегировать пациентам ответственность за их выбор целей реабилитационной программы и таким образом активизировать их.

- Сама ситуация, когда пациенту предлагают оценить свои возможности, может стать толчком для саморефлексии и более адекватной оценки ограничений и возможностей их преодоления.

- Наконец, методика позволяет психологу-реабилитологу продиагностировать адекватность оценки пациентом своих ограничений и возможностей.

Методика вызвала интерес у всех испытуемых, можно было наглядно наблюдать повышение их включенности в реабилитационный процесс.

Зафиксированная нами положительная динамика, выраженная в снижении уровней тревожности и депрессии, в повышении личной самооценки и в снижении уровня притязаний в сторону их реалистичности, может свидетельствовать о том, что пациенты, демонстрировавшие эту динамику, были сами заинтересованы в реабилитации и оценивали ее воздействие как положительное. Можно

предположить, что заинтересованность и позитивная динамика у пациентов связаны в том числе и с применением нашей модифицированной версии методики Дембо–Рубинштейн – Шкалы самооценки состояния.

Основываясь на вышесказанном, возможно говорить о том, что модифицированная методика «Шкала самооценки состояния» вносит позитивный вклад в общий процесс реабилитации и может являться эффективным инструментом в работе психолога-реабилитолога, благодаря таким своим особенностям, как простота проведения, наглядность, «настраиваемость» под запросы реабилитанта. Наше исследование ясно показало эффективность индивидуального подхода в реабилитации, который в нашем исследовании реализовывался через учет и формирование рабочего запроса пациента на комплексную реабилитацию.

Отметим, что данное исследование имеет пилотный характер, для более полного изучения эффективности методики необходимы дальнейшие исследования.

Литература

1. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. 2-е изд. М.: Независимая фирма «Класс», 2000. 208 с.
2. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и клинических психологов. СПб.: Фолиант, 2011. 192 с.
3. Гудилина О.Н. Специфика личностного реабилитационного потенциала подростков с нарушениями статодинамической функции в связи со временем возникновения нарушения и степенью его тяжести [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2012. № 4. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57062.shtml (дата обращения: 10.09.2017).
4. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. СПб.: Речь, 2002. 176 с.
5. Мишина Е.В. Механизмы формирования рабочего альянса в дебюте консультативного процесса // Психологическая наука и образование. 2010. № 5. С. 110–118. URL: <http://psyjournals.ru/psyedu/2010/n5/33784.shtml> (дата обращения: 10.09.2017).
6. Орлов А.Б., Орлова Н.А., Пермоторский М.С. Что получает клиент от психотерапевта? // Консультативная психология и психотерапия. 2012. № 2. С. 41–65. URL: http://psyjournals.ru/mpj/2012/n2/57196_full.shtml (дата обращения: 10.09.2017)

Романовский Н.В., Новикова Е.М. Использование визуальной шкалы самооценки состояния как способ формирования мотивации к реабилитации
Клиническая и специальная психология
2017. Том 6. № 3. С. 135–148.

Romanovskiy N.V., Novikova E.M. The Implementation of the Visual Self-Assessment Scale as a Method of Formation of Rehabilitation Motivation
Clinical Psychology and Special Education
2017, vol. 6, no. 3, pp. 135–148.

7. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (практическое руководство). М.: Медицина, 1970. 215 с.

8. Яньшин П.В. Исследование самооценки по Дембо–Рубинштейн с элементами клинической беседы / под ред. П.В. Яньшин // Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности. СПб.: Питер, 2004. 336 с.

The Implementation of the Visual Self-Assessment Scale as a Method of Formation of Rehabilitation Motivation

Romanovskiy N.V..

PhD (Psychology), Associate professor, Chair of neuro- and pathopsychology of development, MSUPE, romanovskij2@gmail.com

Novikova E.M.,

Clinical psychologist, Rehabilitation Center "Preodolenie", Moscow, Russia, mercilessangel@mail.ru

The article describes an experimental study of persons with acquired disabilities, conducted in 2016 on the basis of the Center "Preodolenie" (Moscow). The study involved 30 people aged 40 to 75 years. The main objective of the study was increasing patients' motivation for rehanilitation using modification of the technique for diagnosing the self-appraisal of the Dembo-Rubinstein - corrective-diagnostic technique "Self-appraisal scale". In the pilot study, we had to assess the effectiveness of the corrective component of this method in terms of increasing motivation to rehabilitation. The results of the study indicate the probable effectiveness of this method. As we can see in more realistic subjects self-appraisal and the level of claims, as well as a depression and anxiety level decrease compared with the initial similar indicators.

Keywords: rehabilitation, psychological rehabilitation, persons with acquired disability, motivation for rehabilitation, disability, active position of the rehabilitant, self-esteem, anxiety, depression, level of aspiration.

References

1. Aleshina Yu.E. Individual'noe i semeinoe psikhologicheskoe konsul'tirovanie. [Individual and family counseling] 2nd ed. Moscow.: Klass, 2000. 208 p.
2. Voitenko R.M. Sotsial'naya psikhiatriya s osnovami mediko-sotsial'noi ekspertizy i reabilitologii: Rukovodstvo dlya vrachei i klinicheskikh psikhologov. [Social psychiatry with the basics of medico-social expertise and rehabilitation: A guide for physicians and clinical psychologists.]. Saint-Petersburg: Foliant, 2011. 192 p.

3. Gudilina O.N. Spetsifika lichnostnogo reabilitatsionnogo potentsiala podrostkov s narusheniyami statodinamicheskoi funktsii v svyazi so vremenem vozniknoveniya narusheniya i stepen'yu ego tyazhesti [Specificity of personal rehabilitation potential of adolescents with disturbances of the statodynamic function in connection with the time of occurrence of the disorder and the degree of its severity] // *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru. [Psychological Science and Education]*. 2012, no. 4. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57062.shtml (Accessed: 10.09.2017).
4. Dermanova I.B. Diagnostika emotsional'no-nravstvennogo razvitiya [Diagnosis of emotional and moral development]. Saint-Petersburg: Rech', 2002. 176 p.
5. Mishina E.V. Mekhanizmy formirovaniya rabochego al'yansa v debyute konsul'tativnogo protsesssa [Mechanisms of Development of the Working Alliance in the Debut of the Consultative Process] // *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2010, no. 5. pp. 110–118. URL: <http://psyjournals.ru/psyedu/2010/n5/33784.shtml> (Accessed: 10.09.2017).
6. Orlov A.B., Orlova N.A., Permogorskii M.S. Chto poluchaet klient ot psikhoterapevta? [What does a client receive from a psychotherapist?] // *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Consultative psychology and psychotherapy]*, 2012, no. 2, pp. 41–65. URL: http://psyjournals.ru/mpj/2012/n2/57196_full.shtml (Accessed: 10.09.2017)
7. Rubinshtein S.Ya. Eksperimental'nye metodiki patopsikhologii i opyt primeneniya ikh v klinike (prakticheskoe rukovodstvo) [Experimental methods of pathopsychology and experience of their application in the clinic (practical guide)]. Moscow: Meditsina, 1970. 215 p.
8. Yan'shin P.V. Issledovanie samootsenki po Demb–Rubinshtein s elementami klinicheskoi besedy [Study of self-esteem by Dembo–Rubinstein with elements of clinical conversation]. In P.V. Yan'shin (ed.) *Praktikum po klinicheskoi psikhologii. Metody issledovaniya lichnosti [Workshop on Clinical Psychology. Methods of investigating personality]*. Saint-Petersburg: Piter, 2004. 336 p.

Федор Ефимович Василюк



28 сентября 1953 года – 17 сентября 2017 года

17 сентября 2017 года психология понесла невосполнимую потерю – ушел из жизни Федор Ефимович Василюк, доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой индивидуальной и групповой психотерапии Московского государственного психолого-педагогического университета, основатель факультета психологического консультирования и бессменный его декан на протяжении 15 лет, президент Ассоциации понимающей психотерапии, главный научный сотрудник лаборатории научных основ психологического консультирования и психотерапии ПИ РАО.

Федор Ефимович Василюк – создатель первого в России Центра психологического консультирования и психотерапии, первого в России журнала по психотерапии – Московского психотерапевтического журнала, первого в России факультета психологического консультирования.

Федор Ефимович – основатель школы понимающей психотерапии, автор одной из самых цитируемых и авторитетных в отечественной психологии монографий «Психология переживания», переведенной на множество языков, автор книги «Переживание и молитва». Федор Ефимович внес большой вклад в разработку христианской антропологии, психологии и психотерапии, сосредоточившись на предельных переживаниях человека и его духовных исканиях.

Федор Ефимович – обыкновенный гений. Человек, изменивший вектор отечественной психологии. Направивший ее исследовательский интерес в самую сердцевину – к человеческому ПЕРЕЖИВАНИЮ. Обосновавший тезис о том, что переживание есть деятельность, живой процесс, имеющий свою структуру и закономерности. Методологически и практически разработавший психологический инструментарий по работе с переживанием. Посвятивший свою жизнь, по сути, созданию психотехники переживания горя и преодоления боли. Оставивший нам руководство по прохождению критических жизненных ситуаций, как лоцманскую карту по их наличию и способам преодоления. Федор Ефимович прошел впереди нас самым трудным путем, доказав собственным опытом как встречаются и преодолевают вызовы, которые бросает человеку жизнь.

Федор Ефимович Василюк – Человек, Ученый, Учитель, Психотерапевт.

Психологическое сообщество скорбит о безвременной кончине Федора Ефимовича Василюка и выражает глубокие соболезнования его родным и близким.

Друзья, коллеги, ученики

Fedor Yefimovich Vasilyuk

September 28, 1953 – September 17, 2017

September 17, 2017 psychology suffered an irreparable loss – Fyodor Vasilyk passed away. Fedor Vasilyk was doctor of psychological sciences, professor, head of chair of individual and group psychotherapy of Moscow State University of Psychology and Education. He was founder of the department of psychological counseling and permanent dean of that department for 15 years. Fedor Vasilyk was president of Association of psychology of experiencing, chief researcher of the laboratory of scientific basics of psychology of counseling and psychotherapy of the Psychological Institute of RAE. The psychological community mourns the untimely death of Fedor Vasilyk and expresses deep condolences to his family and friends.