



**КЛИНИЧЕСКАЯ
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

**НАУЧНЫЙ
ЭЛЕКТРОННЫЙ
ЖУРНАЛ**

Теоретические исследования

Лифинцев Д.В., Лифинцева А.А., Серых А.Б. Стандартизованные методы оценки сетей социальных связей индивида в социальной работе и психологической практике

Эмпирические исследования

Демьянчук Р.В. Психологическая помощь педагогам с признаками эмоционального выгорания: основания и ориентиры

Литовка Т.А., Луковцева З.В. Особенности мотивационного уровня внутренней картины болезни пациентов челюстно-лицевой хирургии

Куфтяк Е.В., Самохвалова А.Г. Особенности адаптивного поведения детей в ситуации школьных и коммуникативных трудностей

Прикладные исследования

Валента М, Крагулцова К., Листьякова И. Сравнение эффективности драматерапии у клиентов с наркозависимостью в лечении

Методы и методики

Донцов Д.А., Донцова М.В., Сенкевич Л.В. Инклюзия в учебных группах, социальная реадаптация и реабилитация посредством психотехнологии микрогрупп

Книжное обозрение

Кочетков Н.В. Рецензия на книгу М.Ю. Кондратьева «Отечественное профессиональное психологическое сообщество. Штрихи к портрету поколения: персоналии, события, проблемы

Бочавер К.А. Монография «Современные представления о психической норме и патологии» и впечатления психолога-практика

Стандартизованные методы оценки сетей социальных связей индивида в социальной работе и психологической практике

Лифинцев Д.В.,

доктор педагогических наук, профессор кафедры психологии и социальной работы, Балтийский федеральный университет им. И.Канта, Калининград, Россия, psyrgu@gmail.com

Лифинцева А.А.,

кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии и социальной работы, Балтийский федеральный университет им. И.Канта, Калининград, Россия, aalifintseva@gmail.com

Серых А.Б.,

доктор психологических наук, доктор педагогических наук, заведующая кафедрой психологии и социальной работы, Балтийский федеральный университет им. И.Канта, Калининград, Россия, annaserykh@rambler.ru

Статья представляет собой теоретический обзор основных стандартизированных методов оценки социальных связей индивида, изучение которых позволяет специалистам помогающих профессий получить первичную информацию о микросоциальной среде человека. На основе теоретического анализа показано, что исследование социальной сети индивида предполагает анализ ее структуры, состава и функции ее компонентов. Описаны и проанализированы наиболее распространенные инструменты оценки социальных сетей человека – «Генератор имен», «Рисунок социальной сети», «Методика оценки социальной сети» (К. Бартоломью), «Опросник социальных сетей» (Т. Тридвелл и соавторы), «Индекс социальной сети» (Л. Беркман, С. Сим), «Список социальной сети» (Б. Хирш, Д. Стоукс). Отдельно в статье представлены специфика использования метода составления клиентами структурированного дневника и метода сетевой карты.

Ключевые слова: социальная диагностика, социальная сеть, генератор имен, сетевая карта.

Для цитаты:

Лифинцев Д.В., Лифинцева А.А., Серых А.Б. Стандартизованные методы оценки сетей социальных связей индивида в социальной работе и психологической практике

[Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 4.
С. 1-11 doi: 10.17759/psyclin.2015040401

For citation:

Lifintsev D.V., Lifintseva A.A., Serykh A.B. Standardized Methods of Assessment of Individual's Social Network in Social Work and Psychological Practice [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2015, vol. 4, no. 4, pp. 1-11 doi: 10.17759/psyclin.2015040401. (In Russ., abstr. in Engl.)

Идея применения методологии анализа сетей социальных связей в клинической психологии и социальной работе основывается на представлении, что работа с клиентом – любым клиентом с любой проблемой – приносит пользу, только если включает в себя понимание социального пространства отношений клиента. Необходимость знать и понимать те социальные связи, которые организуют повседневную жизнь клиента – людей, места и занятия, которые важны для него в обычной жизни – заставляет специалистов помогающих профессий (психологов, социальных работников) обращать внимание на стандартизованные методы сбора информации о социальном окружении клиента. Мы полагаем, что внимательный анализ, того, как организована система социальных связей клиентов, открывает новые возможности для решения задач социальной реабилитации и адаптации детей и взрослых, а также разработки программ социально-педагогического сопровождения и психологического консультирования семей в трудной жизненной ситуации.

Под социальной сетью нами понимается конкретный набор социальных связей человека с определенным количеством людей. Характеристики социальных сетей могут быть использованы для интерпретации социального поведения человека, устанавливающего данные связи [4].

Социальная сеть – это способ описания социальных связей индивида в форме, доступной для качественного и количественного анализа. Это не «физическая реальность», а форма представления жизни человека с точки зрения его интеграции в социальную систему общества через фиксацию его повседневных действий, контактов, мест обитания. Анализ сети социальных связей индивида дает возможность описывать реальность контактов и отношений человека с точки зрения их интенсивности, содержания, субъективной значимости и т.д. Представление о социальной сети в наглядном виде расширяет для заинтересованных специалистов и исследователей возможности понимания и интерпретации различных фактов, имеющих место в микросоциуме индивида и в сообществах людей.

Исследование структурных компонентов социальной сети индивида и его систем социальной поддержки предполагает использование специализированных диагностических инструментов, часть из которых – это полуструктурированные методики, предполагающие составление списков наиболее значимых или

регулярных контактов индивида (так называемые генераторы имен), а остальные – стандартизированные опросники и тесты.

Как отмечает Э. Вокс (A. Vaux), социальные сети могут быть изучены с точки зрения структуры, состава и функции их компонентов. С позиции исследования социальной сети, он выделял ее размер (количество включенных в нее людей) и плотность (взаимосвязь людей внутри сети). Состав социальной сети представлен теми людьми, которые в нее входят – семья, друзья и т.д. Также рассматривается вопрос однородности сети, где каждый из входящих в нее людей сравнивается с носителем сети с позиции пола, возраста, социального статуса или этнической принадлежности. Чем больше человек похож на характеристики членов своей социальной сети, тем более она однородна. Кроме того, Э. Вокс полагает, что в исследовании социальной сети могут подвергаться оценке такие особенности, как частота контакта, географическая близость, продолжительность и интенсивность отношений [11].

По мнению С. Хэнселла (S. Hansell), исследования социальной сети базируются на двух допущениях: 1) количество диадических отношений является ее наиболее важным аспектом; 2) чем больше данных отношений, тем больше человеку оказывается активной поддержки [5]. В связи с этим весьма важными являются методики, позволяющие проанализировать не только количественные показатели социальной сети человека, но и ее качественные характеристики.

Исследовать размер социальной сети можно с помощью простого метода, в котором человека просят составить список из тех людей, которые его окружают в социальном мире. Однако данная техника весьма субъективна, особенно если респондент ограничивается лишь определенным количеством людей в каждой категории (друзья, семья, родственники и т.п.). Подсчитав общее количество людей, включенных испытуемым в список, можно определить общий размер его социальной сети. К сожалению, этот метод исследования социальной сети игнорирует другие потенциально важные ее характеристики, а прежде всего состав, который позволяет описать категории людей, в нее включенных.

Еще одним инструментом оценки размера социальной сети может служить так называемый «Рисунок социальной сети» [1], который представляет собой аналог опросника социальной сети и предназначен для использования в группе детей дошкольного и младшего школьного возраста. После того, как респондент рисует на листе большой круг, включающий в себя всех значимых для него людей, а также тех людей, с которыми он постоянно контактирует, специалист проводит качественное описание специфики социальных связей испытуемого, а также количество и частоту его социальных контактов.

К. Бартоломью (K. Bartholomew) предложила методику оценки социальных сетей, в которой респонденту предлагается в первой ее части заполнить таблицу с указанием имени человека и его роли (брат, друг и т.д.), пола, возраста,

территориальной близости к нему (живут в одном доме, в десяти минутах ходьбы и т.п.), частоты контактов от 1 до 6 (1 – каждый день; 6 менее, чем 1 раз в год) и общего количества времени знакомства с данным человеком [2]. Далее испытуемому необходимо ответить на ряд вопросов, связанных с его межличностными отношениями с людьми, указанными в первой части опросника. Например: «С кем бы Вам было бы важно видеться или разговаривать регулярно?». Данный опросник позволяет, во-первых, описать социальную сеть испытуемого, а во-вторых, оценить качество его отношений со значимыми людьми. Схожим инструментом, который используется в отечественной практике исследования социальных сетей, является Калифорнийский опросник социальных сетей, который был адаптирован О. Ю. Казьминой.

В 1993 году Т. Тривелл (T. Treadwell) и его коллеги разработали опросник социальных сетей (Social Networks Inventory, SNI), предназначенный для изучения восприятия испытуемых своих отношений со значимыми людьми. Данная методика разработана на основе теории социального атома и теории Я. Морено и представляет собой четыре отдельных квадранта социальной сети испытуемого. К ним авторы методики отнесли:

1. Психологический квадрант, который определяется количеством значимых лиц, домашних животных или других объектов, которые влияют на жизнь испытуемого. Это может быть список из тех, кто находится ближе всего к испытуемому в его жизни, включая домашних животных или тех людей, которые уже умерли.
2. Коллективный квадрант, в котором указывается число формальных и неформальных групп, к которым принадлежит испытуемый.
3. Индивидуальный квадрант, где перечислены люди из коллективного квадранта, с которыми человек поддерживает дружеские отношения.
4. Идеальный квадрант, где испытуемому необходимо указать людей, которые могли бы сделать его жизнь «идеальной».

В процессе проведения исследования испытуемого просят заполнить каждый квадрант, а затем, используя Лейкеротовскую шкалу от 1 до 7, в первой части указать степень близости к данному человеку (группе), а во второй – поместить себя на место каждого человека (группы) и определить насколько, с его точки зрения, он близок к нему [10].

Методика «Индекс социальной сети» (Social Network Index, SNI) обычно используется для сбора информации о членах социальной сети индивида [3]. Респондента просят рассказать о своем семейном статусе, количестве близких родственников и друзей; участии в церковном сообществе и участии в других общественных организациях. Предметом анализа становятся количество контактов

и их значимость для человека, которая оценивается по четырехбалльной шкале от «незначимого» до «самого значимого».

Весьма экономичным методом оценки социальной сети индивида является методика «Список социальной сети» (Social Network List, SNL) [6; 9]. В данной методике испытуемого просят идентифицировать и составить список из двадцати членов своей социальной сети – тех, с кем испытуемый вступал в социальные контакты в течение последнего месяца. Анализ данной методики предполагает оценку размера социальной сети, количество близких отношений, процент родственников и плотность социальной сети.

Структурированный дневник является методом исследования социальной сети человека и представляет собой самописание клиентом собственного времяпрепровождения в течение дня. Дневники обычно ведутся две недели. Время ведения для молодых людей может быть и меньше, так как обычно их активность через неделю снижается. Также недели хватает и для школьников с четким графиком посещения занятий. Однако одна неделя часто может быть не типичной, следовательно, две недели все же предпочтительнее. Пожилым людям с малым разнообразием жизни можно предложить вести дневник в течение месяца.

Как отмечают многие зарубежные специалисты, большинство клиентов легко привыкают вести дневник и делают это обычно добросовестно и даже с энтузиазмом. Кроме сухих ежедневных данных, дневники помогают клиентам раскрыться. Дневник структурирован, это не просто чистый лист, который дают клиенту и просят в нем писать в произвольной форме события дня. Структура дневника отражает различия в повседневной активности клиента. Клиента просят записывать, с кем он контактирует, куда ездит или ходит, основные события, произошедшие в тот или иной день, а также кем приходятся ему те или иные люди. Впоследствии контент-анализ дневниковых записей позволяет экспериментатору описать специфику социальной сети клиента.

Когда мы проводим диагностическую и терапевтическую работу с детьми и подростками, мы должны использовать те технологии и средства, которые помогут нам обнаружить и описать не только историю жизни ребенка, но и все элементы системы его жизненных проблем и трудностей. Одним из самых эффективных с точки зрения диагностики, и в то же время очень терапевтичным методом работы является метод сетевой карты, позволяющий специалисту совместно с подростком проанализировать особенности его жизненной ситуации «здесь и сейчас» и специфику социального окружения [12]. Сетевая карта может выглядеть следующим образом:

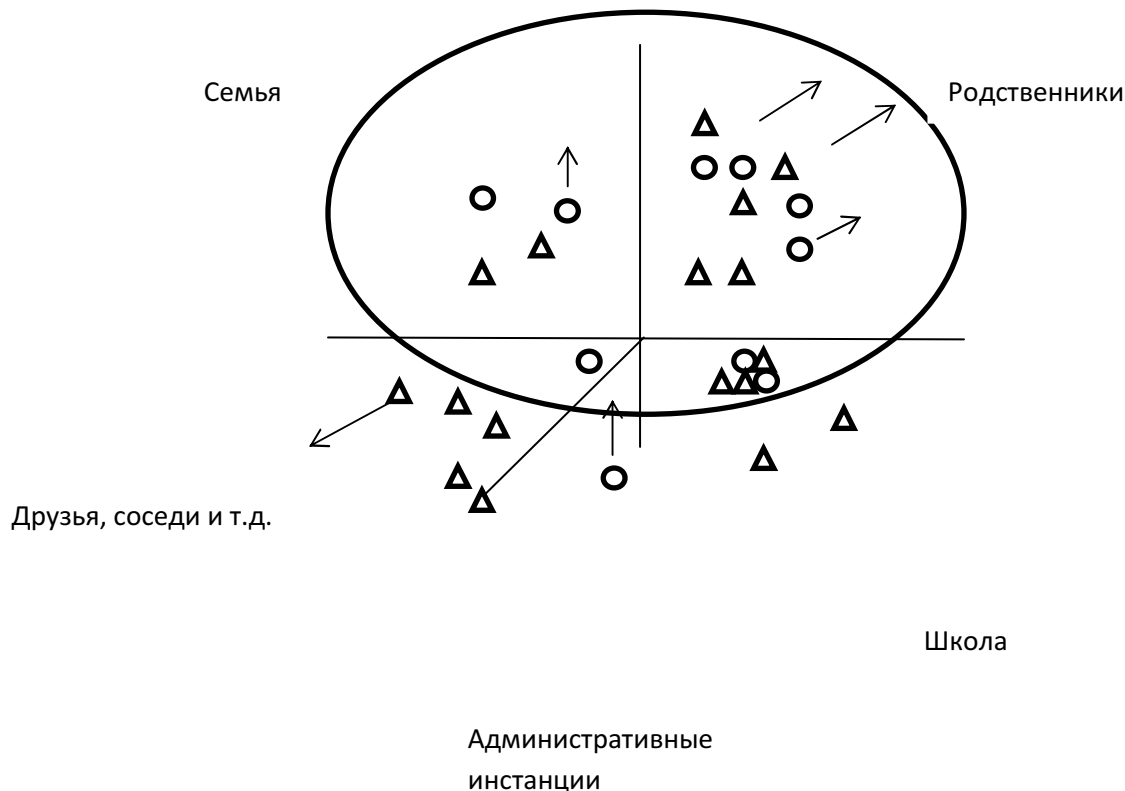


Рис. Сетевая карта

Совокупность представленных здесь связей имеет огромное значение для диагностического и терапевтического процесса. Рассмотрим представленные в сетевой карте микросистемы.

Семья. Под семьей мы понимаем тех людей, которые живут с ребенком в одном доме. Это могут быть мать ребенка, его отец, братья и сестры, бабушки и т.д. Если некоторые из членов семьи переехали в другое место проживания, то мы их относим к родственникам. Если родители ребенка находятся в разводе, то отца (или мать), проживающего в другом месте, необходимо отнести к родственникам.

Родственники. К ним относятся родственники по линии матери и родственники по линии отца, а также все те, кто состоит с родственниками в браке. Если разведенные родители образовали новые семьи, то их члены становятся родственниками ребенку, с которыми он может строить новые отношения. Наличие в социальной сети ребенка родственников обеспечивает ее важную функцию –

стабильность, особенно это касается родственников первичной семьи. Следует отметить некоторую методическую трудность, возникающую при заполнении сетевой карты – зачастую и ребенку, а тем более специалисту, сложно определить четкую границу между семьей и другими родственниками.

Школа (детский сад, работа). Очень часто в терапевтическом контексте работы с ребенком практически не учитывается влияние школы (детского сада, работы), хотя в ней ребенок проводит почти столько же времени, сколько и дома. Предполагается, что две микросистемы ребенка – семья и школа – соотносятся между собой, как сообщающиеся сосуды. Например, школа может выступать для ребенка фактором поддержки, а семья – вызывать раздражение. И, соответственно, наоборот, собственные переживания ребенка по поводу происходящего в школе могут быть отреагированы в семье.

Друзья (соседи, объединения, собрания). К данной микросистеме относятся те люди, с которыми ребенок не состоит в кровном родстве, но поддерживает определенные отношения. Контакты с друзьями не поддерживаются автоматически и требуют от ребенка проявления определенной степени инициативы.

Административные инстанции. Это сектор, в который попадают специалисты, работающие в различных учреждениях и оказывающие (или не оказывающие) те или иные виды помощи ребенка и его семье.

Кроме того, в работе с подростком специалист может составить и другие виды сетевых карт. Например, историческая сетевая карта может описать социальную сеть ребенка на определенном возрастном этапе его развития («Как выглядела твоя сеть, когда твои родители не развелись?» и т.п.). Актуализации мотивационных тенденций ребенка способствует составление карты желаемого. Оценка доступности сети может быть проведена с помощью географической карты, отражающей мобилизационную готовность сети («Где живут значимые люди? Находятся ли они в пределах досягаемости, чтобы прийти на помощь и оказать поддержку?» и т.п.). В географическую карту заносятся люди из субъективной сетевой карты, только дистанция между ними показывает не степень воображаемой близости, а реальное объективное географическое расстояние.

Представленный в данной статье обзор методов оценки сетей социальных связей индивида не претендует на исчерпывающий характер. В нашу задачу входило лишь обозначить основные методические приемы и техники, используемые исследователями для получения первичной информации о микросоциальной среде индивида. Этот инструментарий может оказаться полезен как для реализации исследовательских программ в области психического здоровья и благополучия, социальной адаптации и поддержки различных групп населения, так и для практической работы с социальным окружением клиентов. Использование существующего в мировой науке методов оценки количественных и качественных характеристик системы социальных отношений индивида позволяет наглядно

увидеть как социальное определяет психологическое в повседневном функционировании человека или группы. Мы полагаем, что понимание ресурсов, сосредоточенных в социальных контактах человека, даст новый импульс для модернизации принципов оказания социальной и психологической помощи людям в трудной жизненной ситуации с учетом возможностей социальных обменов и взаимопомощи в их микросоциальной среде, а также будет способствовать формированию новых направлений исследований в рамках изучения междисциплинарных проблем социальной работы и медицины, основанной на принципах биопсихосоциальной модели здоровья и психического благополучия.

Финансирование

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта «Социальная поддержка как коммуникативный феномен в социальной работе и социально-педагогической практике» (№15-06-10871).

Литература

1. Казьмина О.Ю. Социальные сети и развитие социального поведения // Руководство по оценке уровня развития социального поведения старшеклассника. М., 1993. 80 с.
2. Bartholomew K., Horowitz L.M. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model // Journal of Personality and Social Psychology. 1991 №61. P.226-244.
3. Berkman L.F., Syme S.L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up of Alameda county residents // Amer. Journ. Epidemiol. 1979. №109. P.186–204.
4. Eriksen W. The role of social support in the pathogenesis of coronary heart disease. A literature review // Family Practice. 1994. №11. P.201-209.
5. Hansell S. Adolescent Friendship Networks and Distress in School // Social Forces. 1985. №63. P.698–715.
6. Hirsch B.J. Psychological dimensions of social networks: A multimethod analysis // American Journal of Community Psychology. 1979. №7. P.263-277.
7. Scott J. Social Network Analysis. London: Sage, 1991.
8. Seed P. Applied Social Network Analysis. A Set of Tools for Social Services Research and Practice. Tunbridge Wells: Costello, 1988.
9. Stokes J.P. Predicting satisfaction with social support from social network structure // American Journal of Community Psychology. 1983. №11. P.141-152.

Лифинцев Д.В., Лифинцева А.А., Серых А.Б.
Стандартизованные методы оценки сетей
социальных связей индивида в социальной работе и
психологической практике
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 4. С. 1–11.

Lifintsev D.V., Lifintseva A.A., Serykh A.B. Standardized
Methods of Assessment of Individual's Social Network
in Social Work and Psychological Practice
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 4, pp. 1–11.

10. *Treadwell T., Leach E., Stein S.* The Social Networks Inventory: A Diagnostic Instrument Measuring Interpersonal Relationships // *Small Group Research*. 1993. Vol. 24 (2). P.155-178.

11. *Vaux A.* Social Support: Theory, Research, and Intervention. New York: Praeger, 1988. 355p.

12. *Webb N.B.* Social work practice with children (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2003.

Standardized Methods of Assessment of Individual's Social Network in Social Work and Psychological Practice

Lifintsev D.V.,

*Doctor of Education, Professor of Department of Psychology and Social work, Immanuel Kant
Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia, psyrgu@gmail.com*

Lifintseva A.A.,

*Ph.D. (psychology), Associate Professor of Department of Psychology and Social work,
Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia, aalifintseva@gmail.com*

Serykh A.B.

*Doctor of Psychology, Head of Department of Psychology and Social work, Immanuel Kant
Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia, annaserykh@rambler.ru*

This article is a theoretical overview of the main standardized techniques for assessment of the social relations of the individual. The study of these techniques allows professionals to get the basic information about the microsocial environment of people. Theoretical analysis shows that the study of the social network of an individual involves the analysis of its structure, composition and function of its components. Described and analyzed the most common techniques for assessment of human social networks - "Name generator", "Drawing a social network", "Inventory of Social Network" (K. Bartholomew), "Social Networks Inventory" (Treadwell T. and co.), "Social Network Index" (L. Berkman, S. Syme), "Social Network List" (B. Hirsch, J. Stokes). Separately, the method of drawing up clients structured diary and method network card are shown.

Keywords: Social diagnostic, social network, name generator, network card.

Acknowledgements

This work was supported by grant RFH №15-06-10871.

References

1. *Kaz'mina O. Ju. Social'nye seti i razvitie social'nogo povedeniya. Rukovodstvo po ocenke urovnja razvitiya social'nogo povedeniya starsheklassnika [Social network and*

development of social behavior. Assessment's guide for social behavior of adolescents]. M., 1993. 80p.

2. *Bartholomew K., Horowitz L. M.* Attachment styles among young adults: A test of a four-category model // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991 №61. P.226-244.
3. *Berkman L.F., Syme S.L.* Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up of Alameda county residents // *Amer. Journ. Epidemiol.* 1979. №109. P.186–204.
4. *Eriksen W.* The role of social support in the pathogenesis of coronary heart disease. A literature review // *Family Practice*. 1994. №11. P.201-209.
5. *Hansell S.* Adolescent Friendship Networks and Distress in School // *Social Forces*. 1985. №63. P.698–715.
6. *Hirsch B.J.* Psychological dimensions of social networks: A multimethod analysis // *American Journal of Community Psychology*. 1979. №7. P.263-277.
7. *Scott J.* *Social Network Analysis*. London: Sage, 1991.
8. *Seed P.* *Applied Social Network Analysis. A Set of Tools for Social Services Research and Practice*. Tunbridge Wells: Costello, 1988.
9. *Stokes J.P.* Predicting satisfaction with social support from social network structure // *American Journal of Community Psychology*. 1983. №11. P.141-152.
10. *Treadwell T., Leach E., Stein S.* The Social Networks Inventory: A Diagnostic Instrument Measuring Interpersonal Relationships // *Small Group Research*. 1993. Vol. 24 (2). P.155-178.
11. *Vaux A.* *Social Support: Theory, Research, and Intervention*. New York: Praeger, 1988. 355p.
12. *Webb N.B.* *Social work practice with children (2nd ed.)*. New York: Guilford Press, 2003.

Психологическая помощь педагогам с признаками эмоционального выгорания: основания и ориентиры

Демьянчук Р.В.,

кандидат психологических наук, первый проректор, проректор по научной работе, частное образовательное учреждение высшего образования «Институт специальной педагогики и психологии» (ЧОУВО «Институт специальной педагогики и психологии»), Санкт-Петербург, Россия, rdconsult@yandex.ru

Проблемой исследования, рассматриваемой в статье, является изучение оснований и ориентиров организации и содержания психологической помощи педагогам с признаками эмоционального выгорания. С помощью методики диагностики эмоционального выгорания В. В. Бойко обследовано 502 педагога, из них 264 – работающих в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях (средний возраст 41,06 лет), 238 – в общеобразовательных (средний возраст 39,95 лет). Проанализированы симптомы эмоционального выгорания и проявления фаз его формирования (по модели В. В. Бойко). Достоверные различия в исследуемых группах педагогов установлены по признакам переживания психотравмирующих обстоятельств, ощущения загнанности в клетку и неадекватного избирательного эмоционального реагирования, а также по параметру частоты встречаемости признаков фазы резистенции. На основе доминирования признаков сходства в проявлениях эмоционального выгорания у педагогов исследуемых групп сделан вывод о принципиальной возможности разработки единой модели психологической помощи для педагогов с признаками выгорания вне зависимости от типа или вида образовательного учреждения. Предложен ряд ориентиров организации и содержания психологической работы с педагогами, базирующихся на создании условий для их психологической поддержки и технологии психологического сопровождения, построенной на основе процессного подхода.

Ключевые слова: педагог, эмоциональное выгорание, психологическая помощь, психологическое сопровождение.

Для цитаты:

Демьянчук Р.В. Психологическая помощь педагогам с признаками эмоционального выгорания: основания и ориентиры [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 4. С. 12-28 doi: 10.17759/psyclin.2015040402

For citation:

Demyanchuk R.V. Psychological Support for Teachers with Signs of Burnout: Base and Guidelines Reference [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2015, vol. 4, no. 4, pp. 12-28 doi: 10.17759/psycljn.2015040402. (In Russ., abstr. in Engl.)

Противоречивая и неоднозначная проблема эмоционального выгорания вот уже несколько десятилетий вызывает интерес ученых и практиков различных профессиональных областей. Несмотря на признанную медицинскую позицию о правомерности отнесения выгорания к разделу Z 73 «Трудности, связанные с управлением собственной жизнью» Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), единого взгляда на эту проблему не существует, так как специалисты придерживаются разных моделей, описывающих как механизмы, так и ключевые признаки выгорания [3]; [9]; [10]; [11]; [12].

В этой связи нам представляется целесообразным использовать термин «признаки эмоционального выгорания» применительно к педагогам, являющимся объектом нашего исследования. Тем более что мы не располагаем сведениями о наличии у них соответствующего верифицированного диагноза, а используем для выявления симптомов выгорания психологическую модель В.В. Бойко [1]. В.В. Бойко рассматривает профессиональное выгорание с позиций динамики общего адаптационного синдрома Г.Селье, выделяя три стадии развития выгорания, каждая из которых проявляется рядом симптомов:

1. фаза напряжения, включающая симптомы переживания психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворённости собой, чувства безысходности, тревоги и депрессии;
2. фаза резистентности, включающая симптомы неадекватного избирательного эмоционального реагирования, эмоционально-нравственной дезориентации, расширения сферы экономии эмоций, редукции профессиональных обязанностей;
3. фаза истощения, включающая симптомы эмоционального дефицита, эмоциональной отстранённости, личностной отстранённости, психосоматических и вегетативных проявлений.

Согласно нашим более ранним исследованиям, педагоги имеют ряд значительно выраженных личностных черт, которые могут трактоваться в своих проявлениях как признаки выгорания, фактически таковыми не являясь, – ригидность, пессимистичность, эмоциональную лабильность, социальную интровертированность [5].

Тем не менее, педагоги как профессиональная группа, принадлежащая к категории «помогающих», несомненно, относится к группам риска по развитию

синдрома эмоционального выгорания. Более того, имеются данные о высокой частоте встречаемости у них его проявлений [3].

Несмотря на немалое количество научных работ, посвящённых особенностям проявлений и формирования эмоционального выгорания у педагогов, недостаточно разработанным остается вопрос оказания им психологической помощи, ориентированной как на психокоррекцию, так и на психопрофилактику этой проблемы.

Цель исследования

Целью исследования стал поиск оснований и ориентиров организации и содержания психологической помощи педагогам с признаками эмоционального выгорания.

Выборка испытуемых

Общее число испытуемых составило 502 человека. Из них 264 педагога коррекционных образовательных учреждений (для детей с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, задержкой психического развития и умственной отсталостью); 238 педагогов общеобразовательных учреждений. Средний возраст специалистов коррекционных образовательных учреждений составил 41,06 лет, педагогов общеобразовательных – 39,95 лет ($p > 0,05$). Средний стаж специалистов коррекционных образовательных учреждений 17,82 года, педагогов общеобразовательных – 13,76 года ($p < 0,05$).

Подчеркнем, что в исследовании приняли участие специалисты как дошкольных, так и школьных образовательных учреждений различной специализации.

Стратегия формирования выборки была продиктована поиском ответа на вопрос о принципиальной возможности разработки единой модели психологической помощи педагогам с признаками эмоционального выгорания, работающим в различных условиях (актуальность чего обусловлена основными трендами реформирования отечественного образования, в частности, широким внедрением практики интеграции и инклюзии).

Методы исследования

Нами использовались следующие методы исследования:

1. экспериментально-психологический (методика диагностики эмоционального выгорания В. В. Бойко);
2. математико-статистические (сравнительного и корреляционного анализа);
3. эмпирический феноменологический анализ;

4. теоретическое моделирование.

Процедура исследования

Для решения задач работы нами проведено двухэтапное исследование.

На первом этапе изучались и анализировались в сравнении проявления эмоционального выгорания у педагогов, работающих в условиях специальных (коррекционных) и массовых (далее – общеобразовательных) учреждений. Психодиагностическое исследование проводилось в форме группового тестирования с использованием методики диагностики эмоционального выгорания В. В. Бойко, представляющей собой опросник из 84 пунктов, группирующихся в 12 шкал, которые отражают три основных стадии выгорания и характерные для этих стадий симптомы [1].

Второй этап исследования был посвящен поиску ориентиров организации и содержания оказания психологической помощи педагогам с признаками эмоционального выгорания. Психологическая работа, направленная на оказание помощи педагогам с признаками эмоционального выгорания, проводилась в форме индивидуального консультирования, а также при участии педагогических коллективов образовательных учреждений в контексте апробации модели психологического сопровождения профессионально-личностного развития педагогов. Особое внимание было уделено феноменологическому анализу [7], ориентированному на раскрытие структуры переживаний, связанных с осознанием педагогом себя и своих психологических проблем в профессии и системе внешних отношений, позволяющему качественно оценивать динамику субъективной оценки признаков эмоционального выгорания.

Основные результаты исследования проявлений эмоционального выгорания у педагогов исследуемых групп

Результаты исследования проявлений эмоционального выгорания с использованием диагностической методики В. В. Бойко показывают, что все симптомы эмоционального выгорания (за исключением симптома эмоциональной отстраненности) более выражены у специалистов коррекционных образовательных учреждений (рис. 1).

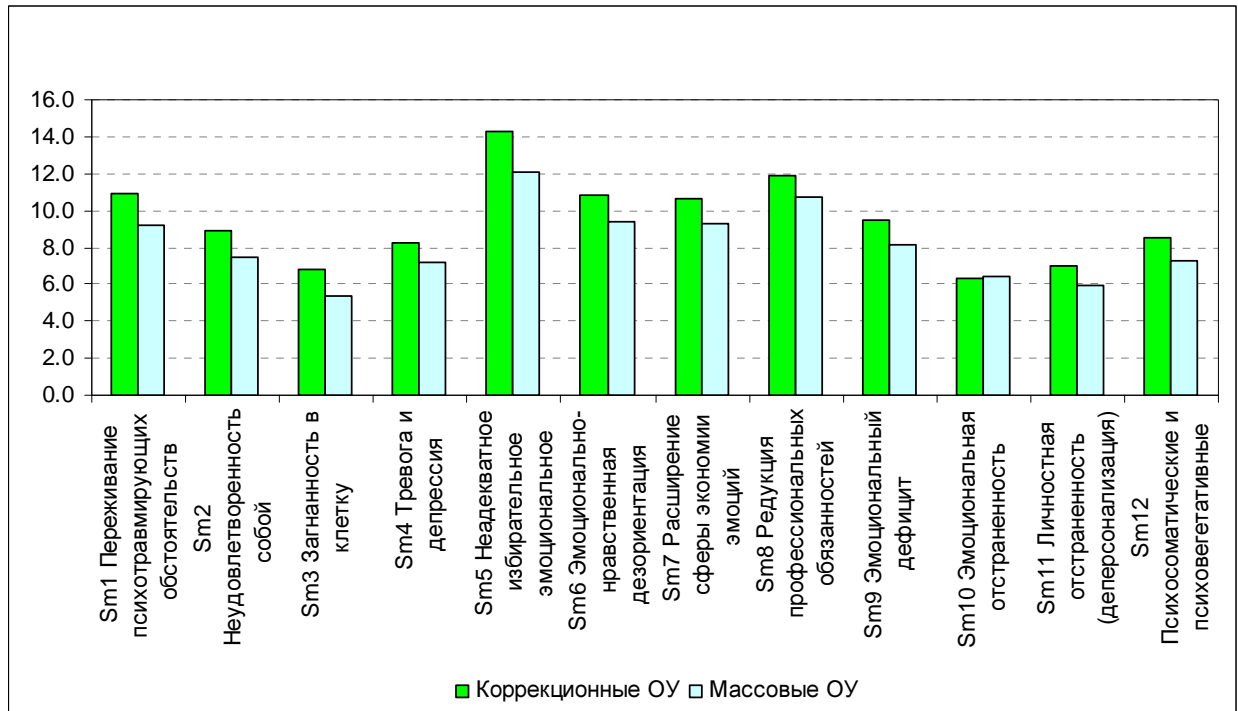


Рис. 1. Проявления эмоционального выгорания у педагогов исследуемых групп (по методике В. В. Бойко).

Однако достоверно более высокими ($p < 0,05$) оказались показатели только трех симптомов: переживания психотравмирующих обстоятельств, ощущения загнанности в клетку и неадекватного избирательного эмоционального реагирования. Важно отметить, что симптом неадекватного избирательного эмоционального реагирования наиболее выражен в обеих исследуемых группах. Это объясняется, прежде всего, высоким уровнем эмоциональной лабильности, характерным для личностного профиля педагогов [5], а также очевидной неспецифичностью этого симптома.

Средние значения показателей симптомов эмоционального выгорания в исследуемых группах представлены в таблице 1.

Таблица 1

Средние значения проявлений симптомов эмоционального выгорания в исследуемых группах (по методике В. В. Бойко)

Симптомы эмоционального выгорания	Коррекционные ОУ	Массовые ОУ	Достоверность различий*
Переживание	10,9	9,2	0,035

психотравмирующих обстоятельств			
Неудовлетворенность собой	8,9	7,5	
Загнанность в клетку	6,8	5,3	0,057
Тревога и депрессия	8,2	7,2	
Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование	14,3	12,1	0,007
Эмоционально-нравственная дезориентация	10,9	9,4	
Расширение сферы экономии эмоций	10,6	9,3	
Редукция профессиональных обязанностей	11,9	10,8	
Эмоциональный дефицит	9,5	8,1	
Эмоциональная отстраненность	6,3	6,4	
Личностная отстраненность (деперсонализация)	7,0	6,0	
Психосоматические и психовегетативные нарушения	8,5	7,3	

Примечание: * указаны только достоверные различия, прочие имеют уровень достоверности $p > 0,05$.

В контексте представлений о профессиональной обусловленности эмоционального выгорания представляют интерес корреляционные связи его

признаков с показателями возраста и стажа педагогов, принявших участие в исследовании.

С показателями возраста установлено всего две значимые корреляции: положительная – между возрастом и симптомом эмоционально-нравственной дезориентации, отрицательная – между возрастом и симптомом эмоциональной отстраненности.

Со стажем профессиональной педагогической деятельности установлена только одна значимая положительная корреляция – с симптомом эмоционально-нравственной дезориентации.

Факт наличия только единичных сильных достоверных связей между признаками эмоционального выгорания, возрастом и стажем педагогов позволяет сделать вывод о более значимой роли иных способствующих его развитию факторов. Прежде всего, личностных, а также связанных с условиями и содержанием профессиональной деятельности (с психологической точки зрения, скорее, со спецификой субъективного восприятия условий и содержания профессиональной деятельности). Тем более что различий в распределении по степени сформированности каждой фазы (напряжения, сопротивления, истощения) в разных возрастных группах не установлено, что свидетельствует о том, что признаки выгорания могут быть установлены в любом возрасте и, очевидно, при любом педагогическом стаже (рис. 2).

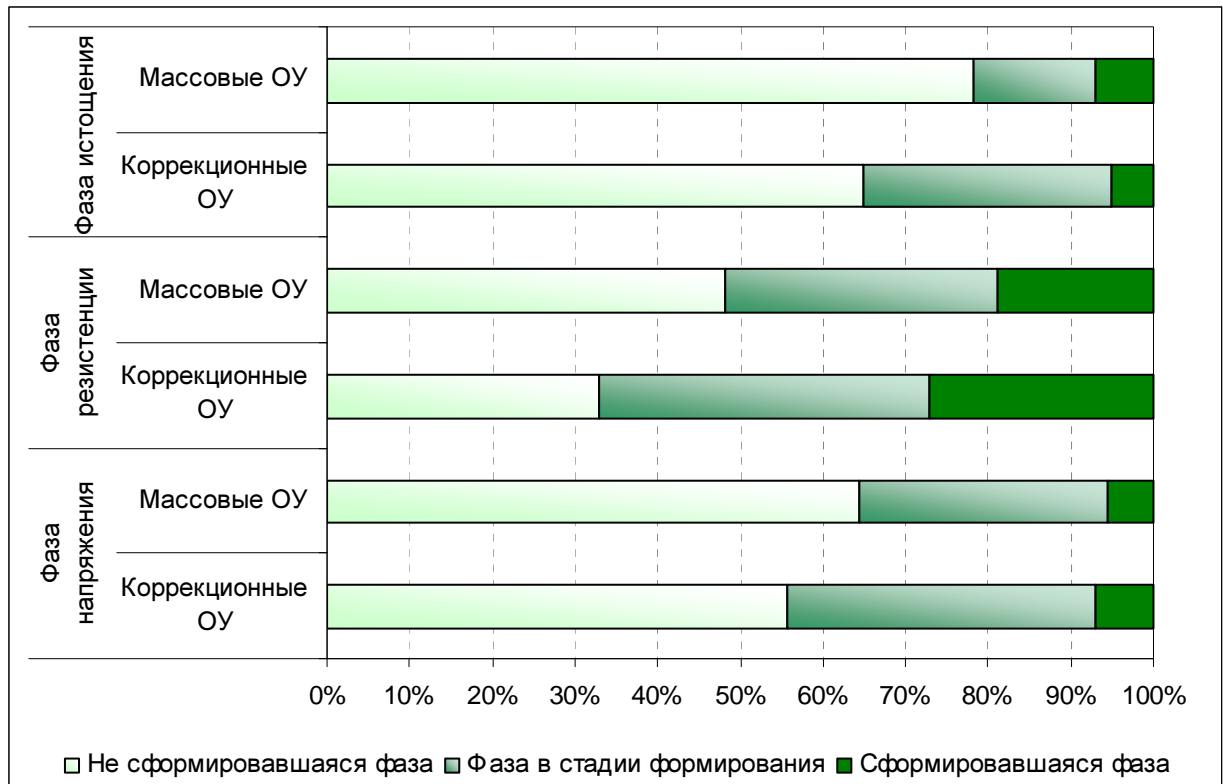


Рис.2. Выраженность фаз эмоционального выгорания у педагогов исследуемых групп (по методике В. В. Бойко)

Наличие признаков фазы напряжения, являющихся результатом мобилизации энергетического ресурса организма с целью предотвращения существенного стрессогенного влияния психотравмирующих факторов [1], установлено у 44% педагогов специальных (коррекционных) образовательных учреждений и у 36% педагогов общеобразовательных учреждений ($p=0,33$), причем сформировавшаяся фаза проявляется только в 8% и в 6% случаев, соответственно.

Признаки фазы сопротивления (резистенции), отражающей проявления механизма защиты от значительного расходования эмоционального ресурса, воспринимаемого непродуктивным [1], установлены у 68% педагогов коррекционных образовательных учреждений (на уровне сформировавшейся фазы у 28%) и у 52% педагогов общеобразовательных учреждений (на уровне сформировавшейся фазы у 19,5%). Данные различия статистически достоверны ($p=0,02$).

Признаки фазы истощения, свидетельствующие о том, что энергетического ресурса психической сферы недостаточно для обеспечения компенсаторных реакций [1], встречаются у педагогов коррекционных образовательных учреждений в 35% случаев, у педагогов общеобразовательных учреждений – в 22%. Интересен факт, что сформированная фаза отмечена как более характерная для специалистов общеобразовательных учреждений: 8% случаев против 6%. Однако делать

заклучение о том, что это является ярко выраженной тенденцией к преобладанию проявлений эмоционального истощения у педагогов массовых образовательных учреждений, обосновательно: при математико-статистическом анализе установлено, что указанные различия не являются достоверными ($p=0,07$). Тем более что некоторая степень проявлений признаков эмоционального истощения может считаться нормальным возрастным изменением [2].

Резюме по результатам эмпирического исследования признаков эмоционального выгорания

Проявления эмоционального выгорания у педагогов имеют значимую частоту встречаемости. Анализируя признаки сопоставимости симптомов и выраженности фаз эмоционального выгорания у педагогов специальных (коррекционных) образовательных учреждений и педагогов общеобразовательных учреждений, мы находим достаточно оснований, чтобы считать принципиально возможной разработку единой модели психологической помощи педагогам вне зависимости от типа и вида образовательного учреждения, в которых они осуществляют профессиональную деятельность.

Основные ориентиры организации и содержания оказания психологической помощи педагогам с признаками эмоционального выгорания

На этапе поиска основных ориентиров организации и содержания психологической помощи педагогам с признаками эмоционального выгорания мы предприняли попытку построения системы психологического сопровождения педагогов и ее апробации в условиях образовательных учреждений различных типов и видов с эмпирическим анализом практических возможностей психологической работы.

Основными составляющими этой системы являются организационные условия для психологической поддержки педагогов и предложенная нами технология психологического сопровождения педагогов [3]. Представляется важным подчеркнуть: актуальные возможности деятельности педагогов-психологов в условиях современного образования недостаточно благоприятны для решения индивидуально проявляющихся психологических проблем всех участников образовательного процесса, что требует своеобразного встраивания психологической помощи педагогам с признаками выгорания в общую (для образовательного учреждения) систему психологического сопровождения профессионально-личностного развития педагогов.

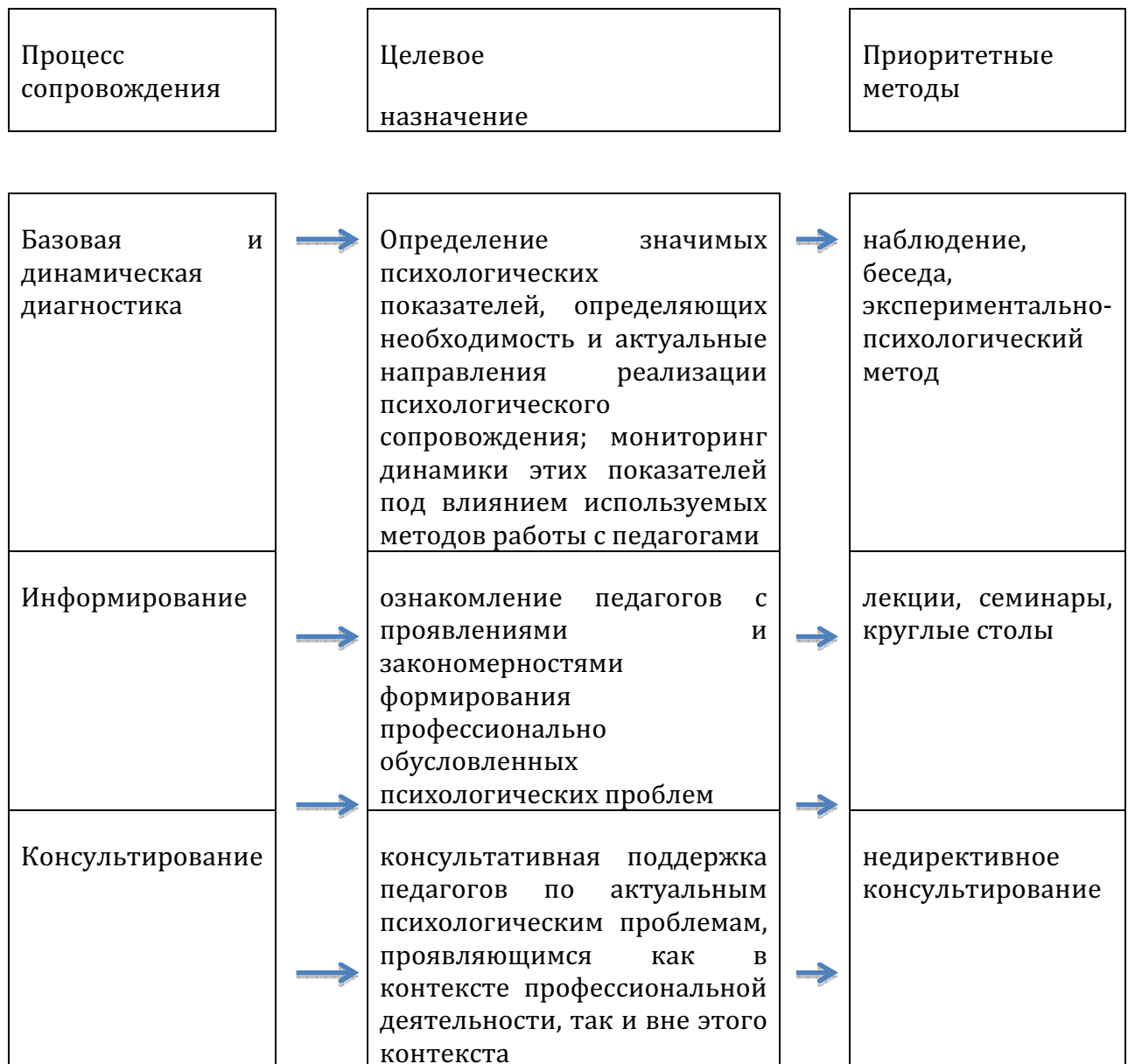
К основным организационным условиям для психологической помощи педагогов мы относим следующие:

- 1) создание благоприятного социально-психологического климата;
- 2) условия для профессиональной самореализации, прежде всего, возможности участия в управлении образовательным учреждением, условия для

максимально полного раскрытия своих профессиональных возможностей и условия для повышения квалификации и развития;

3) мотивирование и стимулирование.

Технология психологического сопровождения педагогов базируется на методологии процессного подхода (рис. 3). В числе основных процессов сопровождения мы предлагаем рассматривать базовую и динамическую диагностику, информирование, консультирование, обучение и развитие, психологическое сопровождение образовательного процесса. Каждый из этих процессов закономерно предполагает целевое назначение и приоритетные методы [5].



Обучение и развитие	обучение педагогов навыкам совладающего поведения с повышением уровня адаптации и адаптивности к условиям профессиональной деятельности	тренинги, лекции, семинары, мастер-классы и др.
Психологическое сопровождение образовательного процесса	профессиональная психологическая поддержка в обеспечении образовательного процесса	Организационные формы: консультирование, психолого-медико-педагогический консилиум, педагогический совет и др.

Рис.3. Процессы технологии психологического сопровождения педагогов

Наш опыт психологической работы с педагогами, базирующейся на феноменологическом анализе, показывает, что наибольшие трудности в реализации предложенной модели в контексте оказания психологической помощи педагогам с признаками эмоционального выгорания связаны, прежде всего, с закрытостью педагогов. Представляется, что эта закрытость определяется стремлением сохранить в глазах окружающих (в том числе педагога-психолога) свой имидж, личностный статус учителя как персоны, обладающей правом и властью оказывать влияние на окружающих. Это, в свою очередь, зачастую сопровождается установками, проявляющимися непризнанием себя имеющим психологические проблемы (в особенности связанные с профессиональной деятельностью), что создает существенные трудности в контексте психологической работы. С одной стороны, это препятствия в установлении доверительных отношений в ситуациях взаимодействия с психологом. С другой стороны, барьеры, препятствующие принятию помощи педагогом. Очевидно, именно поэтому педагоги чаще обращаются за консультациями с психологическими вопросами, связанными с внешкольной жизнью (семейными проблемами, проблемами воспитания и развития своих детей, внеслужебных отношений и т.п.).

В числе проблем психологической работы с педагогами важно также отметить переживание ими дефицита времени, которое может быть потрачено на нечто «более важное».

Несомненно, что спектр трудностей в реализации задач оказания психологической помощи педагогам с признаками эмоционального выгорания

значительно шире. Но даже перечисленное наглядно демонстрирует особую важность умения психолога установить с педагогом продуктивный контакт.

В этой связи, согласно нашим наблюдениям, проявляется актуальность информирования (в рассматриваемом нами в данной статье контексте – информирования о сущности, механизмах и проявлениях эмоционального выгорания и профессионального стресса). Отметим, что информирование предпочтительно организовывать в групповой форме, так как его процесс сопровождается сравнением педагогами поступающей информации с проявлениями признаков выгорания в повседневной деятельности. Конечно, у ряда педагогов и/или на начальных этапах психологической работы это сопровождается отрицанием у себя негативных черт личности и признаков выгорания, но со временем (в процессе дальнейшей работы психолога с педагогически коллективом) формируется допущение вероятности их появления. Это, в свою очередь, позволяет сократить дистанцию с педагогом на последующих этапах работы и получить более значимые результаты в процессе консультирования или психокоррекции.

Важно подчеркнуть, что групповая диагностика проявлений выгорания (прежде всего, анонимная бланковая) также более предпочтительна, так как позволяет педагогам сохранить лицо, но показывает характерные для педагогического коллектива тенденции, на которые можно опираться при последующей психологической работе. Наш опыт свидетельствует о том, что использование при анонимном обследовании самостоятельно избранных педагогами символьных обозначений на бланках позволяет также анализировать индивидуальные результаты диагностики при поступлении такого запроса от конкретного педагога.

Далее психологическая работа может строиться как в группах, так и индивидуально. В контексте опыта индивидуальной работы с педагогами нам представляется целесообразным особо отметить эффективность консультирования (в особенности экзистенциально-гуманистического характера), обучения навыкам саморегуляции, совладания со стрессом посредством несложных и неэнергоёмких техник, релаксации, планирования времени, позитивного мышления.

Большие перспективы предоставляет работа над самосознанием педагога, являющимся центральным аспектом профессионально-личностного развития [2]; [8]. Особо следует отметить эффективность тренинговых форм работы с педагогами [2]. Это, однако, требует опыта, профессионального мастерства и значимого статусного уровня психолога в восприятии со стороны педагогов, поэтому, на наш взгляд, не всегда является эффективным инструментом начинающих специалистов.

Распространенность признаков эмоционального выгорания и иных профессионально-обусловленных проблем у педагогов диктует необходимость дальнейшего совершенствования профессиональной подготовки педагогов-психологов, традиционно ориентированных на работу с детьми, а также анализа

эффективности различных подходов, форм и методов оказания педагогам психологической помощи.

Выводы

1. Признаки эмоционального выгорания у педагогов специальных (коррекционных) и общеобразовательных учреждений имеют значимую частоту встречаемости. Все симптомы выгорания (за исключением симптома эмоциональной отстраненности) более выражены у специалистов коррекционных образовательных учреждений, но достоверно более высокими ($p < 0,05$) являются показатели только трех: переживания психотравмирующих обстоятельств, ощущения загнанности в клетку и неадекватного избирательного эмоционального реагирования.
2. Факт наличия только единичных сильных достоверных связей между признаками эмоционального выгорания, возрастом и стажем педагогов позволяет сделать вывод о более значимой роли иных способствующих его развитию факторов. Прежде всего, личностных, а также связанных с условиями и содержанием профессиональной деятельности (с психологической точки зрения, скорее, со спецификой субъективного восприятия условий и содержания профессиональной деятельности).
3. У педагогов специальных (коррекционных) и общеобразовательных учреждений встречаются признаки всех фаз эмоционального выгорания (напряжения, резистенции, истощения). Наиболее характерны признаки фазы резистенции, отражающей проявления механизма защиты от значительного расходования эмоционального ресурса, воспринимаемого непродуктивным [1], которые установлены у 68% педагогов коррекционных образовательных учреждений (на уровне сформировавшейся фазы у 28%) и у 52% педагогов общеобразовательных учреждений (на уровне сформировавшейся фазы у 19,5%). Данные различия статистически достоверны ($p = 0,02$). Различия в частоте встречаемости признаков фаз напряжения и истощения у педагогов исследуемых групп недостоверны ($p > 0,05$).
4. Анализируя признаки сопоставимости симптомов и выраженности фаз эмоционального выгорания у педагогов специальных (коррекционных) образовательных учреждений и педагогов общеобразовательных учреждений, мы находим достаточно оснований, чтобы считать принципиально возможной разработку единой модели психологической помощи педагогам вне зависимости от типа и вида образовательного учреждения, в которых они осуществляют профессиональную деятельность.
5. Предложены ориентиры организации и содержания психологической помощи педагогам с признаками эмоционального выгорания, основными составляющими которой являются организационные условия для

психологической поддержки педагогов и разработанная нами на основе процессного подхода технология психологического сопровождения педагогов.

Литература

1. Бойко В.В. Синдром "профессионального выгорания" в профессиональном общении. СПб.: Сударыня, 1999.
2. Вачков И.В. Групповые методы в работе школьного психолога. М., 2006.
3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. М. [и др.]: Питер, 2005.
4. Демьянчук Р.В. Актуальные возможности организации психологической поддержки педагогов в современной школе // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. 2011. Вып. 4. С. 173-177.
5. Демьянчук Р.В. Анализ личностного профиля педагога коррекционного образовательного учреждения в контексте профессиональной деятельности // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. 2011. Т. 17. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. № 3. С. 175-178.
6. Демьянчук Р.В., Ростомашвили Л.Н. Методология психологического сопровождения педагогов адаптивного физического воспитания в условиях специальных (коррекционных) образовательных учреждений // Адаптивная физическая культура. 2011. № 2(46). С. 25-28.
7. Ключева Н.В., Дорфман Л.Я. Феноменологический метод исследования в консультационной психологии: методологический анализ // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2008. № 33(133). С. 46-50.
8. Костромина С.Н. Психологические основания формирования профессионала на этапе обучения в вузе // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. 2008. Вып.4. С. 329-340.
9. Freudenberger H. J. Staff burn-out // Journal of Social Issues. 1974. Vol. 30. Pp.159-166.
10. Maslach C., Jackson S.E. The Maslach Burn-Out Inventory Manual (2nd ed.). PaloAlto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
11. Roberts G. Prevention of burn-out // Advanced of Psychiatric Treatment. 1997. Vol. 3. Pp. 282-289.

Демьянчук Р.В. Психологическая помощь педагогам с признаками эмоционального выгорания: основания и ориентиры
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 4. С. 12–28.

Demyanchuk R.V. Psychological Support for Teachers with Signs of Burnout: Base and Guidelines Reference
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 4, pp. 12–28.

12. *Caplan R.P.* Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers // *British Medical Journal*. 1994. Vol. 309. Pp.1261-1263.

Psychological Support for Teachers with Signs of Burnout: Base and Guidelines Reference

Demyanchuk R.V.,

Ph.D. (Psychology), first vice-rector, vice-rector for scientific work, Private Institution of Higher Education "Institute of Special Pedagogy and Psychology", St. Petersburg, Russia, rdconsult@yandex.ru

Problems of research considered in present article, is the study of the bases and guidelines of the organization and the content of the psychological support to teachers with signs of burnout. With the method of burnout diagnosis of V.V. Boyko surveyed 502 teachers, 264 of them - work in special (correctional) educational institutions (average age 41,06 years), 238 - in general education (mean age 39,95 years). The symptoms of burnout and symptoms of its formation phase were analyzed (on the model of V. Boyko. Significant differences in the study groups of teachers are set on the basis of the experience of stressful circumstances, feeling "driven into the cage" and inadequate selective emotional response, as well as the frequency of occurrence of the parameter signs Resistance phase. On the basis of similarity of signs of dominance in the manifestations of burnout in teachers study groups concluded that there is basic opportunity of developing a single model of psychological assistance for teachers with signs of burnout, regardless of the type or kind of educational institution. A number of landmarks for the organization and content of the psychological work with the teachers were suggested, based on the creation of conditions for their psychological support and psychological support technology, built on the basis of the process approach.

Keywords: teacher, emotional burnout, psychological assistance, psychological support.

References

1. *Boiko V.V. Sindrom "professional'nogo vygoraniya" v professional'nom obschenii.* SPb.: Sudarynya, 1999.
2. *Vachkov I.V. Gruppovye metody v rabote shkol'nogo psikhologa.* M., 2006.
3. *Vodop'yanova N.E., Starchenkova E.S. Sindrom vygoraniya: diagnostika i profilaktika.* M. [i dr.]: Piter, 2005.

4. *Demyanchuk R.V. Aktual'nye vozmozhnosti organizatsii psikhologicheskoi podderzhki pedagogov v sovremennoi shkole // Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. - Seriya 12: Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika. - 2011. - Vyp. 4. - P. 173-177.*
5. *Demyanchuk R.V. Analiz lichnostnogo profilya pedagoga korrektsionnogo obrazovatel'nogo uchrezhdeniya v kontekste professional'noi deyatel'nosti // Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta im. N.A. Nekrasova. - 2011. - T. 17. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya. Sotsial'naya rabota. Yuvenologiya. Sotsiokinetika. - № 3. - P. 175-178.*
6. *Dem'yanchuk R.V., Rostomashvili L.N. Metodologiya psikhologicheskogo soprovozhdeniya pedagogov adaptivnogo fizicheskogo vospitaniya v usloviyakh spetsial'nykh (korrektsionnykh) obrazovatel'nykh uchrezhdenii // Adaptivnaya fizicheskaya kul'tura. - 2011. - № 2(46). - P. 25-28.*
7. *Klyueva N.V., Dorfman L.Ya. Fenomenologicheskii metod issledovaniya v konsul'tacionnoi psihologii: metodologicheskii analiz // Vestnik Yujno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. 2008. № 33(133). S. 46-50.*
8. *Kostromina S.N. Psikhologicheskie osnovaniya formirovaniya professionala na etape obucheniya v vuze // Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. - Seriya 12: Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika. - 2008. - Vyp.4. - P. 329-340.*
9. *Freudenberger H.J. Staff burn-out // Journal of SocialIssues. 1974. Vol. 30. Pp.159-166.*
10. *Maslach C., Jackson S.E. The Maslach Burn-Out Inventory Manual (2nd edn). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.*
11. *Roberts G. Prevention of burn-out // Advanced of Psychiatric Treatment 1997. Vol. 3. Pp. 282-289.*
12. *Caplan R.P. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers // British Medical Journal 1994. Vol. 309. Pp.1261-1263.*

Особенности мотивационного уровня внутренней картины болезни пациентов челюстно-лицевой хирургии

Литовка Т.А.,

психолог-консультант, Москва, Россия, litovka.tatyana@mail.ru

Луковцева З.В.,

кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии ГБОУ ВПО МГППУ, Москва, Россия, sverchokk@list.ru

Настоящее исследование выполнено в русле традиционных для отечественной психосоматики представлений о внутренней картине болезни. Выборку составили 62 пациента отделения челюстно-лицевой хирургии. С помощью батареи методик, содержательно дополняющих друг друга, выявлены качественно-количественные особенности внутренней картины болезни пациентов мужского и женского пола. Обнаружено, что преградный личностный смысл болезни выступает на первый план во всей выборке, однако мужчин отличает недоверчивое, настороженное отношение к рекомендациям врачей и к лечению в целом. Найдены значимые половые различия ценностных ориентаций и стратегий совладающего поведения, которые целесообразно учитывать при разработке программ психологического сопровождения данной категории пациентов в условиях стационара.

Ключевые слова: психосоматика, внутренняя картина болезни, мотивационный уровень внутренней картины болезни, пациенты челюстно-лицевой хирургии, половые различия.

Для цитаты:

Литовка Т.А., Луковцева З.В. Особенности мотивационного уровня внутренней картины болезни пациентов челюстно-лицевой хирургии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 4. С. 29-49 doi: 10.17759/psyclin.2015040403

For citation:

Litovka T.A., Lukovtseva Z.V. Features of the Motivational Level of the Internal Picture of the Disease in Patients Maxillofacial Surgery [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and

Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2015, vol. 4, no. 4, pp. 29-49
doi: 10.17759/psycljn.2015040403. (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Ухудшение социально-экономических условий, межрегиональные и межконфессиональные конфликты, распространение оружия среди населения, рост преступности и другие обстоятельства привели к тому, что к настоящему времени одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности населения заняли травмы. Ежегодно в России регистрируется до 12,5 млн. различных по характеру и локализации травм [10]. Медико-статистические данные последних лет свидетельствуют о повышении распространенности повреждений челюстно-лицевой области, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий, бытовых, производственных и криминальных травм [2].

Современные исследования внутренней картины болезни (ВКБ) обсуждаемой категории пациентов образуют три крупных направления. В рамках первого и наиболее важного для нас показано, что пациенты с челюстно-лицевой патологией чаще всего формируют сенситивный и анозогнозический типы ВКБ [1]. Исследования второго направления освещают возрастно-психологический аспект проблемы и характеризуют молодой возраст как период наибольшей эмоциональной уязвимости к дефектам внешности [4]; [8]. Наконец, последнее направление представлено сравнительно-аналитическими исследованиями изменений психики пациентов в пред- и послеоперационном периоде [3].

Высокая специфичность психосоматических характеристик пациентов с дефектами внешности в первую очередь определяется возникающими при соответствующих заболеваниях коммуникативными, социальными проблемами и изменениями Я-концепции. Немалую роль играют и объективные ограничения функциональных возможностей.

Рассматривая имеющиеся сведения о пациентах с челюстно-лицевой патологией в свете типологии личностных смыслов болезни, предложенной А. Ш. Тхостовым [7], можно сформулировать следующие соображения. **Преградный** тип личностного смысла, несомненно, лидирует по частоте упоминаний авторами, изучавшими обсуждаемую категорию пациентов. В максимальном своем выражении преградность наблюдается у обладателей анозогнозического типа ВКБ, не имеющих достаточного количества психологических ресурсов для совладания с заболеванием и потому защитно отрицающих свой дефект. **Конфликтный** смысл менее распространен, однако и он не является редкостью. Существуют косвенные свидетельства о возможном преобладании преградного типа у пациентов-мужчин, а конфликтного – у женщин. Что же касается **позитивного** смысла, то нам не удалось обнаружить убедительных указаний на его присутствие в мотивационно-смысловой структуре личности пациентов отделений челюстно-лицевой хирургии. Именно личностный смысл болезни определяет содержание высшего (мотивационного) уровня ВКБ; некоторыми же авторами он рассматривается как системообразующий

фактор, выходящий за пределы традиционной четырехуровневой структуры ВКБ и задающий вектор формирования всей этой структуры [9].

Приведенные выше психосоматические феномены и закономерности освещаются в исследованиях, выполненных на выборках пациентов с кожными заболеваниями, ожогами, травмами и иными патологиями, затронувшими область лица [1]; [3]; [4]; [5]; [6]; [8]; [9]. Обычно соответствующие психодиагностические данные получают на начальных этапах лечения и реабилитации, тогда как отдаленный, реконструктивно-хирургический, период часто остается вне поля зрения исследователей. Остается практически неизученным вопрос о половых различиях особенностей ВКБ при челюстно-лицевой патологии в целом и конкретно мотивационного уровня ВКБ. Таким образом, изучение психосоматических характеристик пациентов с различными челюстно-лицевыми дефектами сохраняет свою актуальность и нуждается в продолжении.

В данной статье будут представлены результаты эмпирического исследования, восполняющего некоторые пробелы в обозначенной области знания и практики. Целью исследования стало описание качественно-количественных особенностей мотивационного уровня ВКБ пациентов челюстно-лицевой хирургии в аспекте половых различий. Проверялась гипотеза о том, что мотивационный уровень ВКБ пациентов отделения челюстно-лицевой хирургии определяется их половой принадлежностью: у мужчин преобладает преградный личностный смысл болезни, у женщин – конфликтный.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 62 человека (31 мужчина и 31 женщина) в возрасте от 20 до 68 лет, проходившие лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии ФГУ НМХЦ им. Н. И. Пирогова. Большинство обследованных имели высшее образование и работали в сферах экономики и финансов, недвижимости, управления, туризма, строительства и транспорта; не работающими оказались лишь 10% мужчин и 10% женщин.

Среди мужчин планово были госпитализированы 39%, экстренно – 61%, у женщин соответствующие показатели составили 77% и 23%. Обстоятельства госпитализации и тяжесть соматического состояния пациентов учитывались при планировании диагностической работы (в частности, при определении последовательности применения методик). Более половины пациентов общались с психологом только в предоперационном периоде, с остальными диагностика проводилась на 3-5 день после операции или дважды – до операции и после нее.

Нозологическая характеристика пациентов была следующей: переломы лицевых костей, сочетанные с черепно-мозговой травмой; ожоги лицевой области; киста шеи; парез и паралич лицевого нерва; аденома слюнной железы; острый одонтогенный гайморит; флегмоны и абсцессы лица и шеи; артроз височного нижнечелюстного сустава; травма носа; врожденное отсутствие ушной раковины;

нейрофиброматоз (причины госпитализации перечислены по убыванию частоты встречаемости). В выборку не вошли лица, имеющие в анамнезе алкогольную, наркотическую зависимость и хронические заболевания психосоматического круга (например, атопический дерматит). Поскольку в исследовании применялись вербальные методики, требующие чувствования тонких смысловых нюансов грамматических конструкций, из числа потенциальных испытуемых были исключены также пациенты, испытывавшие трудности во владении русским языком.

Применение психодиагностических методик предварялось анализом медицинской документации и беседой. Все пациенты были осведомлены о том, что настоящее исследование не будет иметь реабилитационного, консультативного или психотерапевтического продолжения. Тем не менее каждый обследуемый располагал достаточным временем для общения с психологом-диагностом, что открывало возможность рефлексии, обсуждения своего состояния и принятия решения о необходимости обращения за психологической помощью в дальнейшем.

В процессе беседы мы получали психологически-значимые анамнестические сведения и составляли первичный психосоматический портрет каждого пациента. Особое внимание уделялось вопросам о том, как обследуемые относятся к своей болезни, как изменился их образ жизни в связи с заболеванием, каким им видится будущее, получают ли они психологическую поддержку и от кого она исходит. Важно было понять также, насколько пациенты комплаентны, имеется ли у них ориентация на сотрудничество с персоналом отделения и готовность следовать медицинским предписаниям. Наконец, в целях оценки осведомленности пациентов, с одной стороны, и адекватности их представлений о заболевании – с другой, проводилось сопоставление высказываний пациентов с содержанием медицинской документации.

В основной части исследования нашли применение следующие диагностические инструменты: опросник «Способы совладающего поведения» (ССП) Р.Лазаруса; личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ); методика «Ценностные ориентации» Рокича-Ядова; методика незаконченных предложений Сакса-Леви.

Анализ и интерпретация результатов исследования

Характеризуя наиболее интересные результаты беседы, следует отметить, что практически все пациенты в тех или иных формулировках сообщали о достаточной психологической поддержке, полученной ими от близких в связи с заболеванием, и даже об улучшении значимых межличностных отношений. Создавалось впечатление субъективной, а возможно, и объективной нехватки эмоционально теплых контактов в предболезненный период (или в период, предшествовавший госпитализации).

Что касается отношения испытуемых к исследованию, то здесь весьма ярко проявились половые различия. Мужчины оказались менее открытыми и заинтересованными, они чаще задавали вопросы об общей цели диагностики, назначении конкретных методик и о той пользе, которую можно было бы извлечь из результатов. При этом именно мужчины более активно интересовались возможностью получения обратной связи от психолога. Описывая проблемные сферы своей жизни, они реже по сравнению с женщинами акцентировали внимание на коммуникативных затруднениях, связанных с изменением внешности (впрочем, исключение составили пациенты с ярко выраженными дефектами).

Женщины, с одной стороны, были больше расположены к общению с психологом, охотнее соглашались на участие в исследовании, легче вступали в контакт и более развернуто отвечали на вопросы. С другой же стороны, именно в женской группе было зафиксировано наиболее выраженное отрицание серьезности психосоциальных проблем, обусловленных изменением внешнего вида. Беспокойство по поводу своей внешности выражали преимущественно пациентки с неявными дефектами; на первый план здесь выступали страхи и опасения в отношении послеоперационных осложнений: *«А вдруг у меня изменится лицо, и как я буду тогда жить?»*. Напротив, женщины с видимыми изменениями челюстно-лицевой области занимали защитно-игнорирующую позицию, утверждая, что их заболевание никак не влияет на качество жизни и в психологической поддержке они не нуждаются.

Существенное влияние на то, как пациенты отделения челюстно-лицевой хирургии воспринимают свое состояние, оказывает нарушение жизненно важных функций и утрата способности удовлетворять базовые потребности обычным способом. Так, при артрозе височного нижнечелюстного сустава становится трудно, а подчас и невозможно принимать пищу, получать стоматологическую помощь и т.д., что вызывает у пациентов общий дискомфорт, раздражительность, нарушения сна.

Перейдем к результатам, полученным с помощью **опросника Р. Лазаруса**. Анализ данных показал, что мужчины и женщины предпочитают весьма сходные стратегии совладающего поведения, причем во всей выборке наиболее высоки показатели по шкалам «Поиск социальной поддержки» и «Планирование решения» (рис. 1, 2). Таким образом, совладающее поведение представителей изучаемой нозологической категории **вне зависимости от пола** основывается главным образом на целенаправленном, осознанном анализе текущей жизненной ситуации и предполагает готовность к опоре на социальное окружение. Пациенты активно вырабатывают стратегию разрешения имеющихся проблем и планируют свои действия с учетом прошлого опыта и имеющихся ресурсов.

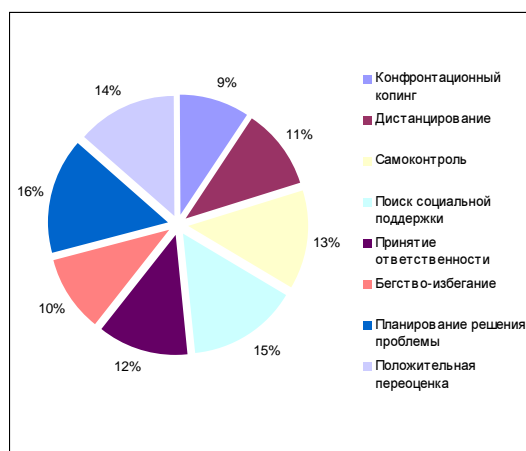


Рис. 1. Распределение копинг-стратегий у женщин



Рис. 2. Распределение копинг-стратегий у мужчин

Сравнительный анализ данных по этому опроснику, полученных в группах пациентов разного пола (критерии Колмогорова-Смирнова и Стьюдента), выявил значимые различия по трем шкалам: «Дистанцирование», «Поиск социальной поддержки» и «Положительная переоценка» (таблица 1).

Выраженное предпочтение первой из упомянутых стратегий обнаружено в группе женщин. Это означает, что женщинам в большей степени присуща тенденция к преодолению негативных переживаний за счет обесценивания, снижения значимости проблемной ситуации. Возможны и другие варианты дистанцирования, связанные с использованием переключения внимания, эмоционального отстранения, абстрагирования или юмористического реагирования на проблему. Шкала «Дистанцирование» представляет интерес и в другом отношении: именно по ней обнаружена наибольшая дисперсия индивидуальных данных по выборке. В обеих половых группах преобладают средние значения, однако у женщин на втором месте по частоте встречаемости располагаются высокие, а у мужчин – низкие показатели.

Остановимся на результатах, полученных с помощью Т-критерия Стьюдента для средних значений. Согласно подсчетам, данные по обеим группам характеризуются практически полным отсутствием низких показателей по стратегиям «Положительная переоценка»; в меньшей степени это относится к показателю «Поиска социальной поддержки». Основные половые различия проявляются в удельном весе средних и высоких показателей (при невысокой внутригрупповой дисперсии индивидуальных данных). Итак, женщины чаще, чем мужчины, справляются с трудностями благодаря эмоциональной поддержке со стороны окружающих, а также за счет положительного переосмысления проблемы (в том числе рассматривая ее как стимул для личностного роста). Мужчины же, напротив, стараются контролировать свое поведение, целенаправленно подавляют и сдерживают проявление эмоций.

Характеризуя распределение типов отношения к болезни в обследованной выборке (данные по **методике ЛОБИ**), следует отметить существенное сходство между мужчинами и женщинами.

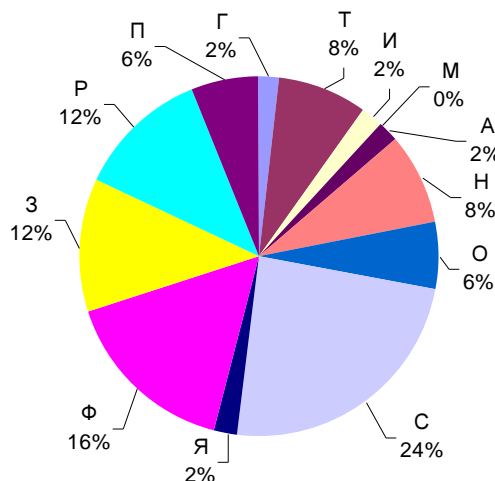


Рис. 3. Распределение типов отношения к болезни у женщин

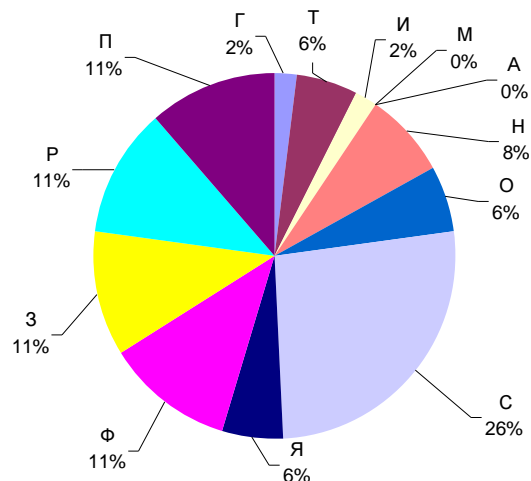


Рис. 4. Распределение типов отношения к болезни у мужчин

Обозначения типов отношения к болезни: Г (гармоничный), Т (тревожный), И (ипохондрический), М (меланхолический), А (апатический), Н (неврастенический), О (обсессивно-фобический), С (сенситивный), Я (эгоцентрический), Ф (эйфорический), А (анозогнозический), Р (эргопатический), П (паранойяльный).

Как показано на рисунках 3 и 4, в обеих половых группах по частоте встречаемости лидирует сенситивный тип (у мужчин на его долю приходится 24%, у женщин – 26%). Далее располагаются анозогнозический и эргопатический типы, представленные приблизительно в равном соотношении в обеих половых группах, а также эйфорический тип, обнаруженный в 11% случаев у мужчин и в 16% – у женщин. Прочие типы значительно уступают вышеназванным по частоте встречаемости.

Таким образом, следует отметить деятельное, эмоционально живое, включенное отношение к болезни практически у всех обследованных вне зависимости от пола (меланхолический тип в выборке не обнаружен, а апатический выявлен лишь у одной пациентки). На первый план у наших пациентов выступают коммуникативные проблемы, обусловленные выраженным беспокойством по поводу отношения окружающих к изменившейся внешности, а также страхом возникновения избегающего, пренебрежительного или иного негативного отношения к себе. Порой такие переживания становятся настолько интенсивными,

что пациенты вырабатывают защитно-игнорирующую позицию, отрицая серьезность своего состояния и пренебрегая врачебными рекомендациями, несмотря на очевидность дефекта (одной из возможных стратегий здесь может стать «уход в работу»). Несомненно, в совокупности описанные особенности позволяют характеризовать доминирующий тип личностного смысла болезни как преградный.

Сопоставляя результаты диагностики мужчин и женщин, отметим, что по обоим критериям (Манна-Уитни и Стьюдента, таблица 1) достоверные половые различия обнаружены только по показателям, соответствующим паранойяльному типу отношения к болезни (он обнаружен у 11% мужчин и у 6% женщин). Мужчины с меньшим доверием относятся к приему лекарств, режиму, процедурам, а некоторые из них даже связывают возникновение заболевания с непрофессионализмом врачей. В частности, в пункте «Отношение к врачам и медперсоналу» пациенты мужского пола выбирали утверждение «Считаю, что заболел я больше всего по вине врачей», а в пункте «Отношение к болезни» – утверждение «Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей». Обладатели паранойяльного типа представлены в нашем исследовании двумя подгруппами: поступившие в отделение **впервые** (после лечения в ожоговых или травматологических отделениях), и **вторично**, для реализации реконструктивно-хирургического этапа лечения; во второй подгруппе недоверие к врачам выражено существенно больше. Возможно, паранойяльное отношение к болезни и процессу ее преодоления связано и с преморбидными особенностями личности, но это предположение может быть проверено только с привлечением большего количества испытуемых.

По распространенности эгоцентрического типа отношения к болезни статистически значимых половых различий обнаружено не было, однако описательная статистика говорит о том, что этот тип втрое чаще встречается у мужчин. Для пациентов, имеющих такое отношение к болезни, проблемы со здоровьем обладают ярко выраженным преградным личностным смыслом; они требуют к себе повышенного внимания персонала, стремясь сделать лечение максимально эффективным и как можно скорее справиться с болезнью.

Фактором, существенно влияющим на ВКБ, оказалась длительность заболевания. У женщин, попавших в отделение челюстно-лицевой хирургии впервые, преобладают сенситивный, эргопатический и эйфорический типы ВКБ. Эти же пациентки чаще совладают с болезнью и соответствующими переживаниями, опираясь на ресурсы социальной поддержки. Иная картина наблюдается у женщин, имеющих ярко выраженный внешний дефект и находящихся на 3-4-м этапах хирургического лечения: здесь преобладают анозогностический тип отношения к болезни и отрицание иных жизненных трудностей, трудно складывается контакт с психологом. Исключение составила лишь одна испытуемая (диагноз – паралич лицевого нерва), открыто говорившая о том, что ее заболевание мешает продвигаться по карьерной лестнице. Совладающее поведение по типу положительной переоценки ситуации в большей степени оказалось характерным

для женщин, причем чаще – госпитализированных в экстренном порядке. Встречались высказывания о том, что болезнь несет в себе особый смысл, является временной остановкой активного течения жизни, паузой, важной для обдумывания своих перспектив. Таким образом, заболевание рассматривалось обозначенной категорией пациенток с экзистенциальной точки зрения.

Полученные данные согласуются с результатами исследования **ценностных ориентаций** (рис. 5-8).

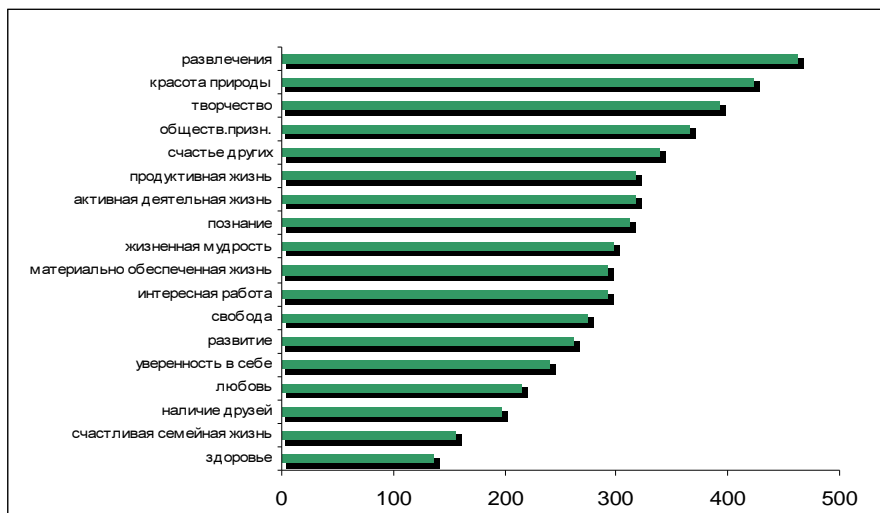


Рис. 5. «Терминальные ценности» мужчин

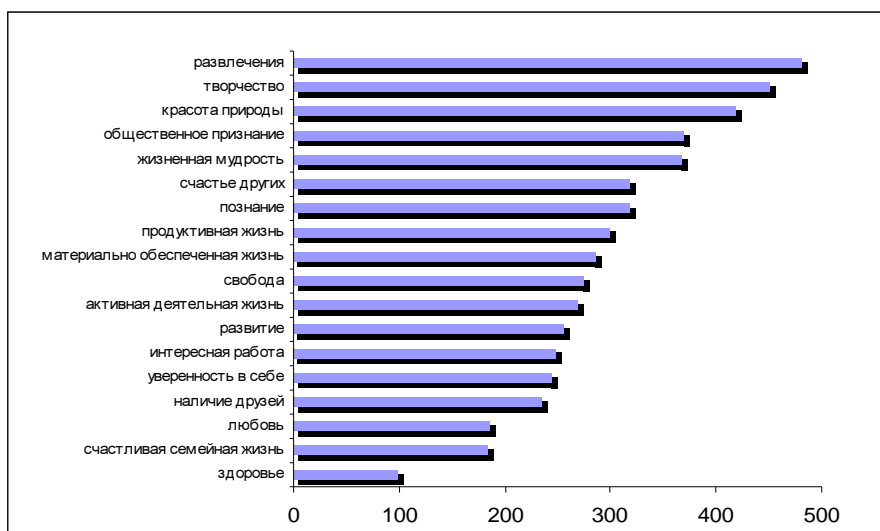


Рис. 6.

«Терминальные ценности» женщин

И мужчины, и женщины выдвигают на первый план такие ценности-цели, как здоровье, семейная жизнь, любовь, друзья и уверенность в себе. Последние места

занимают развлечения, красота природы, творчество. При сравнении рейтингов терминальных ценностей мужчин и женщин с помощью критерия Манна-Уитни выявились достоверные различия лишь по одному показателю: **жизненная мудрость** оказалась более значимой для мужчин, чем для женщин (таблица 1). Различия на уровне тенденции обнаружены по показателю **активная деятельная жизнь** – эта ценность оказалась более значимой для женщин.

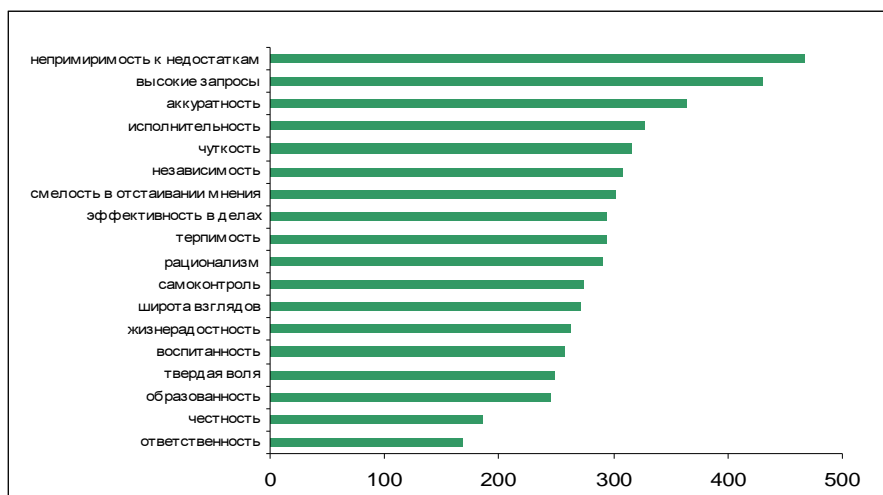


Рис. 7. «Инструментальные ценности» мужчин

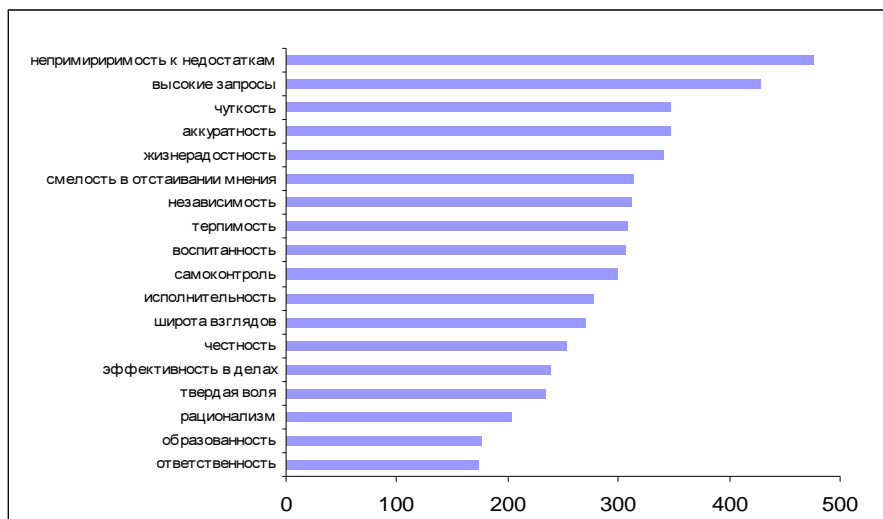


Рис. 8.

«Инструментальные ценности» женщин

Ранжируя инструментальные ценности, мужчины указали на высокую значимость честности и жизнерадостности, тогда как для женщин наиболее важными оказались рационализм и активная деятельная жизнь. В данной сфере значимые различия выявлены по рационализму (более значимому для женщин) и честности (более значимой для мужчин). Таким образом, в процессе достижения

желаемого женщины предпочитают действовать более активно, рационально и прагматично в сравнении с мужчинами.

Таблица 1

Статистически значимые различия между мужчинами и женщинами, выявленные с помощью методик «Способы совладающего поведения», ЛОБИ и «Ценностные ориентации»

Название параметра	Средние значения		Наименование критерия			P
	Мужчины	Женщины	T-критерий Стьюдента	Критерий Колмогорова-Смирнова	U-критерий Манна-Уитни	
Дистанцирование	3	9	-	1,370	-	≤0,05
Поиск социальной поддержки	14	18	,012	-	-	≤0,05
Положительная переоценка	8	12	,009	-	-	≤0,01
Паранойяльный тип отношения к болезни	6	3	,007	-	269,5	≤0,01
Жизненная мудрость (приведен номер позиции в рейтинге ценностей)	10	14	-	-	332,0	≤0,05
Рационализм (приведен номер позиции в рейтинге ценностей)	9	3	-	-	325,5	≤0,05
Честность (приведен номер позиции в рейтинге ценностей)	2	6	-	-	336,0	≤0,05

Сложной для многих пациентов стала заключительная методика **«Незаконченные предложения»**. 38 испытуемых продемонстрировали шоковую реакцию на стимульный материал. Звучали высказывания, сопровождаемые смехом: *«Я не знаю, что отвечать!»*. Четверо мужчин категорически отказались выполнять методику со следующей мотивировкой: *«Моя личная жизнь никого не касается»; «Это не имеет отношения к здоровью»; «Что за бредовые вопросы!»*. При этом 12 испытуемых назвали «Незаконченные предложения» одной из самых полезных методик, которые они когда-либо заполняли, и сообщили, что узнали о себе и своих отношениях с окружающими много нового. Некоторые пациенты указывали также, что именно данная методика помогла переключиться с проблем со здоровьем на другие темы.

Благополучные и проблемные установки («+» и «-») пациентов относительно каждой сферы в процентном соотношении представлены в таблице 2.

Таблица 2

Сравнительный анализ данных, полученных с помощью методики «Незаконченные предложения» в группах мужчин и женщин

Наименования сфер	Мужчины		Женщины	
	+	-	-	+
1. Отношения с отцом	68%	32%	28%	72%
2. Отношение к себе	72%	28%	38%	62%
3. Нереализованные возможности	17%	83%	89%	11%
4. Отношения с подчиненными	90%	10%	27%	83%
5. Отношение к будущему	13%	87%	92%	8%
6. Отношение к вышестоящим лицам	74%	26%	13%	87%
7. Страхи и опасения	62%	38%	72%	28%
8. Отношения с друзьями	93%	7%	27%	83%
9. Отношение к прошлому	76%	24%	23%	77%
10. Отношения с противоположным полом	42%	58%	72%	28%
11. Сексуальные отношения	58%	42%	40%	60%

12. Отношения с членами семьи	91%	19%	27%	83%
13. Отношения с сотрудниками	85%	15%	11%	89%
14. Отношения с матерью	94%	6%	58%	42%
15. Чувство вины	29%	71%	38%	62%

Наиболее конфликтными, проблемными для обеих половых групп оказались сферы «Нереализованные возможности», «Отношение к будущему» и «Отношения с противоположным полом». Приведем примеры высказываний, которые относятся к этим сферам (таблица 3).

Таблица 3

Характерные высказывания пациентов, относящиеся к наиболее конфликтным сферам (данные по методике «Незаконченные предложения»)

Мужчины	Женщины
Сфера «Нереализованные возможности»	
<ul style="list-style-type: none"> • Я всегда хотел: <i>быть успешным; быть независимым и самодостаточным; быть счастливым.</i> • Я мог бы быть очень счастливым, если бы: <i>не моя болезнь; если бы нашел вторую половину.</i> • Моим скрытым желанием является: <i>вернуться в прошлое и изменить его; материальная обеспеченность.</i> • Больше всего в жизни я хотел бы: <i>перестать бояться перемен; здоровья себе и своим родным.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Я всегда хотела: <i>быть здоровой; быть счастливой; состояться как личность и самореализоваться.</i> • Я могла бы быть очень счастливой, если бы: <i>не мой дефект; не моя болезнь.</i> • Моим скрытым желанием является: <i>быть богатой; быть лучше других.</i> • Больше всего в жизни я хотела бы: <i>быть счастливой; здоровья родным и близким.</i>
Сфера «Отношение к будущему»	
<ul style="list-style-type: none"> • Будущее кажется мне: <i>намного лучшим, чем настоящее.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Будущее кажется мне: <i>неопределенным; не знаю, что будет.</i>

<ul style="list-style-type: none"> • Надеюсь на: <i>улучшение здоровья; улучшение качества жизни.</i> • Наступит тот день, когда: <i>я снова стану здоровым; у меня все получится.</i> • Больше всего я хотел бы в жизни: <i>здоровья себе и родным.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Надеюсь на: <i>улучшение жизни после операции; выздоровление.</i> • Наступит тот день, когда: <i>я перестану бояться перемен; выздоровлю.</i> • Больше всего я хотела бы в жизни: <i>здоровья родным и близким.</i>
Сфера «Отношения с противоположным полом»	
<ul style="list-style-type: none"> • Считаю, что большинство девушек: <i>легкомысленные; корыстны.</i> • Считаю, что большинство женщин: <i>слишком высокого мнения о себе; думают только о себе.</i> • Мне очень не нравится, когда женщины: <i>пьют; курят; ругаются; изменяют.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Считаю, что большинство юношей: <i>легкомысленные; эгоисты.</i> • Считаю что, большинство мужчин: <i>эгоистичны; безответственные.</i> • Мне очень не нравится, когда мужчины: <i>врут; хамят; пьют; лицемерят.</i>

Женщины, помимо этого, обнаружили противоречивое отношение к сферам «Страхи и опасения» и «Отношения с матерью». Больше всего пациентки опасались, что их страхи станут достоянием окружающих, окажутся известными друзьям и знакомым. Высказывались и мысли о том, что имеющиеся опасения мешают быть продуктивными в жизни. У мужчин сложные переживания вызвали предложения, относящиеся к сфере «Чувство вины». Ответы по соответствующим пунктам отражали такие темы, как желание забыть причиненную окружающим боль и сожаление о поступках, связанных с нарушением этических, моральных, нравственных норм.

В ходе дальнейшего качественного анализа результатов по данной методике мы подвергли специальному рассмотрению те высказывания пациентов, где фигурировали слова «здоровье» и/или «болезнь». В женской группе было дано 28 ответов такого плана; 13 из них относятся к сфере «Нереализованные возможности», 5 – к сфере «Отношение к будущему» и 3 – к сфере «Страхи и опасения». Мужчины дали лишь 12 ответов, содержащих упоминания о здоровье/болезни, причем 7 ответов также относятся к сфере «Нереализованные возможности», прочие же равномерно распределены по другим сферам. Итак, пациенты обоего пола не просто остро переживают нереализованность собственных возможностей, но и связывают соответствующие трудности с состоянием здоровья. Важно отметить при этом, что в обеих половых группах тематика здоровья/болезни

ни разу не прозвучала в ответах, относящихся к таким важным сферам, как семья, работа и отношения с друзьями.

Итак, общая картина мотивационного уровня ВКБ у **женщин** отличается противоречивостью и неоднозначностью. С одной стороны, отношение пациенток к болезни высоко сензитивно и окрашено страхами и опасениями, связанными с будущим. Результаты применения методик Рокича-Ядова и Сакса-Леви указывают на весьма высокую субъективную значимость для женщин темы здоровья вообще и здоровья как ценности-цели – в частности. По-видимому, острота и даже непереносимость соответствующих переживаний приводят к построению совладания по типу снижения значимости, игнорирования серьезности проблемы (дистанцированию). Несмотря на это, пациентки способны быть более активными, рациональными и целеустремленными в достижении намеченных целей по сравнению с мужчинами. Немалую роль в реализации активной стратегии совладания играет и то, что женщинам в трудной ситуации свойственно выходить во внешний мир, чтобы получить там поддержку, почувствовать эмоциональную сопричастность окружающих.

У **мужчин**, как уже было указано, достоверно чаще встречается паранойяльный тип ВКБ, и только в данной половой группе были зафиксированы отказы от выполнения методики Сакса-Леви «Незаконченные предложения». Можно сделать вывод об особой настороженности, сдержанности и даже замкнутости мужчин при обсуждении глубоко личных тем. При этом, двигаясь к намеченной цели, они предпочитают действовать более прямо и открыто, чем женщины (недаром одной из важнейших инструментальных ценностей для мужчин оказалась честность). Кроме того, мужчины реже закрывают глаза на возникающие проблемы, что и определяет основную стратегию совладающего поведения в данной половой группе. Вероятно, такая прямота и, если можно так сказать, объективность пациентов-мужчин в некоторой степени уравнивают их недоверие к медицинской помощи, позволяя поддерживать достаточный уровень комплаентности.

Суммируя опыт диагностической работы с пациентами отделения челюстно-лицевой хирургии, мы можем назвать беседу одним из самых информативных и экологичных методов получения сведений о мотивационном уровне ВКБ. Кроме того, именно в процессе беседы было выявлено своеобразное отношение пациентов к психологической поддержке в условиях стационара соответствующего профиля. 82% испытуемых сообщили, что не нуждаются в психологическом сопровождении лично, но считают необходимым наличие штатного психолога, поскольку «другим пациентам психологическая помощь может быть полезна». Чаще ответы такого рода давали женщины, что неудивительно в свете преобладания у них копинг-стратегий «Планирование решения проблемы» и «Поиск социальной поддержки». Таким образом, женщины активно опираются на собственные индивидуально-психологические и социальные ресурсы, которых, как им представляется, у других пациентов мало. Мужчины же отдают предпочтение самостоятельному совладанию,

стремясь удержать ситуацию под контролем своими силами и избегая как демонстрации своих чувств, так и обращения за помощью к кому-либо.

Отдельно хотелось бы упомянуть о пациентах, получающих помощь в рамках эстетической хирургии. В ходе беседы такие испытуемые говорили о высокой значимости конкретных изменений своей внешности. Определенные свои черты они воспринимали как препятствие на пути к достижению важных жизненных целей – в основном, связанных с общением с противоположным полом, построением личных отношений. Качественный анализ результатов методики «Незаконченные предложения» показал наличие конфликтных сфер у представителей обеих половых групп. Тема здоровья/болезни звучала в ответах, касающихся общения с противоположным полом, а также связанных с отношением к будущему и нереализованным возможностям.

Рассматривая полученные данные в свете выдвинутой нами гипотезы, можно сказать, что **мотивационный уровень ВКБ окрашен преградным личностным смыслом у пациентов обоего пола**. Таким образом, можно говорить лишь о частичном подтверждении первоначального предположения.

Результаты исследования позволяют предложить дифференцированные рекомендации по психологическому сопровождению пациентов разного пола, получающих лечение в отделениях челюстно-лицевой хирургии.

Мужчины, склонные к формированию паранойяльного типа отношения к болезни, могут пренебрегать врачебными назначениями, настороженно и даже враждебно воспринимать медицинский персонал. Основной задачей психолога при работе с такими пациентами должно стать формирование комплаентных установок, настроя на конструктивное сотрудничество с медицинским персоналом. Следует учитывать и другую особенность пациентов-мужчин. Планируя решение проблем, касающихся здоровья, они стремятся к сохранению ощущения контроля над ситуацией. Возможно, это в какой-то степени связано с недоверием к врачам и лечению (и, шире, с нежеланием опереться на кого-либо, довериться кому-либо из внешнего мира). Внедрение когнитивно-бихевиорального подхода могло бы стать эффективным способом снижения функции контроля. Не менее важна и работа с эмоциональной сферой (в частности, с чувствами, порожденными заболеванием) – помощь в идентификации, осознании, отреагировании чувств. К числу дополнительных диагностических задач, реализация которых могла бы способствовать уточнению стратегии работы психолога, следует отнести оценку локуса контроля, коммуникативного стиля и личностно-типологических особенностей пациентов-мужчин.

Перейдем к рекомендациям по работе с женщинами, активность которых и ориентация на поиск поддержки во внешнем мире могут стать хорошей опорой. Мишенями психологического воздействия здесь могут быть особенности, выявленные в ходе нашего исследования, то есть склонность к дистанцированию от проблем (в том числе, связанных с заболеванием), а также страхи и опасения,

касающиеся отношений с противоположным полом и перспектив обретения семьи. Работа с пациентками может состоять также в поиске внутрилличностных ресурсов преодоления переживаний и проблем, связанных с болезнью.

Выводы

1. Внутренняя картина болезни пациентов отделения челюстно-лицевой хирургии окрашена высокой социальной сензитивностью, эмоциональной уязвимостью в межличностных отношениях и, во многих случаях, защитным игнорированием проблем, связанных с состоянием здоровья. Соответственно, доминирующий личностный смысл болезни представителей данной нозологической группы можно охарактеризовать как преградный. Косметический дефект, сочетаясь с невозможностью полноценного физического функционирования, порождает разнообразные препятствия к достижению значимых целей (в частности, к построению близких, интимных отношений).
2. Выявленные половые различия в сфере внутренней картины болезни касаются в основном удельного веса паранойяльного типа отношения к болезни: пациенты мужского пола с меньшим доверием относятся к рекомендациям врачей и к лечению в целом, а также к получению психологической помощи и социальной поддержки в целом.
3. Важным мотивом для пациентов-мужчин является сохранение субъективного ощущения контроля над ситуацией. В трудных ситуациях они действуют более прямолинейно и реалистично по сравнению с женщинами.
4. Пациентки более остро ощущают страхи и опасения, связанные с жизненными перспективами, причем особую значимость в данной половой группе имеет здоровье вообще (и здоровье как терминальная ценность – в частности). Совладающее поведение женщин характеризуется предприимчивостью, рационализмом с оттенком расчетливости, а также склонностью к поиску социальной поддержки.

Заключение

В настоящее время изучение мотивационного уровня внутренней картины болезни является одной из актуальных проблем психосоматики, что обусловлено дефицитом как теоретико-методологических, так и эмпирических исследований соответствующей направленности. Обнаружено, что реконструктивно-хирургический этап лечения челюстно-лицевой патологии изучен в психосоматическом отношении недостаточно.

Наше исследование было посвящено описанию особенностей мотивационного уровня внутренней картины болезни у пациентов челюстно-лицевой хирургии, а также выявлению различий в характеристиках этого уровня по половому признаку с опорой на концепцию ВКБ А. Ш. Тхостова.

Учитывая разнородность и небольшой объем выборки, мы подвергали анализу и каждый клинический случай в отдельности, соотнося внутреннюю картину болезни пациентов с их медико-демографическими характеристиками. Весьма вероятно, что особенности мотивационного уровня ВКБ зависят не столько от половой, сколько от нозологической принадлежности и особенностей лечения. Так, было замечено, что и мужчины, и женщины с ярко выраженным дефектом ЧЛО в большей степени акцентировали в беседе внимание на трудностях во взаимоотношениях с противоположным полом в сравнении с пациентами без выраженного дефекта. Эти наблюдения могут послужить основой для выдвижения дальнейших гипотез и задать перспективные направления исследований психосоматических особенностей пациентов с челюстно-лицевой патологией. Например, целесообразно было бы провести аналогичное исследование, дифференцируя испытуемых по таким критериям, как степень выраженности эстетического дефекта, первичность/повторность поступления в отделение, обстоятельства госпитализации (экстренная/плановая) и т.д.

Литература

1. *Баринова М.Г.* Изучение психологических особенностей пациентов с сочетанными зубо-челюстно-лицевыми аномалиями: Дисс... канд. псих. наук. СПб., 2001. 169 с.
2. *Дубровин М.С., Копецкий И.С., Полунин В.С.* Медико-социальные особенности больных с повреждениями челюстно-лицевой области. // *Лечебное дело: науч. журн.* 2012. №4. С. 92-94
3. *Дударева А.П.* Психические расстройства непсихотического уровня у пациентов с приобретенными челюстно-лицевыми деформациями: Дисс... канд. мед. наук. Москва, 2009. 132 с.
4. *Лафи С.Г.* Психологические аспекты ожоговой травмы: монография. – Омск: Изд-во ОмГМА, 2014. 178 с.
5. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. М.: Издательство Московского университета, 1987. 168 с.
6. *Сулимовская Е.И.* Когнитивные и смысловые особенности отношения к своей внешности женщин с челюстно-лицевым дефектом. [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2011. N 6. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 10.03.2015).
7. *Тхостов А.Ш.* Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.
8. *Фаустова А.Г., Яковлева Н.В.* Особенности индивидуальной концепции внешности у пациентов с ожогами различной локализации. [Электронный ресурс] //

Литовка Т.А., Луковцева З.В. Особенности мотивационного уровня внутренней картины болезни пациентов челюстно-лицевой хирургии
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 4. С. 29–49.

Litovka T.A., Lukovtseva Z.V. Features of the Motivational Level of the Internal Picture of the Disease in Patients Maxillofacial Surgery
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 4, pp. 29–49.

Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 15.02.2014).

9. *Штрахова А.В.* Психосемантика боли в структуре внутренней картины болезни у неврологических больных. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2009. №30. С. 76-82

10. *Щетинин С.А.* Медико-социальные последствия травматизма в России на рубеже веков. // Социальные аспекты здоровья населения: электрон. науч. журн. 2014. №4.

Features of the Motivational Level of the Internal Picture of the Disease in Patients Maxillofacial Surgery

Litovka T.A.,

Counseling Psychologist, Moscow, Russia, litovka.tatyana@mail.ru

Lukovtseva Z.V.,

Ph.D. (psychology), assistant professor of clinical and forensic psychology faculty of legal psychology, MSUPE, Moscow, Russia, sverchokk@list.ru

The present study was carried out in line with the traditional domestic psychosomatic representations about the internal picture of the disease. The sample included 62 patients in the department of oral and maxillofacial surgery. With the help of a battery of techniques, substantially complementary, identified qualitative and quantitative features of the internal picture of the disease (WKB) in patients, male and female. It was found that barrier personal meaning of illness comes to the fore in the whole sample, but men are distinguished distrustful, cautious attitude to the recommendations of doctors and the whole treatment. Found significant sex differences of value orientations and strategies of coping behavior, which it is advisable to take into account when designing programs of psychological support of this group of patients in a hospital.

Keywords: psychosomatic medicine, internal picture of the disease, the motivational level of internal picture of the disease, patients maxillofacial surgery, sex differences.

References

1. *Barinova M.G.* Izuchenie psihologicheskikh osobennostei pacientov s sochetannymi zubo-chelyustno-licevymi anomalijami: Diss... kand. psih. nauk. SPb., 2001. 169 s.
2. *Dubrovin M.S., Kopeckii I.S., Polunin V.S.* Mediko-social'nye osobennosti bol'nyh s povrejdenijami chelyustno-licevoi oblasti. // *Lechebnoe delo: nauch. jurn.* 2012. №4. S. 92-94
3. *Dudareva A.P.* Psihicheskie rasstroistva nepсихотического уровня u pacientov s priobretnennymi chelyustno-licevymi deformacijami: Diss... kand. med. nauk. Moskva, 2009. 132 s.

4. *Lafi S.G.* Psihologicheskie aspekty ojogovoi travmy: monografiya. – Omsk: Izd-vo OmGMA, 2014. 178 s.
5. *Nikolaeva V.V.* Vliyanie hronicheskoi bolezni na psihiku. M.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1987. 168 s.
6. *Sulimovskaya E.I.* Kognitivnye i smyslovye osobennosti otnosheniya k svoei vneshnosti jenshin s chelyustno-licevym defektom. [Elektronnyi resurs] // Medicinskaya psihologiya v Rossii: elektron. nauch. jurn. 2011. N 6. URL: <http://medpsy.ru> (data obrascheniya: 10.03.2015).
7. *Thostov A.Sh.* Psihologiya telesnosti. M.: Smysl, 2002. 287 s.
8. *Faustova A.G., Yakovleva N.V.* Osobennosti individual'noi koncepcii vneshnosti u pacientov s ojogami razlichnoi lokalizacii. [Elektronnyi resurs] // Medicinskaya psihologiya v Rossii: elektron. nauch. jurn. 2012. N 2. URL: <http://medpsy.ru> (data obrascheniya: 15.02.2014).
9. *Shtrahova A.V.* Psihosemantika boli v strukture vnutrennei kartiny bolezni u nevrologicheskikh bol'nyh. // Vestnik Yujno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. 2009. №30. S. 76-82
10. *Schetinin S.A.* Mediko-social'nye posledstviya travmatizma v Rossii na rubeje vekov. // Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya: elektron. nauch. jurn. 2014. №4.

Особенности адаптивного поведения детей в ситуации школьных и коммуникативных трудностей

Куфтяк Е.В.,

доктор психологических наук, заведующая кафедрой специальной педагогики и психологии, Костромской государственной университет им. Н.А. Некрасова (ФГБОУ ВПО КГУ им. Н.А. Некрасова), Кострома, Россия, kuftyak@yandex.ru

Самохвалова А.Г.,

доктор психологических наук, профессор кафедры педагогического образования, Костромской государственной университет им. Н.А. Некрасова (ФГБОУ ВПО КГУ им. Н.А. Некрасова), Кострома, Россия, samohvalova@kmtn.ru

В статье рассматривается адаптивное поведение детей школьного возраста с трудностями в обучении и в общении. Выборку составили дети с типичным развитием, дети с признаками школьной и социальной дезадаптации, а также дети с нарушениями зрения. Обнаружено, что копинг-стратегии детей с трудностями в обучении ориентированы на экстернализацию и пассивный уход от трудностей в отличие от социально-ориентированных стратегий успевающих школьников. Дети с нарушениями зрения реже осознают и целенаправленно преодолевают коммуникативные трудности в отличие от их сверстников с типичным развитием.

Ключевые слова: адаптивное поведение, совладающее поведение, психологическая защита, школьники, школьная адаптация, коммуникативные трудности.

Для цитаты:

Куфтяк Е.В., Самохвалова А.Г. Особенности адаптивного поведения детей в ситуации школьных и коммуникативных трудностей [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 4. С. 50-60 doi: 10.17759/psyclin.2015040404

For citation:

Kuftyak E.V., Samohvalova A.G. Features of Children Adaptive Behavior in Situations of School and Communication Difficulties [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2015, vol. 4, no. 4, pp. 50-60 doi: 10.17759/psyclin.2015040404 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Трудные жизненные ситуации и способы реагирования на них традиционно изучаются в рамках психологии стресса и копинга [2]; [6]; [7]; [8]. Современные психологические подходы ориентированы на поиск единых механизмов человеческой адаптации, выделение общей направленности защитных и совладающих стратегий на разрешение субъективно сложной ситуации [2]; [5]; [8]; [13]. Следствием этого подхода является объединение в единое пространство адаптивных механизмов поведения – психологических защит, совладающего поведения, контроля поведения, антипационной состоятельности.

Общеизвестно, что способность преодолевать трудности и регуляция поведения закладывается еще в детском возрасте [6]; [7]. От того, как будет развиваться способность разрешать трудные ситуации, зависит не только адаптация в условиях трудной жизненной ситуации, но и благополучие личности в старшем возрасте.

Фактор успешности и здоровья в изменяющемся ситуационном контексте во многом определяет способность преодолевать трудности [3]; [6]; [10]; [11]. По мнению А. Адлера, переживание комплекса неполноценности по причине физического или социального недостатка может привести к формированию ошибочного стиля жизни, который во многом определяет формирование адаптивных механизмов поведения [1]. Представленные в статье серии исследований посвящены изучению особенностей становления адаптивного поведения у детей школьного возраста с типичным развитием и имеющих определенные ограничения в психическом и социальном развитии [5]; [10].

Процедура исследования

Наши исследования адаптационного поведения и его особенностей с учетом специфики ситуации развития проводились в нескольких направлениях [6]; [10]. В **первой серии** исследования мы изучали особенности адаптивного поведения у детей младшего школьного возраста с типичным развитием и имеющих трудности в обучении. Так, выраженность психологических защит в определенные временные периоды и сопоставление с активностью выбора стратегий совладания позволяет прогнозировать состояние психической адаптации детей. Для этой цели в исследовании приняли участие младшие школьники 2 – 4 классов в возрасте от 8 до 10 лет (средний возраст $M=9,1$). Общая численность выборки составила 99 человек. Из общей выборки участников были сформированы две группы сравнения.

Группу 1 составили учащиеся младших классов, имеющие учебные и социальные трудности. Эта группа формировалась в результате экспертных мнений учителей и психолога школы. Вошедшие в эту группу школьники, по мнению экспертов, характеризуются признаками школьной и социальной дезадаптации. В группу вошли 27 детей, средний возраст 8,7 лет – 17 мальчиков и 10 девочек.

В группу 2 вошли 24 ребенка такого же возраста, не имеющих учебных и социальных трудностей. Из них 11 мальчиков и 13 девочек, средний возраст – 8,1 год.

Во **второй серии** исследования изучались особенности адаптивного поведения в ситуациях затрудненного общения детей младшего подросткового возраста с типичным развитием и с нарушениями зрения. Проверялась гипотеза о существовании различий в паттернах поведения и адаптационных механизмах, актуализирующихся в ситуациях затрудненного общения у детей с ограниченными возможностями здоровья и детей, имеющих типичное развитие.

В исследовании приняли участие младшие подростки, учащиеся 6 – 7 классов в возрасте от 12 до 13 лет (средний возраст $M=12,7$ лет). Общая численность выборки составила 60 человек. Из общей выборки участников были сформированы две группы сравнения. Группу 1 составили 30 подростков (12 девочек, 18 мальчиков) с нарушением зрения (высокая и средняя степень миопии), обучающихся в школе-интернате IV-V вида. В группу 2 вошли 30 подростков (12 девочек, 18 мальчиков) с типичным развитием, не имеющих нарушений здоровья, учащиеся общеобразовательных школ.

Методики

Выраженность симптомов дезадаптации оценивалась экспертами с помощью «Карты наблюдения Д. Стотта». Изучение уровня и характера тревожности, связанных со школой у младших школьников и подростков, проводилось с использованием методики «Тест школьной тревожности Филлипса». С использованием методики «Карта оценки детских защитных механизмов», разработанной на основе методики К. Перри и Р. Плутчика (модификация Е.В. Чумаковой, 1999), изучены особенности выраженности механизмов психологической защиты у детей. Стратегии совладающего поведения детей оценивались с помощью опросника «Опросник копинг-стратегий для младших школьников» (N.M. Rayan-Wenger, 1990), адаптированного Н. А. Сиротой, В. М. Ялтонским.

Степень затрудненности межличностного общения, объективизация коммуникативных трудностей подростков и специфика их адаптации к условиям общения оценивалась экспертами с помощью методик диагностики неконструктивного поведения детей М. Э. Вайнер, «Личностный профиль ребенка» в адаптации М. Г. Голубевой, проективной методики «Эмоциональные лица» Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. Вербальные коммуникативные трудности подростков определялись с помощью стандартизированной беседы, разработанной А. Г. Самохваловой [9]. Ведущими методами исследования являлись включенное наблюдение за характером коммуникативной активности детей и интервью, направленное на выявление субъективных переживаний подростков и трудностей адаптации к ситуации затрудненного общения. Полученные в исследовании данные подверглись качественному, корреляционному и сравнительному анализу.

Результаты исследования. Анализ и обсуждение

Адаптивное поведение и трудности обучения. Результаты сравнения данных в группах детей с трудностями в обучении и детей с типичным развитием без трудностей позволили установить значимые отличия по 10 из 16 выделяемых параметров дезадаптации (достоверность различий при $p < 0,05$): недостаток доверия к новым людям, вещам, ситуациям; ослабленность (астенизация); тревожность по отношению к взрослым; враждебность по отношению к взрослым; тревога по отношению к детям; гиперактивность; враждебность к детям; эмоциональное напряжение; неблагоприятные условия среды; умственное развитие. В группе детей с трудностями в обучении, в отличие от детей без трудностей, чаще доминируют – более высокий уровень тревожности по отношению к взрослым ($p < 0,04$) и эмоционального напряжения ($p < 0,0007$), отсутствие доверия к новым людям, вещам, ситуациям ($p < 0,02$). Вероятно, состояние тревоги и напряжения связано с недостаточной готовностью к возможным неожиданностям и изменениям в привычной обстановке.

Уровень и характер тревожности, связанный со школой, по опроснику «Тест школьной тревожности Филлипса» наглядно демонстрирует, что у младших школьников с разным уровнем адаптации степень школьной тревожности имеет тенденции к различию. У детей с трудностями в обучении выявлен средний уровень общей тревожности в школе, что свидетельствует о том, что дети спокойны и уравновешены, но в стрессовых незнакомых ситуациях, например, в значимых ситуациях публичной оценки, могут испытывать напряжение. Они склонны переживать тревожность в ситуациях, связанных с различными формами включения их в жизнь школы: в процессе обучения, в ситуации проверки и оценки знаний, а также в процессе общения и взаимодействия с учителями и сверстниками.

Далее были установлены различия между выборками детей в выборе копинг-стратегий и механизмов психологической защиты. Дети с трудностями в обучении чаще использовали копинг-стратегии экстернализации ($p < 0,02$): «дерусь», «схожу с ума», «делаю что-то подобное», «дразню кого-нибудь» ($p < 0,02$); пассивного отвлечения ($p < 0,04$): «сплю», «мечтаю, представляю себе что-нибудь»; «старюсь забыть»; рефлексивного ухода ($p < 0,02$): «думаю об этом» ($p < 0,003$), «говорю сам с собой», «остаюсь сам по себе, один».

Дети с трудностями в обучении чаще, по сравнению с группой детей без трудностей в обучении, используют механизмы психологической защиты по типу «отрицание» ($p < 0,011$), «регрессия» ($p < 0,04$).

В последующей обработке результатов был использован корреляционный анализ для рассмотрения возможных связей между параметрами дезадаптации и выбором адаптационных реакций (копинг-стратегий, механизмы психологической защиты). По результатам корреляционного анализа с использованием критерия Спирмена обнаружено, что у младших школьников с трудностями в обучении показатель тревожности по отношению к взрослым прямо связан с показателями

выбора копинг-стратегий рефлексивного ухода ($p \leq 0,01$, $r = 0,5$). Показатель ослабленность (астенизация) в группе детей с трудностями в обучении прямо связан с показателями выбора экстернализационного копинга ($p \leq 0,01$, $r = 0,5$) и копинг-стратегий рефлексивного ухода. Показатель эмоционального напряжения в группе детей с трудностями в обучении прямо связан с показателями выбора экстернализационного копинга ($p \leq 0,01$, $r = 0,5$).

Адаптивное поведение и коммуникативные трудности слабовидящих детей. Результаты исследования позволили выявить специфику коммуникативного поведения слабовидящих детей и вариативные адаптационные механизмы, актуализирующиеся в ситуациях затрудненного общения. Так, слабовидящие подростки значимо чаще проявляют **отстраненность** ($p < 0,0001$), выражающуюся в замкнутости, стремлении уйти от травмирующих переживаний, оставаться в тени, избегать проявления инициативы, они не стремятся брать на себя ответственность. В ситуации затрудненного общения подобное дистанцирование играет защитную роль, позволяет ребенку сориентироваться в ситуации, проанализировать ее условия, адаптироваться к возникшим трудностям и минимизировать их деструктивные последствия.

Дети с нарушением зрения склонны к **стереотипным коммуникативным действиям** ($p < 0,0002$), **ригидны** ($p < 0,001$), они боятся ситуаций неизвестности и неопределенности, настороженно идут на контакт с незнакомыми людьми, их высказывания однотипны, социально-нормативны, дети теряются в изменяющихся коммуникативных условиях, испытывают трудности перестройки коммуникативных программ. Стереотипизация общения и устойчивость в выборе средств воздействия создает для них ощущение защищенности, позволяет адаптироваться к незнакомым ситуациям и возникающим в процессе общения трудностям.

Слабовидящие дети реже стремятся к сотрудничеству, более **индивидуалистичны** ($p < 0,0001$), испытывают трудности согласования действий с партнером. В ситуациях затрудненного взаимодействия со сверстниками или взрослыми они прибегают к защитной стратегии «уход в себя», замыкаясь, начиная мечтать, смотреть в окно, говорить «про себя».

Выявленные тенденции проявляются в общении со сверстниками с типичным развитием, которых они считают «чужими», «злыми», «непонятными», «усмехающимися», «вредными», «глупыми» или более успешными в деятельности или общении («выскочка», «подхалим», «придурок»). Так выявляется **механизм обесценивания** здорового и благополучного сверстника, что позволяет слабовидящему подростку сохранить позитивный Я-образ.

У слабовидящих детей, по сравнению со сверстниками с типичным развитием, сильнее выражен **страх самовыражения** ($p < 0,0002$), что изменяет картину поведения и общения ребенка: на физиологическом уровне проявляется тремор частей тела, учащенное сердцебиение, неровное дыхание, потливость; на

психологическом – боязнь установления близких отношений, невозможность отстаивать собственное мнение и вести дискуссию, выражать личное отношение к партнерам. Следует отметить, что адаптироваться в трудных условиях им позволяет более развитая **физиологическая сопротивляемость стрессу** ($p < 0,012$), которая блокирует негативные психофизиологические и индивидуально-личностные последствия стрессовой коммуникативной ситуации.

Межличностные контакты слабовидящих подростков осложняются **неумением правильно понимать эмоциональные состояния партнеров по общению** ($p < 0,007$), чувствовать смену настроения собеседника, проявлять эмпатию ($p < 0,001$), что также обусловлено спецификой имеющегося дефекта.

Выявлено, что общий уровень **вербальных коммуникативных трудностей** у слабовидящих детей выше, чем у подростков с типичным развитием ($p < 0,0001$). Вероятно, это связано с низким уровнем развития **выразительности, богатства, правильности и ясности** (речь монотонна, однообразна; не содержит метафор, прилагательных, фраз, выражающих эмоции; используются простые, шаблонные языковые конструкции; часто допускаются фонетические и грамматические ошибки). Слабовидящие подростки компенсируют высокий уровень коммуникативных трудностей **содержательностью** ($p < 0,002$) и **логичностью** ($p < 0,003$) речи, что указывает на тот факт, что дети планируют и продумывают вербальные действия, ориентируются на передачу и развитие мысли, на доказательность своего мнения, что позволяет им более осознанно решать трудные задачи общения.

Нами установлена прямая взаимосвязь **вербальных коммуникативных трудностей** слабовидящих детей с **отстраненностью** в общении ($r = 0,4$, $p \leq 0,01$), **тревожностью** ($r = 0,5$, $p \leq 0,002$), **стереотипностью** ($r = 0,5$, $p \leq 0,01$) и **ригидностью** ($r = 0,5$, $p \leq 0,007$), то есть, с одной стороны, указанные личностные характеристики обуславливают возникновение вербальных коммуникативных трудностей у слабовидящего подростка; с другой стороны, несостоятельность вербальных коммуникаций подростка ведет к актуализации защитных стратегий поведения.

Растущее внутреннее напряжение слабовидящих подростков в ситуациях затрудненного общения вызывает актуализацию неконструктивных форм поведения: **протестного** ($p < 0,0001$), **демонстративного** ($p < 0,0002$) и **агрессивного** ($p < 0,0001$), которые чаще всего носят защитный характер, помогая подростку адаптироваться к меняющимся коммуникативным условиям и сохранять внутренний баланс. Отметим, что протестное поведение чаще всего актуализируется в ситуации общения с родителями и учителями; демонстративное – в ситуации общения со слабовидящими детьми более младшего или старшего возраста; агрессивное – с детьми, не имеющими проблем со зрением.

Заключение

Итак, проведенное исследование позволило получить несколько общих выводов о связи трудностей (школьных, коммуникативных) и выбора стратегий и реакций адаптивного поведения.

1. Выявлено, что дезадаптивное состояние играет существенную роль в развитии нарушений эмоционально-личностной сферы. У дезадаптированных детей, по сравнению с адаптированными, была обнаружена тенденция, при которой увеличивается и изменяется характер тревожности, возникающей в различных жизненных ситуациях, что связано с наличием определенных эмоциональных и поведенческих характеристик личности, которые, в свою очередь, могут свидетельствовать о многогранности проявления психологических аспектов дезадаптации.
2. Копинг-стиль, демонстрируемый детьми с трудностями в обучении, отличается меньшей адекватностью и большей незрелостью вследствие преобладания стратегий экстернализации и пассивного ухода (стратегии совладающего поведения, представляющие прямое декларирование ухода от проблем). В то же время их сверстники чаще ориентированы на социально приемлемые способы решения проблем – активно-деятельностное отвлечение, поиск социальной поддержки. Установлено, что основными видами психологической защиты, выявляемыми в группе младших школьников с трудностями в обучении, являются отрицание и регрессия, относящиеся к незрелым, примитивным или защитам «низшего порядка» [7]. Тогда как основными видами психологической защиты у их сверстников являются рационализация и замещение.
3. Специфика адаптивных реакций у младших школьников с трудностями в обучении заключается в их защитном характере и отражает неумение регулировать свои эмоции и управлять своим поведением: возникающие деструктивные реакции, особенно когда ситуация неустойчива и требует быстрой адаптации, приводят к хроническим конфликтам.
4. Определены специфические защитно-адаптационные механизмы, актуализирующиеся в межличностных коммуникациях детей с нарушениями зрения, минимизирующие деструктивные последствия общения, а именно дистанцирование, уход в себя, стереотипизация, инфантилизация, склонность к негативистическим, протестным, агрессивным и демонстративным реакциям, обесценивание партнера, физиологическая сопротивляемость стрессу, компенсация неэффективного зрительного восприятия слуховой и тактильной перцепцией, продуманность и логичность речевых высказываний.

Установлено, что в ситуациях затрудненного общения ребенок с типичным развитием способен находить оптимальные психологические и социальные ресурсы для преодоления возникающих коммуникативных трудностей; дети же с трудностями в развитии значимо реже осознают и целенаправленно преодолевают

коммуникативные трудности, актуализируя преимущественно защитно-адаптационные механизмы.

Литература

1. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии. М.: Академический проект, 2011. 240 с.
2. Ветрова И.И. Сравнение динамики психологических механизмов регуляции поведения (совладания, психологических защит и контроля поведения) // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. Серия «Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика». 2009. Т. 15. № 4. С. 23–32.
3. Защиринская О.В. Нарушение общения у детей и подростков с легкой умственной отсталостью: феноменология, модель, социализация: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04. – СПб., 2013. 41 с.
4. Куфтяк Е.В. Динамика совладания и психологических защит в сиблинговой подсистеме // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. Серия «Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика». 2013. № 3. Т.19 С. 150–152.
5. Куфтяк Е.В. Психология семьи: регуляция и защита. Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2011. 384 с.
6. Куфтяк Е.В. Факторы становления совладающего поведения в детском и подростковом возрасте // Психологические исследования. 2012. № 2(22). С. 4. URL: <http://psystudy.ru>. (дата обращения 01.04.2015).
7. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2000.
8. Проблемы стресса и выгорания и совладание с ними в современном обществе / отв. ред.: А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко. М.: ИП РАН, 2011.
9. Самохвалова А.Г. Коммуникативные трудности ребенка: проблемы, диагностика, коррекция. СПб.: Речь, 2011. 432 с.
10. Самохвалова А.Г. Психология затрудненного общения ребенка: Монография. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2013. 418 с.
11. Солнцева Л.И. Психология детей с нарушениями зрения (детская тифлопсихология). М. : Классике Стиль, 2006. 256 с.
12. Хазова С.А. Совладающее поведение одаренных старшеклассников: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Кострома, 2002.

Куфтяк Е.В., Самохвалова А.Г. Особенности адаптивного поведения детей в ситуации школьных и коммуникативных трудностей
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 4. С. 50–60.

Kuftyak E.V., Samohvalova A.G. Features of Children Adaptive Behavior in Situations of School and Communication Difficulties
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 4, pp. 50–60.

13. *Kuftyak E.* Interrelation of psychological defense mechanisms and coping strategies as a criterion of human adaptability // Abstract book of the 2nd World Conference on Health Sciences. Izmir, Turkey 30 April–02 May, 2015. Izmir, 2015. P.12.

Features of Children Adaptive Behavior in Situations of School and Communication Difficulties

Kuftyak E.V.,

Doctor of Psychology Head of the Department of Special Education and Psychology, Kostroma State University named after N.A. Nekrasov, Kostroma, Russia, kuftyak@yandex.ru

Samohvalova A.G.,

Doctor of Psychology, professor of Department of teacher education, Kostroma State University named after N.A. Nekrasov, Kostroma, Russia, samohvalova@kmtn.ru

The article considers the adaptive behavior of school-aged children with learning difficulties and communication difficulties. The sample included children with typical development, children with signs of school and social exclusion, as well as children with visual impairments. It was found that the coping strategies of children with learning difficulties focused on externalization and passive avoiding difficulties, unlike social-oriented strategies achievers students. Children with visual impairments less aware and deliberately overcome communication difficulties, unlike their peers with typical development.

Keywords: adaptive behavior, coping behavior, psychological defense, students, school adaptation, communication difficulties.

References

1. Adler A. *Praktika i teorija individual'noj psihologii*. M.: Akademicheskij proekt, 2011. 240 s.
2. Vetrova I.I. *Sravnenie dinamiki psihologicheskikh mehanizmov reguljarii povedenija (sovladanija, psihologicheskikh zashhit i kontrolja povedenija) // Vestnik KGU im. N.A. Nekrasova. Serija «Pedagogika. Psihologija. Social'naja rabota. Juvenologija. Sociokinetika»*. 2009. T. 15. № 4. S. 23–32.
3. Zashhirinskaja O.V. *Narushenie obshhenija u detej i podrostkov s legkoj umstvennoj otstalost'ju: fenomenologija, model', socializacija: avtoref. dis. ... d-ra psihol. nauk: 19.00.04. – SPb., 2013. 41 s.*

Куфтяк Е.В., Самохвалова А.Г. Особенности адаптивного поведения детей в ситуации школьных и коммуникативных трудностей
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 4. С. 50–60.

Kuftyak E.V., Samohvalova A.G. Features of Children Adaptive Behavior in Situations of School and Communication Difficulties
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 4, pp. 50–60.

4. *Kuftjak E.V.* Dinamika sovladanija i psihologicheskikh zashhit v siblingovoj podsisteme // Vestnik KGU im. N.A. Nekrasova. Serija «Pedagogika. Psihologija. Social'naja rabota. Juvenologija. Sociokinetika». 2013. № 3. T.19 S. 150–152.
5. *Kuftjak E.V.* Psihologija sem'i: reguljacija i zashhita. Kostroma : KGU im. N. A. Nekrasova, 2011. 384 s.
6. *Kuftjak E.V.* Faktory stanovlenija sovladajushhego povedenija v detskom i podrostkovom vozraste // Psihologicheskie issledovanija. 2012. № 2(22). S. 4. URL: <http://psystudy.ru>. (data obrashhenija 01.04.2015).
7. *Nikol'skaja I.M., Granovskaja R.M.* Psihologicheskaja zashhita u detej. SPb.: Rech', 2000.
8. Problemy stressa i vygoranija i sovladanie s nimi v sovremennom obshhestve / otv. red.: A.L. Zhuravlev, E.A. Sergienko. – M.: IP RAN, 2011.
9. *Samokhvalova A.G.* Kommunikativnye trudnosti rebenka: problemy, diagnostika, korekcija. SPb.: Rech', 2011. 432 s.
10. *Samokhvalova A.G.* Psihologija zatrudnennogo obshhenija rebenka: Monografija. Kostroma: KGU im. N.A. Nekrasova, 2013. 418 s.
11. *Solnceva L.I.* Psihologija detej s narushenijami zrenija (detskaja tiflopsihologija). M. : Klassike Stil', 2006. 256 s.
12. *Hazova S.A.* Sovladajushhee povedenie odarennyh starsheklassnikov: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk. Kostroma, 2002.
13. *Kuftyak E.* Interrelation of psychological defense mechanisms and coping strategies as a criterion of human adaptability // Abstract book of the 2nd World Conference on Health Sciences. Izmir, Turkey 30 April–02 May, 2015. Izmir, 2015. P.12.

Сравнение эффективности драматерапии у клиентов с наркозасисимостью в лечении

Валента М.,

профессор, руководитель кафедры выразительной терапии, Университет имени Палацкого, Олмоуц, Чешская республика, Valenta22@klikni.cz

Крагулцова К.,

бакалавр, магистр, аспирант, Институт специального педагогического обучения, Университет имени Палацкого, Олмоуц, Чешская республика, keenka@centrum.cz

Листьякова И.,

Университет имени Палацкого, Олмоуц, Чешская республика, ivana.listiakova@gmail.com

Статья описывает средства драматерапевтической интервенции в двух аддиктологических центрах – Центре вторичной профилактики и лечения зависимостей в Военном госпитале (Оломоуц, Чешская Республика) и в наркореабилитационном отделении 17Б (сообщество Мандала) в Психиатрической больнице (Кромержиж, Чешская Республика). Первый центр предоставляет краткосрочную интервенционную программу детоксикации (месяц), а Мандала предлагает среднесрочную драматерапевтическую программу (до шести месяцев). Вторая часть статьи посвящена результатам исследования, направленного на обнаружение различий и связей между восприятием клиентами эффекта и подходов к драматерапевтической интервенции в вышеприведённых центрах, причём анкетное исследование не показало различий между оценками интервенции данных двух центров клиентами.

Ключевые слова: драматерапия, аддиктология, клиент с зависимостью, ролевая игра, импровизация, невербальная коммуникация, исследование.

Для цитаты:

Валента М, Крагулцова К., Листьякова И. Сравнение эффективности драматерапии у клиентов с наркозасисимостью в лечении [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 4. С. 61-78 doi: 10.17759/psyclin.2015040405

For citation:

Valenta M., Krahulcova Ch., Lištiakova I. Comparison of the Effectiveness of Dramatherapy for Clients with Addiction under Treatment [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and

Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2015, vol. 4, no. 4, pp. 61-78
doi: 10.17759/psycljn.2015040405 (In Russ., abstr. in Engl.)

В Центре вторичной профилактики и лечения зависимостей в Военном госпитале в Оломоуце (далее называемом Детокс) и в наркореабилитационном отделении 17Б (общество Мандала, далее — Мандала) в Психиатрической больнице в Кромнержиже более года происходила апробация так называемых паратеатральных подходов к терапии у клиентов с зависимостью от веществ. В данной статье мы обращаемся к драматерапевтической интервенции, осуществленной в рамках грантовой схемы IGA (Pdf 2014/005, Pdf 2015/004) членами Института специально-педагогических обучений университета в Оломоуце в вышеприведенных центрах, а также рассказываем о компаративном исследовании, проведенном с клиентами в обоих центрах.

Драматерапевтические (ДТ) сессии в обоих центрах происходили (и до сих пор происходят) под руководством терапевта и ко-терапевта в форме групповой терапии: 90 минут еженедельно за исключением каникул. На сессиях в сообществе Мандала Кромнержиж в течение первого полугодия интервенций присутствовал также персонал наркореабилитационного отделения (психолог, аддиктолог и главная медсестра). Мандала является открытым и совместным для женщин и мужчин центром лечения неалкогольных токсикоманией или их комбинаций с алкоголем. Это лечение среднесрочное и проходит в четыре этапа с возможностью последующего лечения или в больнице, или вне больницы. Более подходящий срок госпитализации - 4-6 месяцев - позволяет использовать более глубокое и насыщенное содержание и разные направления драматерапевтической интервенции (затрудняющим фактором здесь является открытость отделения и иногда значительное колебание числа клиентов).

Центр вторичной профилактики и лечения зависимостей в Военном госпитале в Оломоуце осуществляет комплексное лечение зависимостей. В связке с амбулаторными формами лечения здесь происходит детоксикация и инициальное лечение зависимостей от алкоголя, неалкогольных токсикоманий, зависимостей от лекарств и игровых зависимостей. Стандартный срок пребывания клиента — четыре недели.

Хотя драматерапия¹ является довольно молодой экспрессивно-терапевтической дисциплиной как в теории, так и на практике, в настоящее время разработаны ряд драматерапевтических методов, теоретико-эмпирических обоснований дисциплины, вариаций понимания или форм терапевтических формативных мероприятий.

¹ Драматерапия является терапевтическо-формативной дисциплиной, в которой преобладают групповые мероприятия, использующие в групповой динамике театральные и драматические средства для достижения симптоматического облегчения, ослабления последствий психических нарушений и социальных проблем и для достижения личностного и социального роста и интеграции личности.

Ключами к стратификации целей эволюции драматерапии могут быть или целевая группа клиентов, или терапевтическое намерение интервенции, а также используемые драматерапевтические техники и эффективные факторы, воспитательно-тренировочная ориентация и опыт терапевтов.

Если типологизировать виды драматерапии по контингенту клиентов, то мы придем к двойному пониманию дисциплины, прообраз которой лежит как в теоретически насыщенной специальной педагогике, активно применяющей виды экспрессивной терапии в своей практике (здесь мы имеем в виду дуальное понимание логопедии — клиническое и школьное), так и в давно ставшей популярной музыкотерапии как родственной дисциплине.

Воспитательно-ориентированная драматерапия концентрируется прежде всего на целевых группах в традиционных границах специальной педагогики (т.е. на детях и школьниках с особыми образовательными потребностями или получателях социальных услуг), между тем как клиническая драматерапия находит применение в частной практике, в терапевтических сообществах, больницах или психиатрических клиниках. Что касается клиентов, то помимо людей с психотическим опытом и невротиков, наиболее часто к целевым группам драматерапевтической интервенции относятся именно люди с зависимостью от психоактивных веществ.

Если мы сосредоточим наше внимание на клинически направленной драматерапии и на клиентах с зависимостью от психоактивных веществ в обоих вышеназванных медицинских центрах (Детокс ВГО — Мандала ПБКМ), то сможем типологизировать виды драматерапии по критерию намерений и целей интервенций, которые установлены в соответствии с возможностями (включая временные) в обоих центрах. В случае Детокса (пребывание клиента несколько недель) ДТ надо понимать только как введение, цели которого состоят прежде всего:

- в возможности расслабиться и отдохнуть;
- в открытии «чего-то нового, непознанного»;
- в расширении спектра методов релаксации и имажинации (связанных с драматизацией);
- в установлении взаимного доверия между клиентами и доверия между клиентами и терапевтами,
- в установлении терапевтического отношения «клиент — терапевт» и «группа — терапевт»;
- в активации такого лечебного фактора, каким является групповая динамика (речь идет, прежде всего, о работе над развитием групповой сплоченности, о создании кооперирующих подгрупп, направлении на цели и нормы группы).

В отличие от краткосрочного пребывания в Детоксе, не дающего простора для глубокой драматерапевтической работы с группой и отдельными клиентами, пребывание больных в течение нескольких месяцев в сообществе больницы позволяет организовать более насыщенную драматерапевтическую деятельность, направленную на следующие неспецифические цели и области интервенции:

- развитие социального взаимодействия и межличностных умений;
- приобретение умения расслабиться;
- овладение и контроль над своими эмоциями;
- изменение неконструктивного поведения;
- расширение репертуара жизненных ролей и образцов поведения в них;
- приобретение способности к спонтанному поведению;
- развитие воображения и концентрации;
- самоэксплорация (саморефлексия, самооценка, образ самого себя), приобретение способности узнавать о своих возможностях и ограничениях и принимать их, повышение интраперсональных способностей;
- усиление самоверия, самоуважения, конгруэнтности;
- развитие эмоциональной экспрессии (в отношении к таким темам, как, например, семья, чувство вины и стыда, гендерная конформность и т.п.);
- инактивация чувства ответственности;
- исправление реальных стремлений.

В обоих вышеприведенных центрах были применены тождественные **драматерапевтические методы**, прежде всего, - невербальная коммуникация, ролевая игра (с тренировкой образцов желаемого поведения, в случае клиентов в Мандале) и импровизация. Далее использовались работа с рассказами (и с личным рассказом), игра с куклой, замещающим предметом и материалом, маски, визуализация с последующей драматизацией.

Невербальная коммуникация принадлежит не только к средствам терапевтически направленных занятий, но также частично входит в их содержание. Прежде всего, в сообществе Мандала «воркшопы» невербальной и вербально-экстралингвистической коммуникации являются очередной частью самопрезентации, их цель – научить клиентов осознавать, читать и передавать (в симулированных ситуациях) уместные коммуникативные коды экстра- и паралингвистического характера или языка тела.

Ролевая игра является ключевым средством как воспитательной, так и клинической драматерапии. Взрослый индивид окружен неисчислимым количеством ролей, формирующих его ролевой репертуар, который обеспечивает сохранение равновесия между его внутренним и внешним миром [7]. В драматерапевтической группе могут появиться индивиды с проблемами в формировании отношений между их внутренним и внешним миром, у других могут появиться застывшие роли, зафиксированные в ранние периоды жизни, и роли, не соответствующие ситуациям, которые сформировались вследствие патологического социального обучения (моделирования). Поэтому Дженнингс к числу основных целей драматерапии в связи с ролевой игрой относит следующие:

- коррекция и перемоделирование ролей таким образом, чтобы они стали более естественными и менее осознанными,
- стимулирование развития ролевого репертуара, т.е. системы ролей, отвечающих различным ситуациям,
- выявление неприемлемых структур поведения и поиск альтернативного (т.е. более подходящего ситуации) поведения,
- извлечение опыта из решений нестандартных и непредсказуемых ситуаций,
- поиск способа соединения внутренних реакций с внешними проявлениями поведения и наоборот [2].

Классик клинической драматерапии Нью-Йоркского университета профессор Ланди различает имитацию и идентификацию (частично также проекцию и перенос) как распространенные уровни погружения в драматическую роль [6].

Имитация, в его понимании, это усваивание внешних признаков роли, когда индивид подражает, прежде всего, движениям и манере общения других лиц, например, дочь таким образом приспособляется к роли матери. Хотя имитация сначала принимает форму подражания поведению кого-то другого, в следующей фазе она относится также к собственной личности — ребенок имитирует самого себя в определенной ситуации, которая здесь и сейчас нереальна (например, играя утром, ребенок имитирует самого себя обедающим). Такая самоимитация способствует дальнейшему развитию его способностей входить в роли. Человек способен принимать на себя два вида ролей — роль самого себя, которую Ланди называет психодраматической ролью, и роль кого-нибудь другого, названную проекционной ролью.

Более глубоким способом принятия роли является идентификация, когда мы принимаем не только внешние признаки лица, но и его чувства и ценности, например, дочь, позитивно идентифицирующаяся со своей матерью, может проявить свою женскую идентичность. Таким образом, она не играет роль матери, а скорее создает ментальное представление о себе как матери.

Противоположностью идентификации, в понимании Ланди, является проекция, которую он понимает в психоаналитическом смысле слова как неосознанный перенос (проецирование) собственных желаний, мотивов и чувств, подавленных или бессознательных содержаний на других лиц, ситуации, вещи или животных. В вышеприведенном примере дочь не видит себя как мать, а видит мать как себя. Проекция понимается как защитный механизм, охраняющий человека от тревоги, вытекающей из внутренних конфликтов (например, то, что я хочу, является для меня морально неприемлемым, значит я проецирую это на кого-нибудь другого, вследствие чего избавляюсь от тревоги) [6].

С точки зрения отношений между ролью и идентификацией клиента с данной ролью, британский драматерапевт Джоунс различает три типа приведенного отношения:

1. клиент работает с выдуманной идентичностью, которая для него чужда (совсем другое лицо, животное, объект, абстрактное явление),
2. клиент играет самого себя (здесь и сейчас, в прошлом или в будущем),
3. клиент выбирает определенные аспекты самого себя и вносит их в характеристику воплощаемого персонажа (отец входит в роль своей дочери, но играя эту роль, вносит в нее характерную для него самого нерешительность) [5].

Уровень идентификации клиента с ролью зависит от многих факторов: мотивации клиента, его низкой или, наоборот, высокой эмоциональной заинтересованности, его предыдущего опыта игранья ролей, его знакомства с театральным искусством, формы его психического расстройства или актуального психического состояния, его положения в группе и т.п.

Драматическая импровизация отражает лучше, чем структурированная игра внутреннее состояние клиента, его конфликты, свободные ассоциации, позволяет выразить актуальное состояние и чувства, развивает непосредственность, является совсем свободной при экспериментировании с различными ролями, способствует внутреннему пониманию моделированных ситуаций и их динамики, помогает приобретению способности реагировать непосредственно и принимать участие в совместных делах в сообществе и, не в последнюю очередь, — импровизация ближе к действительной жизни, чем какой-либо структурированный метод. В драматерапии зависимостей терапевтом чаще всего используется запланированная и контролируемая импровизация. Рене Эмуна определяет четыре наиболее частых повода для контроля импровизации драматерапевтом:

- раскрытие с помощью символики роли (терапевт диктует роли и сцены, что помогает ему раскрывать личностную структуру клиента);

- нахождение альтернатив и моделей нового поведения (контролируемая терапевтом импровизация помогает клиенту найти альтернативу в форме перспектив, эмоциональной реакции или поведения);
- контроль над эмоциями (контроль терапевта помогает сохранить эмоциональную дистанцию во время импровизации);
- «внутренний родитель - воспитатель» (если в моменте, когда клиент играет сам себя, появляются болезненные детские воспоминания и травмы, терапевт может вмешаться в роли позитивного, понимающего и заботящегося родителя) [1].

Методология исследования

Данное исследование основано на оценке процесса (и частично продукта) драматерапевтической интервенции у клиентов Психиатрической больницы в Кромнержиже с зависимостью от психоактивных веществ, осуществленной в рамках грантовой схемы IGA (PdF 2014/005, PdF 2015/004), и Университета Палацкого в Оломоуце в 2013 и 2014 гг. Исследование основывалось на обнаружении корреляций между оценками ДТ процесса взаимонезависимыми наблюдателями (терапевт и ко-терапевты) с помощью шкальных позиций, показывающих изменения таких переменных, как, например, эстетическое расстояние, невербальность, уровень принятия роли, эмоциональная экспрессия, положение клиента в группе и т.д. С точки зрения инструмента, исследование было осуществлено как методическое, однако дополнительной целью являлось установление того, произошло ли во время лечения (пребывания в центре) продвижение по отдельным позициям у клиента (входные/выходные данные) по его же оценке, т.е. результат, связанный с эффектом терапии (пребывания)².

Подобных исследований, занимающихся ДТ-интервенцией у клиентов с зависимостью от психоактивных веществ, немного – как в нашей стране, так и в мире. Причинами являются пока незаконченный процесс этаблирования экспрессивно-терапевтических паратеатральных систем в области здравоохранения и тот факт, что данные подходы довольно новые. В академических кругах данной проблематикой занимаются, наряду с университетом в Оломоуце,³ в Университете

² Подробнее см. Valenta M., Lištiaková I., Svoboda P., Muller O. Evaluation of dramatherapy proces with client of psychiatric hospital. International Scientific conference on Social Sciences and Art – SGEM (Psychology, psychiatry). 3.-9.Sept 2014, Albena, Bulgaria, p. 167 – 174. ISBN 978-619-7105-22-3. ISSN 2367-5659. ([Валента М, Листьякова И., Силарова Л.](#) Оценка процесса драматерапии с клиентами, находящимися в сообществе реабилитации наркомании. In.:Клиническая и специальная психология. Vol.(2014). Том. 3, № 3, p. 5-12. ISSN: 2304-0394.

³ Подробнее см. Fabíková L. Dramaterapie v terapeutické komunitě (неопубликованная дипломная работа, руководитель работой Krahulcová, К.), Olomouc, UP - Pedagogická fakulta, 2014.

Масарыка в Брно⁴, также изредка появляются в профессиональной печати статьи, происходящие из терапевтических сообществ⁵. В мире можно найти несколько отчетов по исследованию драматерапевтов — психиатров, клинических психологов и специальных педагогов, - таких, как, например, Рене Эмун, Д.Р.Джонсон и Р.Ланди в США или С.Дженнингс и П.Джоунс в Великобритании⁶. Исследованием лечения зависимостей от психоактивных веществ в связи с экспрессивными терапиями занималась Линн Джонсон [4]. При лечении зависимостей она работала с группой анонимных алкоголиков и посредством творческой стихотерапии, арт-терапии и вхождения в роль в драматической импровизации пробуждала у них экспрессию и проработку чувств стыда. Дэвид Рид Джонсон обратил внимание на позитивный эффект творческих терапий в лечении зависимостей посредством программы двенадцати шагов [3].

Например, первый шаг арт-терапии может помочь преодолеть чувства отвержения и позора вследствие того, что позволяет публичное признание своих подавленных чувств. Шаг 2 дает возможность сосредоточиться на поиске высшей силы, что может оказаться для многих клиентов затруднительным в отношении связей с традиционными религиозными стереотипами. Шаг 3: творческие терапии помогают найти индивидуальный смысл в жизни клиента. В шаге 4 Джонсон идентифицировал расширение морального арсенала посредством представления сильных и слабых сторон клиента в художественной форме. Шаг 12 связан с публичным представлением своего собственного процесса лечения зависимости. В этом шаге драматерапия, а именно театротерапия, особенно полезна.

Цель исследования состояла в определении того, насколько отличаются (и отличаются ли вообще) отношения клиентов к применению драматерапии в терапевтическом плане в зависимости от срока осуществленной ДТ-интервенции. Предпосылкой для формулирования рабочей гипотезы являлось предположение, что клиенты, участвующие в ДТ-интервенциях с разным сроком, будут относиться к интервенции и её средствам (и оценивать их) по-разному. Респонденты, включенные в исследуемую совокупность, встретились с драматерапевтической интервенцией в первый раз, причем время применения ДТ в каждом из центров отличалось: в Детоксе – всего несколько недель, в Мандале – от четырех до шести месяцев.

⁴ Подробнее см. Jourová J. Percepce využití dramaterapie v terapeutické komunitě při práci s klienty závislími na drogách (неопубликованная дипломная работа, руководитель работой Vandera,J.), Brno, MU - Fakulta sociálních studií, 2012. Jourová ,J. Percepce využití dramaterapie v terapeutické komunitě při práci s klienty závislími na drogách (неопубликованная дипломная работа, руководитель работой Vandera,J.), Brno, MU - Fakulta sociálních studií, 2012.

⁵ Например, Boháčová K. Dramaterapie v komunitní léčbě drogově závislých. In.: Arteterapie Vol.(2009), No.18, p.64 - 67. ISSN1214-4460.

⁶ Например, Landy R. Drama therapy: Concepts and practices. Springfield, C. C. Thomas, 1994.

Статистические гипотезы (нулевые и альтернативные) для позиций в анкете были сформулированы посредством операционализации рабочей гипотезы, представляющей высказывание о существовании статистически значимых связей между отношениями субъектов из обеих выборочных совокупностей в отдельных категориях позиций в анкете.

Сбор данных для количественного исследования происходил посредством сконструированной анкеты (**Приложение 1**), которая была предъявлена в обоих центрах клиентам, включенным в краткосрочную (Детокс) или среднесрочную (Мандала) ДТ-программу.

Исследуемые совокупности, выбранные из генеральной совокупности посредством намеренного институционального выбора, включали в целом 74 респондента:

- совокупность Детокс включала 14 женщин и 43 мужчины с зависимостью от алкоголя, а затем первитина, марихуаны, героина, лекарств и комбинациями вышеприведенных психоактивных веществ с алкоголем (модальная категория «алкоголь») в возрасте от 18 до 65 лет с модальным интервалом 31-45 лет;
- совокупность Мандала – это 4 женщины и 13 мужчин с зависимостью от алкоголя, а затем первитина и марихуаны и комбинациями их с алкоголем (модальная категория «первитин») в возрасте от 18 до 45 лет с модальным интервалом 18-30 лет.

Для обработки и определения статистической значимости собранных данных и для верификации статистических гипотез был использован метод хи-квадрата для таблиц сопряженности (STATISTICA 6.0 Cz) (**Приложение 2**).

Обработка данных в таблицах производилась посредством простой группировки, причем в нижеприведенном обзоре отражены только первые три выбора по частоте ответов респондентов.

Результаты исследования и их интерпретация

В первой таблице приведены модальная категория и две последующие, самые частотные, категории для каждой из сравниваемых совокупностей, т.е. приведены в нисходящем порядке три наиболее (наилучше) оцененные методы и терапевтические подходы из всех предложенных (на шкале Лайкерта 1-7): фармакотерапия, индивидуальная терапия, групповая терапия, терапия работой, арт-терапия, драматерапия, релаксационные техники.

Драматерапия заняла в обеих совокупностях тождественное третье место. Статистически значимая связь была обнаружена у фармакотерапии ($p < 0,05$), терапии работой ($p < 0,05$) и индивидуальной терапии ($p < 0,01$).

Таблица 1

**Позиция 5 – методы, терапевтические подходы приведены в нисходящем
 порядке по эффективности**

Детокс		Мандала
	Фармакотерапия, терапия работой, релаксационные техники	Групповая психотерапия
	Арт-терапия	Индивидуальная терапия, терапия работой
	Драматерапия	Драматерапия

Из качественной части исследования, осуществленной в форме наблюдения за клиентами во время лечения, разговоров с клиентами в фазах рефлексии на драматерапевтических встречах, а также из формы исследования, основанного на искусстве (творческие рефлексии в ролевой игре), можно извлечь некоторые интерпретации результатов анкетного опроса. В Детоксе клиенты физически утомленные, страдают от абстинентного синдрома, у них отсутствует «охота и сила» к физической деятельности, которая для драматерапии необходима. Поэтому они считают самыми важными фармакотерапию и релаксацию, а затем уже деятельность, при которой от них «требуется немного». Мы полагаем, что арт-терапия в этом отношении является для клиентов в фазе детоксикации менее трудна. Что касается оценки эффективности драматерапии в Мандале, она воспринимается в качестве дополнительной части лечения, направленной на развлечение и совместное переживание в группе. Она осуществляется посредством внештатных терапевтов, и даже больничные персонал не придает ей в рамках психотерапии большого значения.

Вторая таблица сравнивает оценку эффективности драматерапии субъектами из выборочных совокупностей. В отличие от группы Детокс, где модальной категорией является оценка 5 баллов на шкале (на втором месте – 3 балла и на третьем месте – 6 и 7 баллов), в группе с применением среднесрочной драматерапевтической интервенции модальной категорией является самая высокая оценка (7 баллов). Статистически значимая связь не была обнаружена ни у одной категории позиции.

Таблица 2

**Позиция 7 – эффективность драматерапии (баллы на шкале 1 – 7 приведены по
 частоте ответов)**

Детокс	Мандала

	5 баллов	7 баллов
	3 балла	4, 5, 6 баллов
	6, 7 баллов	

Третья таблица показывает модальную категорию и две последующие, самые частые, категории для каждой из сравниваемых совокупностей, т.е. приведены здесь в нисходящем порядке три драматерапевтические техники с наивысшей (наилучшей) оценкой (шкала Лайкерта 1 – 7) из следующих предложенных: импровизация, работа с рассказами, ролевая игра, тренировка образцов желаемого поведения, тренировка невербальной коммуникации, игра с куклой, маски, визуализация и драматизация. Модальная категория и две последующие самые частые показали довольно сбалансированными в обеих совокупностях. Статистически значимая связь была обнаружена только для категории импровизации ($p < 0,05$).

Таблица 3.

Позиция 8 – ДТ-техники приведены с нисходящим порядком по эффективности

	Детокс	Мандала
	Работа с рассказами	Импровизация
	Импровизация	Работа с рассказами
	Ролевая игра	Ролевая игра

Работа с рассказами позволяет опираться на внешние источники поддержки, которые клиентам Детокса нужны. С другой стороны, в фазе психосоциальной реабилитации, происходящей при лечении в сообществе, клиенты хотят найти собственную позицию в своей социальной группе, для чего импровизация служит хорошим средством. Клиенты в Мандале также выражали радость от физической активности, положительно оценивали возможность смеяться и проявлять себя творчески. Данные характеристики импровизации могут являться слишком затруднительными для клиентов Детокса. К тому же, учитывая краткий срок лечения, с некоторыми клиентами даже нельзя добраться до стадии самостоятельной импровизации. Ролевая игра требует сосредоточенности и способности сохранения эстетического расстояния, поэтому в обеих группах применяется менее часто – к участию в ней способны не все клиенты.

Четвёртая таблица показывает сравнение оценок функции драматерапии в процессе лечения, выбор осуществляется из следующих возможностей: лечебная, воспитательная, релаксационная, развлекательная, никакая, другая.

Результаты сравнения обеих совокупностей оказались опять в значительной

степени сбалансированными, модальной категорией в группе Мандала стала, неожиданно для авторов, функция развлекательная, в отличие от краткосрочной интервенции в Детоксе, где драматерапии была приписана функция лечебная.

Последняя категория позиции – другая функция ДТ – являлась открытой («какая»), в анкетах появилась единственная альтернатива: «осознавательная функция» (в группе Детокс).

Статистически значимая связь была обнаружена только у категорий «функция релаксационная» и «функция развлекательная».

Таблица 4

Позиция 9 - функции ДТ приведены в нисходящем порядке по частоте ответов

Детокс	Мандала
Функция ДТ лечебная	Функция ДТ развлекательная
Функция ДТ воспитательная	Функция ДТ лечебная
Функция ДТ развлекательная	Функция ДТ релаксационная

Заключение

После периода воспитательно-образовательной драматерапии клиническая форма данной паратеатральной системы, относящейся к экспрессивным (художественным) терапиям, постепенно находит применение также в области здравоохранения, включая аддиктологию. Целью нашей статьи являлось ознакомить в общих чертах с драматерапевтической интервенцией и ее методами в двух аддиктологических центрах – в Центре вторичной профилактики и лечения зависимостей в Военном госпитале в Оломоуце (Детокс) и в наркореабилитационном отделении 17Б Психиатрической больницы в Кромнержиже (сообщество Мандала). Второй целью являлось ознакомление с результатами анкетного исследования, направленного на сравнение оценок драматерапии клиентами обоих центров.

Хотя исследование не считается репрезентативным (касательно выборочных совокупностей и способа отбора), его значение заключается в новизне предмета исследования и генерализованных для данной выборки высказываниях, показывающих, что отношения клиентов к применению драматерапии в терапевтической схеме (в зависимости от срока осуществляемой ДТ-интервенции) отличались незначительно (см. сравнительные таблицы 1-4). Статистически значимая связь между наблюдаемыми признаками (категориями позиций в анкете) была обнаружена только у небольшого количества признаков (девяти). Подробнее – в Приложении 2.

Что касается позиций, касающихся восприятия клиентами пользы драматерапии (т.е. позиции 10-13, не приведенные в вышеуказанных таблицах) в области отношений в группе, самым позитивным клиенты считали возможность лучше узнать других членов группы, способность ДТ сплотить группу и предоставление простора для решения конфликтов (позиция 10).

В плане ДТ при осваивании новых ролей (позиция 11), клиенты считали позитивными возможность увидеть, какими бы они могли быть, и предоставление возможности понять свою роль в нынешней жизни.

Следующая позиция (позиция 12), отражающая пользу ДТ в области решения конфликтов, показала, что ДТ создает безопасную и плодотворную среду для решения конфликтов и что она предоставляет возможность учиться решить конфликты в форме игры. У позиции, касающейся рефлексии (позиция 13), были позитивно отмечены возможность увидеть самого себя и возможность увидеть себя глазами других членов группы.

Вышеописанное исследование продолжается, сбор данных происходит и будет происходить параллельно с драматерапевтической интервенцией в обоих центрах, поэтапно будут происходить статистическая обработка, оценка и интерпретация данных. Можно предположить, что с нарастающим количеством данных будут обнаружены статистически значимые и интересные связи и различия между оценками наблюдаемых признаков интервенций клиентами в краткосрочной и среднесрочной ДТ программе.

Литература

1. *Emunah R.* Acting for real: Drama Therapy Process, Technique, and Performance. New York: Brunner/Mazel, 1994.
2. *Jennings S.* The Handbook of Dramatherapy. London: New Fetter, 1996.
3. *Johnson D.R.* Introduction to the special issue on creative arts therapies in the treatment of substance abuse. *The Arts in Psychotherapy*, 17(4), 295–298. [http://doi.org/10.1016/0197-4556\(90\)90048-U](http://doi.org/10.1016/0197-4556(90)90048-U), 1990
4. *Johnson L.* Creative therapies in the treatment of addictions: The art of transforming shame. *The Arts in Psychotherapy*, 17(4), 299-308, 1991.
5. *Jones P.* Drama as Therapy. London: Routledge, 1996.
6. *Landy R.* Drama therapy: Concepts and practices. Springfield: C. C. Thomas, 1985.
7. *Landy R.J.* Drama therapy: concepts, theories, and practices (2nd ed). Springfield, Ill: C.C. Thomas, 1994.

8. *Valenta M. Dramaterapie. Praha: GRADA, 2013.*

Приложение 1. Подбор (релевантных тексту) позиций в анкете

5. Какие методы и терапевтические подходы в лечении зависимостей Вы считаете самыми эффективными? (Оцените баллами 1-2-3-4-5-6-7 1 = наименее эффективна, 7 = наиболее эффективна)

- фармакотерапия
- индивидуальная терапия
- групповая психотерапия
- терапия работой
- арт-терапия
- драматерапия
- релаксационные техники

7. Как оцениваете эффективность драматерапии в Вашем лечении? (1-2-3-4-5-6-7 1 = вообще не эффективна, 7 = высоко эффективна)

8. Какие техники драматерапии Вы считаете самыми эффективными? (1-2-3-4-5-6-7 1 = наименее эффективна, 7 = наиболее эффективна)

- импровизация
- работа с рассказами
- ролевая игра
- тренировка образцов желаемого поведения
- невербальная коммуникация
- игра с куклой
- маски
- визуализация и последующая драматизация

9. Какую функцию для Вас исполняет драматерапия?

- лечебную

- воспитательную
- релаксационную
- развлекательную
- никакую
- другую (какую)

10. Как Вы воспринимаете пользу ДТ относительно развития отношений в группе?

- Дает мне возможность лучше узнать других членов группы.
- Предоставляет простор для решения конфликтов.
- Сплачивает группу.
- Вызывает конфликты между членами группы.
- Я не вижу никакой пользы.

11. Как Вы воспринимаете пользу ДТ относительно тренировки новых жизненных ролей?

- Дает мне возможность попробовать лучше новые жизненные роли.
- Помогает мне понять мои роли в нынешней жизни.
- Дает мне возможность увидеть, каким/какой бы я мог(могла) быть.
- Я не хочу изменить свои жизненные роли.
- Я не вижу никакой пользы.

12. Как Вы воспринимаете пользу ДТ в области решения конфликтов?

- Я учусь решать конфликты с холодной головой.
- Я учусь решать конфликты с помощью игры.
- Решение конфликтов в ДТ я считаю беспечным и плодотворным.
- Я могу решать конфликты даже без ДТ.
- Я не вижу никакой пользы.

13. Как Вы воспринимаете пользу ДТ относительно взгляда на свою зависимость?

- ДТ помогает мне увидеть самого себя.
- ДТ дает мне возможность увидеть себя глазами группы.
- С помощью взгляда на мою проблему я ищу новые решения.
- Свою проблему я вижу даже и без ДТ.
- Я не вижу никакой пользы.

Приложение 2. Обзор статистически значимых связей для категорий позиций в анкете

Вопрос	Категория	$\chi^2_{(0,05)}$	$\chi^2_{\text{крит}(0,01)}$ (0,01)
5.	Фармокотерапия	+	-
5.	Индивидуальная терапия	+	-
5.	Терапия работой	+	-
8.	Импровизация	+	-
9.	Релаксационная функция ДТ	+	+
9.	Развлекательная функция ДТ	+	+
10.	ДТ дает мне возможность лучше узнать других членов группы	+	-
10.	ДТ сплачивает группу	+	+
11.	ДТ дает мне возможность увидеть, каким/какой бы я мог/ла быть	+	+

Comparison of the Effectiveness of Dramatherapy for Clients with Addiction under Treatment

Valenta M.,

Full professor Faculty of Education UP Olomouc, Head of Dept. of expressive therapy, Olomouc, Czech Republic, Valenta22@klikni.cz

Krahulcova Ch.,

Bachelor, master, Ph.D. student, Institute of special pedagogics, UP Olomouc, Olomouc, Czech Republic, keenka@centrum.cz

Lištiakova I.,

Ph.D., Palacky University, Olomouc, Czech Republic, vana.listiakova@gmail.com

This paper introduces the means of dramatherapy intervention at two sites - at the Centre for secondary prevention and treatment of addictions Military Hospital in Olomouc and Toxicological rehabilitation department 17B (community Mandala) Psychiatric Hospital in Kroměříž. The first workplace has a detoxifying and short-term intervention program (month), while the Mandala is implemented medium-term dramatherapy program (up to a half-year). The second part gives the results of the investigation, which was focused on finding differences (relations) between the client and the perception of the benefits of the concept dramatherapy intervention at the aforementioned sites - investigation did not show differences between evaluation intervention customers of both institutions.

Keywords: dramatherapy, addictology, client with addiction, play the role, improvisation, nonverbal communication, research.

References

1. *Emunah R.* Acting for real: Drama Therapy Process, Technique, and Performance. New York: Brunner/Mazel, 1994.
2. *Jennings S.* The Handbook of Dramatherapy. London: New Fetter, 1996.
3. *Johnson D.R.* Introduction to the special issue on creative arts therapies in the treatment of substance abuse. *The Arts in Psychotherapy*, 17(4), 295–298. [http://doi.org/10.1016/0197-4556\(90\)90048-U](http://doi.org/10.1016/0197-4556(90)90048-U), 1990

Валента М, Крагулцова К., Листьякова И. Сравнение
эффективности драматерапии у клиентов с
наркозасисимостью в лечении
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 4. С. 61–78.

Valenta M., Krahulcova Ch., Lištiakova I. Comparison of
the Effectiveness of Dramatherapy for Clients with
Addiction under Treatment
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 4, pp. 61–78.

4. *Johnson L.* Creative therapies in the treatment of addictions: The art of transforming shame. *The Arts in Psychotherapy*, 17(4), 299-308, 1991.
5. *Jones P.* Drama as Therapy. London: Routledge, 1996.
6. *Landy R.* Drama therapy: Concepts and practices. Springfield: C. C. Thomas, 1985.
7. *Landy R.J.* Drama therapy: concepts, theories, and practices (2nd ed). Springfield, Ill: C.C. Thomas, 1994.
8. *Valenta M.* Dramaterapie. Praha: GRADA, 2013.

Инклюзия в учебных группах, социальная реадаптация и реабилитация посредством психотехнологии микрогрупп

Донцов Д.А.,

кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры социальной и общей психологии, ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», Москва, Россия, dontsov-junior@bk.ru

Донцова М.В.,

кандидат психологических наук, психолог первой категории участкового отдела «Можайский» ГБУ г. Москвы «Московская служба психологической помощи населению», Москва, Россия, m.dontsova@gmail.com

Сенкевич Л.В.,

кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры психологии труда и служебной деятельности, ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», заведующая кафедрой клинической и коррекционной психологии, ФГБОУ ВПО «ГКА им. Маймонида», Москва, Россия, lvsenkevich@mail.ru

Статья посвящена обоснованию современной психолого-педагогической парадигмы методов интерактивного обучения и развития личности школьников, старшеклассников, студентов и других категорий обучающихся в целостном образовательном и социально-развивающем процессе. В статье раскрывается микрогрупповая технология, подразумевающая, в частности, в качестве универсального средства осуществления инклюзивного образования и социальной реабилитации разновозрастных и разных по состоянию здоровья категорий людей в интерактивных формах, включая деятельность, проводимую с лицами пожилого возраста в центрах социального обслуживания. Разработка психокоррекционных и адаптационно-реабилитационных программ с помощью микрогруппового метода предполагает опору на принцип адекватности используемых технологий целям и задачам программы; принцип системности, то есть охвата познавательной, личностной и поведенческой сфер участников программы; принцип целостности, то есть применения разнообразных и вариативных психокоррекционных и реабилитационных методов и технологий в каждой программе; принцип соответствия предлагаемых методов и технологий возрастным особенностям, уровням интеллектуального и речевого развития, а также специфике ограничения возможностей здоровья участников программы.

Ключевые слова: дети и подростки с ограниченными возможностями здоровья, дети и подростки с особыми потребностями в обучении, пожилые люди, психолого-педагогические условия, микрогрупповой подход, малые группы, внутригрупповое взаимодействие, инклюзия.

Для цитаты:

Донцов Д.А., Донцова М.В., Сенкевич Л.В. Инклюзия в учебных группах, социальная реадaptация и реабилитация посредством психотехнологии микрогрупп [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 4. С. 79-91 doi: 10.17759/psyclin.2015040406

For citation:

Dontsov D.A., Dontsova M.V., Senkevich L.V. Inclusion in the Study Groups, the Social Readaptation and Rehabilitation by Psychological Technology of Microgroups [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2015, vol. 4, no. 4, pp. 79-91 doi: 10.17759/psycljn.2015040406 (In Russ., abstr. in Engl.)

«...Появившись на свет, есть, дышать, радоваться и горевать приходится самостоятельно. И радостей почему-то всегда оказывается меньше, чем мы достойны, а горестей – больше, чем заслуживаем. И возникает вопрос: у всех ли так?»

А. И. Донцов

Применение социально-психологических и психолого-педагогических технологий в работе с различными категориями обучающихся даёт возможность для создания в средних, средних специальных и высших учебных заведениях оптимальных образовательных условий для продуктивного обучения и развития личности школьников и студентов, для их всестороннего личностного формирования и становления. Здесь, по нашему мнению, одну из ведущих ролей играют применяемые в целостном педагогическом процессе методы активного (интерактивного) обучения [1]; [4]; [5]; [6].

Интерактивные методы и методики могут и должны применяться как в рамках инклюзивного образования, так и в процессе проведения любой психолого-педагогической и социально-психологической работы с разными категориями обучающихся, в том числе с детьми, подростками, юношами с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), с особыми потребностями в обучении. Также интерактивные технологии должны адекватно применяться в профессиональной

психолого-педагогической и в социально-психологической деятельности с людьми зрелого и пожилого возраста, имеющими ОВЗ [1]; [2]; [4]; [5]; [6]; [7]; [9]; [10].

Интерактивные технологии можно и нужно применять также в ходе психолого-развивающей работы с разновозрастными категориями лиц, посещающих центры социального обслуживания (ЦСО) и другие подобного рода учреждения. В данном контексте указанные технологии становятся подлинно реабилитационными в плане развития личности, формирования коммуникативных навыков, раскрытия творческого потенциала людей, имеющих ОВЗ и особые потребности в обучении и развитии. В этом смысле используемые коммуникационные технологии являются ещё и психосоциальными технологиями реабилитации, реадaptации, ресоциализации [1]; [2]; [4]; [5]; [6]; [7]; [9]; [10]; [11].

Представляется достаточно полезным разработанный нами на основе классических психолого-педагогических технологий и методов активного обучения особый микрогрупповой подход – метод микрогрупп, который может быть применен в работе с различными категориями и группами обучающихся, а также в процессе разного рода ресоциализационной и реабилитационной психологической и социальной деятельности. [2]; [4]; [9]; [10].

Под классическими психолого-педагогическими технологиями и методами интерактивного обучения мы имеем в виду *так называемый сократовский метод («задавание вопросов»), метод развивающего обучения, метод словесного обучения, метод проблемного обучения, метод проектов, метод наблюдения, метод диалога, метод интроспективного анализа и т.д.* [1]; [2]; [3]; [4]; [5]; [6]; [7]; [8]; [12].

Здесь мы дадим краткие смысловые определения тех классических методов, которые мы предлагаем коллегам повсеместно и широко применять в инклюзивном образовательном и развивающем процессе.

1. **Метод словесного обучения** является собой дидактическое средство (рассказ, беседа, объяснение), активизирующее познавательную и практическую деятельность обучаемых.
2. **Метод проблемного обучения** осуществляется путём создания как будто бы проблемной ситуации (применяемые приёмы – проблемные вопросы, так называемые эвристическая беседа, полимотивирование), а в основе предлагаемой проблемной ситуации лежит некое смысловое противоречие.
3. **Метод проектов** развивает умения и навыки научно-практической исследовательской деятельности (сферой исследования может быть любая психолого-педагогическая проблема); при этом преподаватель (руководитель) целенаправленно проводит в жизнь имеющуюся программу профессионально-личностного развития.

4. **Метод наблюдения** – целенаправленный сбор информации, системное восприятие психических состояний и психологических свойств личности, производящееся путём наблюдения за вербальными и невербальными реакциями и проявлениями человека.
5. **Метод диалога** – истинно диалоговое общение, предполагающее равенство позиций участников и выражающееся в активной роли обучающихся и обучаемых в образовательном процессе; при этом субъекты равноправны, а процессы познания происходят во взаимодействии путём совместного познания окружающих явлений в ходе интенсивного общения, коммуникации и интеракции – через совместную деятельность, взаимопознание и взаимопонимание.
6. **Метод интроспективного анализа** помогает обучающимся осознавать свои проявления в жизни и деятельности не как производные от внешних обстоятельств, а как состояния собственного «Я». Исследованию подвергаются собственная деятельность, поведение, характер своих взаимоотношений с людьми, качества собственной личности и др. Основным приёмом развития интроспекции и рефлексии являются полимотивированные вопросы, побуждающие человека осуществлять по отношению к самому себе исследовательскую (познавательную) деятельность.

Итак, проанализируем в деталях психолого-педагогическую и психосоциальную технологию микрогрупп. Метод микрогрупп – это комплексный метод (способ) активного (интерактивного) обучения, полезный и эффективный в ходе проведения семинаров и практических занятий, а также развивающих социально-психологических занятий любого рода, проводимых в малых группах. Метод микрогрупп применяется нами в психолого-педагогической и психосоциальной деятельности со студентами и слушателями как способ коммуникации и получения обратной связи в процессе преподавания разнообразных учебных дисциплин, в ходе проведения занятий во всех возможных формах очного образования. Мы используем технологию микрогрупп с целью непосредственного осуществления обучения в интенсивных, коммуникативно-познавательных формах. Мы свидетельствуем также, что наши разновозрастные обучающиеся и подопечные (клиенты) с особыми потребностями в обучении, с ОВЗ с удовольствием и радостью принимают участие в занятиях, осуществляемых посредством технологии микрогрупп. Таким образом, наши обучаемые и клиенты развивают свои коммуникативные навыки, а также эффективно интегрируются в свои учебные коллективы, группы дневного пребывания и т.д. [1]; [2]; [4]; [5]; [6]; [7]; [8]; [9]; [10]; [11]; [12].

Метод микрогрупп как способ проведения практических занятий, семинаров, коллоквиумов, обсуждений, групповой работы

Технология микрогрупп осуществляется в качестве активного (интерактивного) метода обучения и развития, используется в ходе проведения любого семинарского, практического, развивающего занятия.

Метод микрогрупп применяется после подробного теоретического (лекционного, консультативного, просветительского) рассмотрения с группой обучающихся или клиентов одной информационно содержательной темы и/или нескольких информационных тем, содержательно объединённых в общий смысловой раздел.

Микрогрупповой способ проведения каких-либо тематических занятий показан, начиная с младшего школьного возраста и заканчивая старческим возрастом.

Состояние здоровья и физические возможности людей при проведении занятий посредством микрогрупповой технологии практически не значимы.

Микрогрупповой подход реализуется посредством следующей психотехнологии. Группа людей из 15-30 человек делится на 3-7 микрогрупп по 3-8 человек в каждой. Каждая из микрогрупп выполняет специфическое (специальное, отдельное) задание.

На каждое конкретное смысловое задание, на каждую содержательную форму, в которой опредмечивается данный метод, отводится от 5 до 40 минут на подготовку – в зависимости от сложности выполняемого задания, количества участников микрогруппы и контекстной ситуации смыслового взаимодействия.

Одна и та же микрогруппа, или малая группа в 6-8 человек общего состава (если людей в целом немного), в некоторых случаях может выполнять несколько творческих заданий.

Деятельное творческое участие лица, ведущего занятие (преподавателя, консультанта, психолога, педагога-психолога, социального педагога, специалиста по социальной работе, реабилитолога и т.д.) во всём процессе, включая подготовительную работу микрогрупп, выполняющих разнообразные задания, настоятельно рекомендуется и является условием эффективности проводимого посредством метода микрогрупп занятия.

Общее время каждого такого рода занятия – 1-2 академических часа, в зависимости от объёма пройденного (рассмотренного, обсуждённого, осмысленного, пережитого) и прорабатываемого материала (содержательного раздела, информационной темы и т.п.), от заданной временной ситуации и от физических, психологических и социальных особенностей участников той группы, с которой проводится занятие подобного рода.

Формы осуществления метода микрогрупп

Тезисы. Микрогруппа составляет тезисы по всему пройденному (изученному) на данный момент информационному материалу.

Как правило, оговаривается количество тезисов (не больше 6–8).

Обучающимся (клиентам) разъясняется, что тезис в данном случае – это повествовательное предложение (информационно насыщенная фраза), состоящая из 8-12 слов (т.е. предложение должно хорошо восприниматься на слух), заключающее в себе достаточно большой конкретно-фактический объём информации.

Основная содержательная задача данной микрогруппы – не дробить знаемую ими информацию, а наоборот укрупнять (синтезировать) её. В тезисах по возможности необходимо обойтись без простого перечисления фактов, кроме того, тезисы не должны носить характера прямых определений каких-либо терминов или понятий.

Все тезисы должны быть логически объединены общим смысловым контекстом – в соответствии с рассмотренным ранее материалом.

Понятия и термины. Микрогруппа по всему пройденному (усвоенному) на текущий момент информационному материалу составляет тезаурус (терминологический понятийный словарь).

При выполнении этого задания в первом случае выбираются термины и/или понятия из рассмотренного ранее материала и даётся их краткое определение или характеристика.

Для возможного усложнения задания во втором случае микрогруппе предлагается выбрать из всего проанализированного ранее материала 10-15 терминов и понятий в качестве самых важных (основных), а затем объяснить (доказать), почему именно эти термины или понятия являются таковыми.

Схема. Микрогруппа по всему пройденному (осмысленному) на настоящее время материалу составляет одну схему. Схема может быть подробной или краткой, что оговаривается ведущим заранее. В любом случае, схема должна состоять из ряда структурных блоков.

Каждый из блоков должен включать в себя одно, максимум – два слова (понятия), что тоже оговаривается предварительно. Блоки должны быть соединены стрелками (одно- или разнонаправленными) с другими структурными блоками.

Обращается внимание на логику построения схемы из нескольких блоков и на корректность представленных блоков (например, по широте-узости охвата содержания информации и т.д.).

Символ. Микрогруппа весь пройденный (проанализированный) ранее информационный материал должна отразить в символической форме. Это может быть рисунок, геометрическая фигура, какой-либо сложный знак; символ может выглядеть как лейбл и т.д.

При этом нельзя использовать какие-либо надписи, буквенные обозначения. Символ может состоять из нескольких частей (желательно, логически связанных друг с другом), но при этом символ должен иметь единое (объединяющее) смысловое начало и связное информационное графическое (рисуночное) содержание.

Поэты. Микрогруппа весь пройденный (интериоризированный) информационный материал должна отразить в виде четверостиший (как вариант – двустиший).

Если у обучающихся (клиентов) не складываются рифмованные строки, то допускается (но не приветствуется) белый стих.

Количество четверостиший (двустыший) не ограничено – важно, чтобы в них была наиболее полно отражена смысловая суть проработанного ранее материала (части материала).

Обучающий и развивающий эффект, помимо прочего, в данном случае достигается ритмизацией и смысловым повторением материала, звучащего в стихотворной форме.

Артисты. Микрогруппа по всему пройденному (изученному) материалу разрабатывает (составляет) сценарий, распределяя при этом внутри своей микрогруппы различные роли, репетируя своё выступление и представляя затем весь пройденный материал (его основное содержание) в виде миниспектакля.

В данном случае можно увеличивать время на подготовку до 30-40 минут, если этот вариант технологии микрогрупп используется в отдельно взятой малой группе в целом.

Эксперты. Одна из микрогрупп содержательно комментирует выступление других микрогрупп (микрокоманд обучающихся, клиентов, выполняющих одно или несколько из приведённых выше творческих заданий), задаёт уточняющие вопросы и высказывает своё экспертное мнение.

В некоторых ситуациях допускается выступление данной микрогруппы в качестве прокуроров, когда члены этой микрогруппы содержательно критикуют работу других команд – что обычно не приветствуется. Эксперты, как правило, осуществляют конструктивную критику, предлагают, возможно, свои варианты тезисов, понятий, схем, символов и т.д.

Подразумевается, что члены этой микрогруппы (эксперты) уже хорошо усвоили полученный ранее информационный материал и на текущий момент могут свободно в нём ориентироваться (что до этого уже доказали).

Заключение

Итак, подчеркнём самые важные особенности проведения занятий по методу микрогрупп.

В зависимости от числа лиц, присутствующих на занятии, количество микрогрупп и число участников каждой микрогруппы может варьироваться.

На подготовку каждой из микрогрупп может отводиться от 5 до 40 минут времени – в зависимости от количества и содержательного объёма выполняемых данной микрогруппой творческих заданий, а также от физических, психологических и социальных характеристик участников. В случаях осуществления занятия посредством не одной, а нескольких вариаций технологии микрогрупп, время на подготовку для всех микрогрупп должно быть унифицировано (едино).

Задания раздаются и объясняются ведущим в начале занятия по очереди всем микрогруппам.

Те микрогруппы, которые занимаются схемой и символом, должны обязательно перенести их на доску для всеобщего обозрения (особенно – для микрогруппы экспертов).

Приветствуется использование соответствующей мультимедийной техники, что позволяет эффективно отображать тезисы, понятия, схемы, символы и т.д.

Деятельное творческое участие во всём описанном выше процессе ведущего, включая его помощь каждой микрогруппе в ходе подготовки (выполнения задания), настоятельно рекомендуется и является условием результативности проводимого занятия.

Перед началом проверки выполнения заданий ведущему необходимо убедиться в том, что все микрогруппы выполнили задания и могут эффективно слушать и понимать друг друга, так как в данном случае психолого-педагогический и социально-психологический эффект от занятия многократно повышается.

Участники микрогрупп самостоятельно выбирают того (тех), кто будет озвучивать проделанную ими работу от лица данной конкретной микрогруппы. В особых случаях это делает сам ведущий.

Выступления представителей микрогрупп начинаются в той последовательности, в которой давались задания, и производятся в заданном заранее порядке (по предварительной договорённости) или же осуществляются по

желанию (тем не менее все микрогруппы должны уже к этому моменту завершить выполнение своего задания).

Микрогруппа экспертов в процессе осуществления докладов подробно анализирует все выступления и после каждого доклада содержательно (и, что весьма желательно, с акцентом на достижениях) комментирует выступление каждого представителя микрогрупп и выполнение задания каждой из других микрогрупп в целом.

Положительные эффекты микрогрупповой технологии происходят и имеют место в силу того, что обучающиеся или клиенты ещё раз обобщают и воспроизводят пройденный (рассмотренный, проговоренный, осмысленный) ранее информационный материал.

При этом задействуются зрительные, слуховые и двигательные каналы восприятия и усвоения информации; наряду с этим создаются условия для эффективности мнемических приёмов запоминания.

Особо отметим, что метод микрогрупп может применяться как дополнение к основополагающим психолого-педагогическим и психосоциальным методам и в условиях инклюзивного образования, а также в работе с учащимися с особыми потребностями в обучении, в работе с обучающимися или клиентами с ОВЗ [2]; [7]; [9]; [10], а также в условиях закрытых образовательных и воспитательных учреждений [6].

Подчеркнём, что для осуществления на практике метода микрогрупп, ведущий занятия (преподаватель, психолог, реабилитолог и т.д.) должен обладать определённым авторитетом. Термином «авторитет», согласно мнению М. Ю. Кондратьева, обозначается «... внутреннее признание окружающими за индивидом права на принятие ответственного решения в условиях значимой совместной деятельности» [6, 103].

Литература

1. Базаркина И.Н., Донцов Д.А., Донцова М.В., Сокурено М.Б. Социально-психологические эффекты общения, влияние их на взаимодействие и применение их в обучении // Вестник практической психологии образования, № 4 (37). М., 2013. С. 82-89.

2. Бонкало Т.И., Цыганкова М.Н. Особенности профессионального самоопределения старшеклассников с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования // Учёные записки Российского государственного социального университета. 2015. Т. 14. № 1 (128). С. 52-59.

Донцов Д.А., Донцова М.В., Сенкевич Л.В. Инклюзия в учебных группах, социальная реадaptация и реабилитация посредством психотехнологии микрогрупп
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 4. С. 79–91.

Dontsov D.A., Dontsova M.V., Senkevich L.V. Inclusion in the Study Groups, the Social Readaptation and Rehabilitation by Psychological Technology of Microgroups
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 4, pp. 79–91.

3. Донцов А.И. Феномен зависти: Homo invidens? / Александр Донцов. М.: ЭКСМО, 2014. 512 с.
4. Донцов А.И., Донцов Д.А., Донцова М.В. Минигрупповой подход (метод минигрупп) как способ активного обучения старшеклассников и студентов // Вестник практической психологии образования, рубрика «Психология обучения», № 1 (30). М., 2012. С. 62-65.
5. Коломинский Я.Л. Социальная психология взаимоотношений в малых группах. Учебное пособие для психологов, педагогов, социологов. М.: АСТ, 2010.
6. Кондратьев М.Ю. Социальная психология закрытых образовательных учреждений. СПб.: Питер, 2005.
7. Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях // Культурно-историческая психология. 2015. Т. 11, № 1. С. 50-60.
8. Куликов Л.В., Сенкевич Л.В., Донцов Д.А., Донцова М.В., Поляков Е.А., Шарагин В.И. Психология эмоций и чувств [Текст] : коллективная монография / Л.В. Куликов, Д.А. Донцов. Воронеж: Издательско-полиграфический центр «Научная книга», 2014. 192 с.
9. Сенкевич Л.В., Орешкина А.С. Искажение мотивационно-потребностной и ценностно-смысловой сфер в юношеском возрасте при суицидальном поведении // Вестник Академии права и управления. 2015. № 2 (39). С. 74-86.
10. Сенкевич Л.В., Шагидаева А.Б. Переживание старости в условиях семьи и геронтологического центра (в Москве и Грозном) // Российский научный журнал. 2015. № 1 (44). С. 204-217.
11. Сенкевич Л.В., Шагидаева А.Б. Отношение к смерти пожилых людей, живущих в разных условиях // Учёные записки Российского государственного социального университета. М.: Российский государственный социальный университет. 2014. № 2 (124). С. 67-72.
12. Сенкевич Л.В., Донцов Д.А., Донцова М.В., Поляков Е.А., Шарагин В.И. Механизмы психологической защиты личности [Текст]: коллективная монография / Л.В. Сенкевич, Д.А. Донцов. Воронеж: Издательско-полиграфический центр «Научная книга», 2014. 158 с.

Inclusion in the Study Groups, the Social Readaptation and Rehabilitation by Psychological Technology of Microgroups

Dontsov D.A.,

Ph.D. in Psychology, associate professor, associate professor of the Department of Social and General Psychology of the Faculty of Psychology, Social Medicine and Adaptation-Rehabilitation Technologies of Russian State Social University, Moscow, Russia, dontsov-junior@bk.ru

Dontsova M.V.,

Ph.D. in Psychology, category 1 psychologist. "Moscow office of psychological assistance to the population", district department "Mozhajskij", Moscow, Russia, m.dontsova@gmail.com

Senkevich L.V.,

Ph.D. in Psychology, associate professor, associate professor of the Department of Psychology of Labour and Official Activity of the Faculty of Psychology, Social Medicine and Adaptation-Rehabilitation Technologies of Russian State Social University, Moscow, Russia, lvsenkevich@mail.ru

The article is devoted to the justification of modern psycho-pedagogical paradigms of interactive methods of training and personal development of schoolchildren, seniors, students and other categories of students in a holistic educational and socio-developing process. The article reveals microgroups technology implies, in particular, as a universal means of implementation of inclusive education and social rehabilitation of different ages and of different health categories of people in interactive forms, including activities carried out with the elderly in social service centers. Development and adaptive psycho-rehabilitation programs using the method microgroups involves reliance on the principle of adequacy of the technology targets and objectives of the program, the systems principle, which means that coverage of all sides of the cognitive, behavioral and personal spheres of program participants; the principle of integrity, that is, the use of various and diverse psychocorrectional and rehabilitation methods and technologies in each program; principle of conformity of the proposed methods and technologies of the age peculiarities, the level of intellectual and language development, as well as the specifics of the features of the limited possibilities of health of program participants.

Keywords: children and adolescents with disabilities, children and adolescents with special needs in education, the elderly, psychological and pedagogical conditions, the microgroups approach, small groups, intra-group interaction, inclusion

References

1. *Bazarkina I.N., Doncov D.A., Doncova M.V., Sokurenko M.B.* Social'no-psihologicheskie efekty obscheniya, vliyanie ih na vzaimodeistvie i primeneniye ih v obuchenii // Vestnik prakticheskoi psihologii obrazovaniya, № 4 (37). M., 2013. S. 82-89.
2. *Bonkalo T.I., Cygankova M.N.* Osobennosti professional'nogo samoopredeleniya starsheklassnikov s ogranichennymi vozmojnostyami zdorov'ya v usloviyah inklyuzivnogo obrazovaniya // Uchenye zapiski Rossiiskogo gosudarstvennogo social'nogo universiteta. 2015. T. 14. № 1 (128). S. 52-59.
3. *Doncov A.I.* Fenomen zavisti: Homo invidens? / Aleksandr Doncov. M.: EKSMO, 2014. 512 s.
4. *Doncov A.I., Doncov D.A., Doncova M.V.* Minigruppovoi podhod (metod minigrupp) kak sposob aktivnogo obucheniya starsheklassnikov i studentov // Vestnik prakticheskoi psihologii obrazovaniya, rubrika «Psihologiya obucheniya», № 1 (30). M., 2012. S. 62-65.
5. *Kolominskii Ya.L.* Social'naya psihologiya vzaimootnoshenii v malyh gruppah. Uchebnoe posobie dlya psihologov, pedagogov, sociologov. M.: AST, 2010.
6. *Kondrat'ev M.Yu.* Social'naya psihologiya zakrytyh obrazovatel'nyh uchrejdenii. SPb.: Piter, 2005.
7. *Kulagina I.Yu., Senkevich L.V.* Reabilitacionnyi potencial lichnosti pri razlichnyh hronicheskikh zabolovaniyah // Kul'turno-istoricheskaya psihologiya. 2015. T. 11, № 1. S. 50-60.
8. *Kulikov L.V., Senkevich L.V., Doncov D.A., Doncova M.V., Polyakov E.A., Sharagin V.I.* Psihologiya emocii i chuvstv [Tekst] : kollektivnaya monografiya / L.V. Kulikov, D.A. Doncov. Voronej: Izdatel'sko-poligraficheskii centr «Nauchnaya kniga», 2014. 192 s.
9. *Senkevich L.V., Oreshkina A.S.* Iskajenie motivacionno-potrebnostnoi i cennostno-smyslovoi sfer v yunosheskom vozraste pri suicidal'nom povedenii // Vestnik Akademii prava i upravleniya. 2015. № 2 (39). S. 74-86.
10. *Senkevich L.V., Shagidaeva A.B.* Perejivanie starosti v usloviyah sem'i i gerontologicheskogo centra (v Moskve i Groznom) // Rossiiskii nauchnyi jurnal. 2015. № 1 (44). S. 204-217.

Донцов Д.А., Донцова М.В., Сенкевич Л.В. Инклюзия в учебных группах, социальная реадaptация и реабилитация посредством психотехнологии микрогрупп
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 4. С. 79–91.

*Dontsov D.A., Dontsova M.V., Senkevich L.V. Inclusion in the Study Groups, the Social Readaptation and Rehabilitation by Psychological Technology of Microgroups
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 4, pp. 79–91.*

11. *Senkevich L.V., Shagidaeva A.B. Otnoshenie k smerti pojilyh lyudei, jivuschih v raznyh usloviyah // Uchenye zapiski Rossiiskogo gosudarstvennogo social'nogo universiteta. M.: Rossiiskii gosudarstvennyi social'nyi universitet. 2014. № 2 (124). S. 67-72.*

12. *Senkevich L.V., Doncov D.A., Doncova M.V., Polyakov E.A., Sharagin V.I. Mehanizmy psihologicheskoi zaschity lichnosti [Tekst]: kollektivnaya monografiya / L.V. Senkevich, D.A. Doncov. Voronej: Izdatel'sko-poligraficheskii centr «Nauchnaya kniga», 2014. 158 s.*

Рецензия на книгу М.Ю. Кондратьева «Отечественное профессиональное психологическое сообщество. Штрихи к портрету поколения: персоналии, события, проблемы»

Кочетков Н.В.,

кандидат психологических наук, доцент кафедры теоретических основ социальной психологии, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, nkochetkov@mail.ru

Представленная рецензия написана на последнюю книгу М. Ю. Кондратьева, посвященную событиям, разворачивающимся в 70-х-90-х гг. XX века в психологическом сообществе в целом и в Академии педагогических наук СССР, Психологическом институте Российской академии образования в частности. В рецензии говорится об актуальности данного издания в настоящее время, подчеркивается его значимость для современного студенчества. Особый акцент делается на своего рода субъектификацию классиков отечественной психологии, зачастую знакомых нынешнему поколению молодых специалистов только в виде написанных текстов и кратких биографий. Рецензия содержит сжатое описание трех частей книги М. Ю. Кондратьева, а также впечатление от них, затрагиваются как общие, так и частные вопросы, поставленные в тексте, приводятся примеры из него, наиболее ярко иллюстрирующие общую стилистику.

Ключевые слова: мемуары, психологическое сообщество, социальная психология, Психологический институт РАО, Академия педагогических наук СССР.

Для цитаты:

Кочетков Н.В. Рецензия на книгу М.Ю. Кондратьева «Отечественное профессиональное психологическое сообщество. Штрихи к портрету поколения: персоналии, события, проблемы» [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 4. С. 92-101 doi: 10.17759/psyclin.2015040407

For citation:

Кочетков Н.В. Рецензия на книгу М.Ю. Кондратьева «Отечественное профессиональное психологическое сообщество. Штрихи к портрету поколения: персоналии, события, проблемы»
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 4. С. 92–101.

Kochetkov N.V. Book Review. Kondratiev M.Y. "Domestic Professional Psychological Community. The Portrait of a Generation: Personalities, Events, Issues" Clinical Psychology and Special Education 2015, vol. 4, no. 4, pp. 92–101.

Kochetkov N.V. Book Review. Kondratiev M.Y. "Domestic Professional Psychological Community. The Portrait of a Generation: Personalities, Events, Issues" [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2015, vol. 4, no. 4, pp. 92-101 doi: 10.17759/psycljn.2015040407 (In Russ., abstr. in Engl.)

Писать рецензии на хорошие книги всегда приятно. С одной стороны, рецензент имеет возможность сделать публичный реверанс автору, с другой, если можно так выразиться, дает возможность побыть в тени славы произведения. Данная рецензия лишена этих психологических выгод в силу того, что написана на посмертное издание, тематика и содержание которого не оставляет пространства для критики. Да и сам автор рецензируемой книги вряд ли нуждался бы в каких-либо отзывах, ибо никогда не ориентировался на чужое мнение, живя по собственным жестким принципам, один из которых заключался в том, что личность определяется не регалиями и титулами, а поступками, силой воли, трудолюбием. Именно в силу отсутствия ориентации на внешнюю картинку, на идеальной визитной карточке автора книги, с его собственной точки зрения, должно было быть написано просто: «Кондратьев Михаил Юрьевич». Любому человеку после первого же знакомства становился понятен масштаб его личности, который просто несоизмерим с полученными им званиями и наградами, одно перечисление которых заняло бы значительное место данного текста. Исходя из обозначенной логики, эта рецензия могла бы стать самой короткой в библиографии ее автора и звучать просто: «Вышла новая книга М. Ю. Кондратьева "Отечественное профессиональное психологическое сообщество. Штрихи к портрету поколения: персоналии, события, проблемы"». Но позволю себе поделиться впечатлениями от прочтения для затравки потенциальных читателей, кои, уверен, найдутся не только в психологическом сообществе, но и за его пределами.



Кочетков Н.В. Рецензия на книгу М.Ю. Кондратьева «Отечественное профессиональное психологическое сообщество. Штрихи к портрету поколения: персоналии, события, проблемы» Клиническая и специальная психология 2015. Том 4. № 4. С. 92–101.

Kochetkov N.V. Book Review. Kondratiev M.Y. "Domestic Professional Psychological Community. The Portrait of a Generation: Personalities, Events, Issues" Clinical Psychology and Special Education 2015, vol. 4, no. 4, pp. 92–101.

Надо отметить, что в отечественной науке крайне скупо представлена традиция публиковать жизнеописания известных персоналий. И если, скажем, в США существует справочник «Американские мужчины и женщины науки» («American Men and Women of Science»), который печатается аж с 1906 года и включает красочные биографии ученых за последнее столетие, то в России можно отметить довольно сухие статьи в энциклопедиях, а также ряд подборок в отраслевых изданиях, которые известны в основном лишь кругу профессионалов. Исключение составляют отдельные личности, жизни которых посвящены целые книги, и те, кто оставил после себя автобиографию (как, например, А. Р. Лурия). Если говорить про психологическое сообщество, то оно, конечно, может похвастаться, такими сборниками как «Выдающиеся психологи Москвы» [2], «История психологии в лицах. Персоналии» [3], биографиями Л. С. Выготского [1], А. Н. Леонтьева [5], Н. А. Менчинской [10], воспоминаниями А. В. Петровского [7] и Д. И. Фельдштейна [9], собранием научно-биографических очерков С. С. Степанова [8]... Но этого явно недостаточно, чтобы нарисовать законченный фон, на котором происходило становление и развитие отечественной психологической науки.

Книга М. Ю. Кондратьева занимает в этом ряду особую нишу, представляя собой красочные воспоминания очевидца событий, разворачивающихся в 70-х-90-х гг. XX века в Академии педагогических наук СССР, Психологическом институте Российской академии образования. В ней вы не найдете психологических выкладок, сухих биографических сведений или перечисления научных открытий, сделанных тем или иным персонажем. Конечно же, возникает вопрос – для чего нужны довольно эклектичные, крайне субъективные воспоминания? И кому это может быть интересно, кроме очень узкого круга друзей и знакомых? Ответ на него дает сам автор: «Совершенно убежден в том, что именно и только совокупность множества разнообразных субъективных взглядов на эту реальность когда-нибудь и позволит восстановить живую историю становления профессионального психологического сообщества в России. И еще об одном немаловажном обстоятельстве – только через многообразные "я" возможно понять, кем в действительности являемся "мы", и только осознав, что есть "мы", достижимо хотя бы относительно адекватно прояснить для самого себя, кто есть "я"» [4, 175].

С уверенностью скажу, что книга вызовет приятные ностальгические воспоминания у очевидцев того времени и живой интерес у тех, кто не застал его лично. Она может быть полезна людям, увлекающимся историей науки и любителям хорошего юмора. И, конечно же, всем тем, кому небезразлична психология.

Отдельно я бы порекомендовал книгу «Отечественное профессиональное психологическое сообщество...» современному студенчеству. В настоящее время вектор изменений в образовательном пространстве направлен на своего рода десубъектификацию как педагогов, так и учащихся. Не будем сейчас подробно говорить о механизмах, приводящих к этому совсем нерадостному факту – широком распространении тестовых форм контроля в пику устным испытаниям, сокращении аудиторных часов и т.п. Главное, что за этими изменениями от нынешних студентов

скрывается совсем другая сторона образования, которая заключается не в «знаниевой накачке», а в личностном влиянии тех, кого принято было называть Учителями, в той эмоционально заряженной атмосфере, которая служила фоном для учебного процесса и опорой мотивации к нему. Не зря в «Методологических тетрадах» А. Н. Леонтьева звучит мысль: «Педагогику (как и психологию!) нельзя строить равнодушно, потому что это – наука о человеке, а человек не прощает равнодушного к себе отношения» [6, 253].

Книга М. Ю. Кондратьева – о живых людях. Людях, которые творили, создавали, ошибались, предавали... Эти истории однозначно дают понять чем человек-личность отличается от человека-функции, как малые, очень короткие и незначительные, на первый взгляд, эпизоды из жизни откладываются в памяти и влияют потом на мировоззрение.

Книга состоит из трех частей. Первая – «Портретная галерея: блески реальности на официальном мундире» – повествует об эпизодах из жизни отдельных людей, даже не контурно, а буквально парой штрихов рисуя характеристики их личностей. Это академики В. В. Давыдов, В. П. Зинченко, А. Г. Хрипкова (которая в описываемое время была вице-президентом Академии педагогических наук СССР). Нельзя не отметить, что к Владимиру Петровичу Зинченко автор испытывает особую симпатию, что, собственно, сам и подчеркивает: «я <...> воспринимал его как наставника по жизни. Именно его модель настоящего мужского, ответственного поведения стала для меня своего рода образцом для подражания. Вспоминаю, что я даже сменил марку сигарет с тем, чтобы и курить то же самое, что и Владимир Петрович...» [4, 35]. Отрывок, посвященный В. П. Зинченко, озаглавленный М. Ю. Кондратьевым в свойственной для него шутливой манере, называется «"Мачо" отечественной психологии». Подобная шутливая стилистика прослеживается во многих фрагментах книги. Так, например, об уже упомянутом Зинченко, автор рассказывает историю про то, как на лекции по психологии восприятия единственный слушатель-мужчина, явно «ревнуя» видного и харизматичного преподавателя к женской части аудитории задает вопрос: «А почему же образ воспринимаемого не формируется непосредственно в глазу?». При этом «Владимир Петрович доброжелательно и как-то с сожалением посмотрел на возбужденного слушателя и мягко, словно ребенку, пояснил: "Ну, дорогой мой, это было бы как-то уж очень негигиенично". Мы вышли из аудитории и В. П. Зинченко тут же окружила толпа слушальниц. Задавший вопрос их товарищ так и остался сидеть в аудитории» [4, 37].

Есть довольно много эпизодов, которые как бы подсвечивают и без того яркие и неординарные личности ведущих отечественных психологов. Например, Федор Дмитриевич Горбов, руководитель лаборатории психических состояний НИИ общей и педагогической психологии, выступая в качестве рецензента диссертации, на просьбу ведущего оценить работу, молча встал и вышел из помещения. «На лицах у всех присутствующих отразилось живое недоумение, но уже через несколько секунд изумленным взглядам членов лаборатории предстала следующая картина: 60-

тилетний доктор психологических наук, профессор Федор Дмитриевич Горбов на руках вошел в помещение лаборатории и, так, стоя вверх ногами, спокойным голосом произнес: "Вынужден констатировать следующий факт – исследовательская проблема в данной диссертации поставлена именно таким образом"» [4, 40].

И еще один момент, который хочется отметить. М. Ю. Кондратьев для многих коллег по психологическому цеху выступал в качестве значимого лица, человека, по которому можно сверять свои моральные ориентиры, который всегда однозначно мог ответить на вопрос «что такое хорошо и что такое плохо». Проследить откуда взялась такая система ценностей, бескомпромиссные взгляды можно, взглянув на тех людей, которые были непосредственно рядом, с которыми протекала работа в Психологическом институте РАО (в то время НИИ общей и педагогической психологии АПН СССР).

Конечно же, почти все повествование книги так или иначе связано с фигурой Учителя – А. В. Петровским, научная школа которого легла в основу созданного впоследствии М. Ю. Кондратьевым и его коллегами в Московском городском психолого-педагогическом университете (в то время – институте) первого в России факультета социальной психологии.

Кроме Артура Владимировича можно упомянуть и директора НИИ ОПП А. А. Смирнова, которому посвящен раздел воспоминаний «Директора – лидеры Психологического института во времена его расцвета». В нем еще раз подтверждается мысль: отсутствие личностного вклада руководителя в общее дело может приносить прибыль, но никогда не приведет к формированию эффективно работающего коллектива. Такой руководитель всегда будет пользоваться «авторитетом власти, а не властью авторитета». М. Ю. Кондратьев приводит при этом показательную сценку, когда Анатолий Александрович Смирнов, будучи директором Института, не только самолично отбирал кадры (от научных сотрудников до уборщицы), но и в конце рабочего дня довозил до дома на машине тех коллег, с которыми было по пути. Эта зарисовка, как и многие другие, не пропитана морализаторством или менторством и заканчивается фразой: «Не хочу делать никаких выводов, но давайте представим наших сегодняшних директоров...» [4, 27].

Конечно же, рассказы автора пронизаны не только восхищением теми или иными персонажами, в них встречаются и истории про людей из разряда «про таких не поют» – это истории научного воровства, человеческого предательства, карьеризма... Столь неприглядные рассказы – не вынесение сора из избы, а лишнее подтверждение тому факту, что «гешефт» от «ренегатства» невелик и обязательно оплачивается памятью последующих поколений, причем явно не доброй.

В центре второй части книги – «Профессиональное психологическое сообщество: чего только не бывает...» – стоят уже не какие-то конкретные персонажи, а определенные эпизоды из жизни самого автора, например, опыт

Кочетков Н.В. Рецензия на книгу М.Ю. Кондратьева «Отечественное профессиональное психологическое сообщество. Штрихи к портрету поколения: персоналии, события, проблемы»
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 4. С. 92–101.

Kochetkov N.V. Book Review. Kondratiev M.Y. "Domestic Professional Psychological Community. The Portrait of a Generation: Personalities, Events, Issues" Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 4, pp. 92–101.

преподавания М. Ю. Кондратьева в Академии общественных наук при ЦК КПСС; участие в исследовании кожно-оптического восприятия; встреча с М. Б. Ходорковским. Здесь же есть воспоминания о 90-х годах, внесших значительные изменения в жизнь многих людей. В это время путь автора книги был извилист – между старшим научным сотрудником ПИ РАО в 1992 году и деканом факультета социальной психологии в МГППУ в 1998 году были такие должности как продавец яиц, управляющий торговыми точками на Тушинском рынке, консультант и директор по персоналу в крупнооптовой фирме, торговавшей кондитерскими изделиями. Повествование об этих временах пестрит подробностями – грустными и смешными, всем тем, что прошло через фильтр памяти за двадцать с небольшим лет: «В кафе-ларьках мы продавали замороженных цыплят. <...> Теперь я понимаю, что внешне картина выглядела достаточно устрашающе: на отдельном прилавке лежала груда судорожно переплетенных между собой синюшных трупиков с торчащими в разные стороны худыми когтистыми лапами и свернутыми головами с глазами, закрытыми белесыми пленками» [4, 77]. Именно на фоне такой реальности автору приходилось использовать то, что сейчас называется бизнес-психологией, при этом умудряясь совмещать этот заработок с работой в Институте и написанием докторской диссертации.

Заключительная часть посвящена разрозненным вопросам, интересующим лично автора. Под общим заглавием «Межотраслевая и междисциплинарная значимость социально-психологических переменных» собраны размышления о проблемах, не имеющих решения, что называется, в лоб. Круг рассматриваемых вопросов широк – например, почему старики впадают в детство? Или же – какие спорные нюансы появились при разделении специальности «возрастная и педагогическая психология» на специальности «педагогическая психология» и «психология развития, акмеология»? Кроме этого, в данном разделе представлены взгляды на психогенетику и пенитенциарную психологию, взаимодействие психологии и педагогики, вопрос соотносительности предметной и личностной задач в контексте социального взаимодействия. Отдельным пунктом можно выделить последний представленный в книге материал, так как на фоне сращивания государства и церкви он выглядит чуть ли не вызывающе. При появлении религии на научном поле М. Ю. Кондратьев как всегда не смог остаться в стороне и обозначил свою позицию по этому вопросу, вынося жесткий приговор: «Клерикализация общества ведет к его авторитаризму, клерикализация науки ведет к ее вырождению» [4, 161]. Мотив появления «православной науки» с точки зрения автора немногослоен: «К сожалению, настойчивость ряда психологов, пытающихся как в научном, так и в образовательном плане подчинить психологию религиозной доктрине, заставляет задуматься о том, не сталкиваемся ли мы в данном случае с неким бизнес-проектом, который направлен не столько на формирование подлинно научного знания и на воспитание и поддержание истинной веры, сколько на достижение вполне мирских целей – бюджетных средств, социального влияния и т.д., и т.п.» [4, 174].

Кочетков Н.В. Рецензия на книгу М.Ю. Кондратьева «Отечественное профессиональное психологическое сообщество. Штрихи к портрету поколения: персоналии, события, проблемы»
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 4. С. 92–101.

Kochetkov N.V. Book Review. Kondratiev M.Y. "Domestic Professional Psychological Community. The Portrait of a Generation: Personalities, Events, Issues" *Clinical Psychology and Special Education* 2015, vol. 4, no. 4, pp. 92–101.

Эти и подобные им крупинки воспоминаний не составляют законченной мозаики времени, не претендуют на создание полной объективной картины жизни тех лет, наоборот, они написаны как картина импрессиониста – отдельными мелкими мазками, которые отражают характерные черты ушедшей эпохи через субъективное видение автора. Очень жаль, что эти мазки так немногочисленны – уверен, что коллеги помнят еще много различных историй о профессиональном сообществе, рассказанных М. Ю. Кондратьевым. Историй, которых уже не доведется услышать из уст первоисточника. Но осталась память, заключенная на страницах этой книги. А ведь как бы ни банально это звучало, человек жив, пока мы его помним.

Литература

1. *Выгодская Г.Л., Лифанова Т.М.* Лев Семенович Выготский. Жизнь. Деятельность. Штрихи к портрету. М., 1996.
2. *Выдающиеся психологи Москвы // Под ред. В.В. Рубцова и М.Я. Ярошевского.* М., 1997.
3. *История психологии в лицах. Персоналии // Под ред. Л. Карпенко, А. Петровский.* М., 2005.
4. *Кондратьев М.Ю.* Отечественное профессиональное психологическое сообщество. Штрихи к портрету поколения: персоналии, события, проблемы. М.: Генезис, 2015.
5. *Леонтьев А.А, Леонтьев Д.А., Соколова Е.Е.* Алексей Николаевич Леонтьев. Деятельность. Сознание. Личность. М., 2005.
6. *Леонтьев А.Н.* Деятельность. Сознание. Личность. М., 2005.
7. *Петровский А.В.* Психология и время. СПб., 2007.
8. *Степанов С.С.* Век психологии: имена и судьбы. М., 2002.
9. *Фельдштейн Д.И.* События. Люди. Жизнь. М.-Воронеж, 2009.
10. *Человек с солнечной стороны. Книга о Н.А. Менчинской // Автор-составитель Н.Ю. Менчинская.* М., 2005.

Кочетков Н.В. Рецензия на книгу М.Ю. Кондратьева
«Отечественное профессиональное психологическое
сообщество. Штрихи к портрету поколения:
персоналии, события, проблемы»
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 4. С. 92–101.

Kochetkov N.V. Book Review. Kondratiev M.Y.
“Domestic Professional Psychological Community. The
Portrait of a Generation: Personalities, Events, Issues”
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 4, pp. 92–101.

Book Review. Kondratiev M.Y. “Domestic Professional Psychological Community. The Portrait of a Generation: Personalities, Events, Issues”

Kochetkov N.V.,

PhD in Psychology, associate professor at the Chair of theoretical foundations of social psychology, MSUPE, Moscow, Russia, nkochetkov@mail.ru

The author presents a review written in the last book of M. Y. Kondratyev, "Domestic professional psychological community. The portrait of a generation: personalities, events, issues", dedicated to the events unfolding in the 70s-90s of the twentieth century in the psychological community and the Academy of pedagogical Sciences, Psychological Institute of the Russian Academy of education. The review refers to the relevance of the publication, underlined its significance for modern students. Special emphasis is placed on a kind of "subjectification" of classics of Russian psychology, often facing the current generation of young professionals only in the form of written texts and short biographies. Review concisely describes the three parts of the book by M. Y. Kondratyev, and impression of them, affected both general and specific issues raised in the text of the publication. Occasionally examples of it, most clearly illustrating the overall style.

Keywords: memoir, psychological community, social psychology, Psychological Institute of Russian Academy of education, Academy of Pedagogical Sciences of the USSR.

References

1. *Vygodskaya G.L., Lifanova T.M.* Lev Semenovich Vygotskii. Jizn'. Deyatel'nost'. Shtrihi k portretu. M., 1996.
2. *Vydayuschiesya psihologi Moskvy // Pod red. V.V. Rubcova i M.Ya. Yaroshevskogo.* M., 1997.
3. *Istoriya psihologii v lichah. Personalii // Pod red. L. Karpenko, A. Petrovskii.* M., 2005.

Кочетков Н.В. Рецензия на книгу М.Ю. Кондратьева «Отечественное профессиональное психологическое сообщество. Штрихи к портрету поколения: персоналии, события, проблемы»
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 4. С. 92–101.

Kochetkov N.V. Book Review. Kondratiev M.Y. "Domestic Professional Psychological Community. The Portrait of a Generation: Personalities, Events, Issues"
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 4, pp. 92–101.

4. *Kondrat'ev M.Yu.* Otechestvennoe professional'noe psihologicheskoe soobschestvo. Shtrih k portretu pokoleniya: personalii, sobytiya, problemy. M.: Genezis, 2015.
5. *Leont'ev A.A., Leont'ev D.A., Sokolova E.E.* Aleksei Nikolaevich Leont'ev. Deyatel'nost'. Soznanie. Lichnost'. M., 2005.
6. *Leont'ev A.N.* Deyatel'nost'. Soznanie. Lichnost'. M., 2005.
7. *Petrovskii A.V.* Psihologiya i vremya. SPb., 2007.
8. *Stepanov S.S.* Vek psihologii: imena i sud'by. M., 2002.
9. *Fel'dshtein D.I.* Sobytiya. Lyudi. Jizn'. M.-Voronej, 2009.
10. Chelovek s solnechnoi storony. Kniga o N.A. Menchinskoi // Avtor-sostavitel' N.Yu. Menchinskaya. M., 2005.

Монография «Современные представления о психической норме и патологии»¹ и впечатления психолога-практика

Бочавер К.А.,

*кандидат психологических наук, научный сотрудник, МНПЦ Реабилитации, спортивной и восстановительной медицины, Москва, Россия,
konstantin.bochaver@gmail.com*

В статье рассматривается новая научная монография, посвященная различным – научным, бытовым, социальным, медицинским, нравственным – аспектам нормы и патологии в современной клинической психологии.

Ключевые слова: Белопольская Н.Л., клиническая психология, норма, обзор, патология, психическое здоровье.

Для цитаты:

Бочавер К.А. Монография «Современные представления о психической норме и патологии» и впечатления психолога-практика [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 4. С. 102-107 doi: 10.17759/psyclin.2015040408

For citation:

Bochaver K.A. Monograph “Modern Views on Mental Health and Disease” [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija], 2015, vol. 4, no. 4, pp. 102-107 doi: 10.17759/psyclin.2015040408 (In Russ., abstr. in Engl.)

Один из центральных вопросов почти любой области знаний, не только науки о человеке, – что считать нормой, а что отклонением. Этот вопрос имеет место и в медицине, и в лингвистике. Способ мысли поколения и научная парадигма век за веком определяют наше отношение к окружающей действительности. То, что мы соотносим с категорией нормы, зачастую кажется естественным и соразмерным, но стоит обратить внимание, как отвечали на подобный вопрос, заданный хотя бы

¹ Современные представления о психической норме и патологии: Психологический, клинический и социальный аспекты / Отв. ред. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2015. – 293 с.

несколько десятилетий назад, – и становится ясно, что естественным казалось что-то другое.

В некоторых областях знания норма и аномалия (дословно «неправильность») – это, в первую очередь, понятия, основанные на привычке. Так обстоят дела с архитектурой, в которой критически и враждебно принимались многие объекты, ставшие теперь образцами прекрасного. Справедливо это и для литературы, в которой канон и привычность не раз пытались сдержать тех, кто позже был признан величайшими поэтами или драматургами. Но есть науки, где вопрос нормы и аномалии поставлен наиболее строго, поскольку неразрывно связан с высочайшей ценой ошибки. Здесь мы вынуждены опираться на множество критериев, прежде чем выносить суждение, что «это нормально или ненормально». Именно этим критериям и способу научного мышления в поиске границы, определяющей норму, посвящена монография «Современные представления о психической норме и патологии» под редакцией научного коллектива во главе с профессором Наталией Львовной Белопольской.

Вышедшая в 2015 году монография вобрала в себя тридцать семь статей, всесторонне раскрывающих проблему нормы в современной клинической психологии. Структурная композиция монографии выстроена из пяти разделов, рассказывающих о современной психологической диагностике нормативного и нарушенного психического здоровья, о диагностике поведенческих и стрессовых расстройств, о социальных аспектах формирования аномальной личности, соматопсихических и психосоматических расстройствах и, наконец, о психотерапии и психопрофилактике здоровой и проблемной личности. Можно сказать, что первые статьи посвящены фундаментальным вопросам нормы, тогда как дальнейшие раскрывают этот вопрос на примере различных психических и иных заболеваний («Феномен увлечений у больных с расстройствами шизофренического спектра...»), «Отношение к состоянию здоровья у подростков с избыточным весом»), психических состояний («Посттравматический стресс... матерей, имеющих детей с диагнозом эпилепсия»), социальных явлений («Обыденные представления наркозависимых о болезни»), профилактики («Жизнь как сценарий: природа и происхождения сценария аддиктивной личности») и терапии («Проблемы анализа художественной экспрессии с точки зрения представлений о психической норме и патологии»).

Первые из статей дают представление об основном предмете монографии – многообразии критериев разделения нормы и аномальности, или патологии. Большинство источников опирается на такие критерии как статистический, культурологический, адаптивный клинический и субъективный. Норма статистическая связана со средним значением, тогда как аномальность отклоняется от среднего по выборке. Культурологически норма – это соответствие общепринятым нормам и правилам, аномальность – отход от них. Адаптация или дезадаптация к жизни в обществе составляют третий критерий. Клиническая норма связана с отсутствием симптомов психического заболевания, аномальность – с их наличием. Наконец, отсутствие жалоб или, напротив, плохое самочувствие – это

субъективный критерий. Работы С. А. Капустина, Н. Л. Белопольской и др. уточняют и дополняют эту картину.

Так, проанализировав подходы ряда относительно независимых психологических школ, С. А. Капустин предложил убедительную теоретико-методическую базу для нового – экзистенциального – критерия нормальной и аномальной личности. На основе работ Э. Фромма, А. Адлера, К. Г. Юнга, К. Роджерса и В. Франкла предлагается оценивать позицию субъекта в ситуации выбора, или внутреннего противоречия, – экзистенциальной дихотомии. Нормальная, или продуктивная, личность в подобной ситуации ориентируется на поиск компромисса, используя свой опыт и жизненные ценности. Аномальная, или непродуктивная, личность отрицает саму дихотомию, то есть противоречие и выбор – и ориентируется на непротиворечивый однозначный и односторонний способ жизни. Особенность такой позиции в ее несамостоятельности, она часто навязывается другими, используя иррациональное начало, то есть чувства человека. Хотелось бы проиллюстрировать этот критерий художественным образом немецкого солдата, созданным В. С. Высоцким: «Не надо думать, с нами тот, кто всё за нас решит!». Итак, по мнению С. А. Капустина, нормальная личность в отношении экзистенциальных противоречий выбирает поиск компромисса, и этот выбор рационален, основан на опыте и самостоятелен. Аномальная личность, напротив, занимает безальтернативную, однозначную позицию, основанную на чувствах и желаниях, кроме того, часто несамостоятельную, а навязанную другими, что является одной из важнейших причин возникновения различного рода жизненных проблем и психических расстройств.

Продолжить тему гуманизации подхода к патологии можно, упомянув статью С. Л. Соловьевой о психической норме в медицинской психологии. Указывая на определенные недостатки статистического и частотного подхода к определению нормы, автор объясняет, что в патологию попадают и слабоумные, и гениальные личности. Не решив задачу поиска того нормативного человека, чья жизнедеятельность может быть взята как стандарт, читателю предлагается не статистический или идеологический, а феноменологический подход, основанный на принципах понимающей, а не объясняющей психологии. Многие из психических переживаний в зависимости от условий ситуации могут быть патологическими или нормальными, например, интенсивные переживания тревоги, враждебности или депрессии могут быть расценены как патология или как нормальная реакция на стресс, заключение о патологии будет тогда приниматься неоднозначно. Полученные данные убедительно показывают, что в качестве нормы реакции может быть использован именно эмоциональный баланс в отношении нескольких компонентов негативной аффективности (тревоги, агрессивности, депрессии). «Психофизиологическая цена» реакции на стресс и становится, таким образом, мерилем нормального или аномального поведения.

Н. Л. Белопольская в целях уточнения вопроса о психическом здоровье выводит комбинированный критерий. Он включает в себя три шкалы, по которым можно оценить непосредственно поведение индивида или его особенности. Первая шкала –

адекватность или неадекватность, вторая – критичность или некритичность, третья – продуктивность или непродуктивность. Эти характеристики описывают деятельность и поведение человека, и по ним можно судить о предпосылках развития или наличии психического заболевания.

Определенный и немалый интерес представляет также социально-психологическая работа А. В. Якушенко, в которой на базе подхода С. Московичи сопоставляются научные и обыденные представления о норме и патологии. Бытовое «знание здравого смысла» автор систематизировал, выявив массовые черты в образе патологии, или психически больного человека: это эмоциональное состояние (интересно, что улыбка связана со здоровьем), выражение глаз (большинство респондентов отмечали у больных некоторый акцент на глазах), агрессивность, неопрятность и видимые признаки несвободы (наручники и смирительные рубашки). Естественно, социальные представления близки к стереотипам, то есть экономичному мышлению, избавляющему субъекта от трудоемкой дифференциации. В то же время интересно и порой полезно узнавать мнение отдельных групп о феномене нормы и патологии. Так, собирательным популярным образом психически больного у юристов был Гитлер, тогда как журналисты называли персонажа «Пролетая над гнездом кукушки», акцентируя внимание на позиции жертвы психиатрии. Выскажем надежду, что едва ли мнение журналистов оказывает влияние на научную мысль, однако в целом подобные срезы общественного мнения, или мониторинг социологическими и социально-психологическими методами, представляется полезным и интересным компонентом изучения и поддержания здорового социума.

Монография, как было указано выше, вобрала в себя множество самостоятельных интересных исследований. Не имея цели останавливаться на каждом, отметим некоторые.

В работе Н. В. Тарабриной и Н. Е. Харламенковой последовательно и развернуто дана картина предикторов и рисков интенсивного посттравматического стресса в разных возрастах. Работа Ю. В. Толочиной и Е. В. Левченко сопоставляет образы болезни у лиц наркозависимых и не имеющих зависимости. Наркозависимые склонны утрировать понимание болезни, ассоциируя ее со смертью, горем и проблемами, тогда как люди без зависимости выделяют атрибуты – боль, вялость, больницу. Несомненно, это вносит вклад в представления специалистов о семантическом поле болезни в среде больных наркозависимостью. Работа Р. Е. Барабанова показывает важность собственно психотерапевтического вклада в лечение больных с гипотонусным нарушением голоса. Д. А. Донской исследует дисгармонии психосексуального развития в пубертате у лиц шизоидно-эпилептоидной акцентуации, что позволит предупреждать некоторые девиации в сфере межличностного взаимодействия. В разделе, посвященном социальным аспектам формирования аномальной личности, отметим два тренда – вопросы развития (от задержки психического развития до процессов при нормативном старении) и вопросы отношений (к работе и стрессу в работе Л. Б. Шнейдер, к суицидальному поведению в работе Е. Б. Любова, к жизни и смерти в работе

К. А. Чистопольской, С. Н. Ениколопова и соавт.). О соматопсихических и психосоматических расстройствах в монографии также собраны интереснейшие материалы, касающиеся избыточного веса, сахарного диабета, аллергии и иных нарушений. Последний раздел – о психотерапии и психопрофилактике – собран из интересных статей разной направленности, от инициации и телесного опыта до телефонного консультирования. Чрезвычайно интересным стало изучение С. А. Малиночки феномена увлечений у больных шизофренией. Интуитивно понятные характеристики хобби больного с расстройством шизофренического спектра были структурированы в признаки патологичности: чрезмерную эмоциональную насыщенность, не критичность, вычурность, несоответствие увлечения жизненному опыту и др. Статья подробно и аккуратно описывает возможные ходы для анализа причудливых псевдонаук, коллекционирования и иных увлечений, которые кажутся патологичными, но не всегда поддаются поведенческому структурированному анализу.

Интереснейший труд, вышедший благодаря Н. Л. Белопольской, несомненно заслуживает детального и вдумчивого прочтения психологами-практиками различных областей – от юридической и социальной психологии до психологии спорта и экстремальной деятельности. Многие статьи заставляют задуматься о норме и патологии личности, общества, обыденности и повседневной жизни, но также и о явлениях редких, понятных порой только узким специалистам высочайшего уровня.

Monograph "Modern Views on Mental Health and Disease"

Bochaver K.A.,

Ph.D. in psychology, researcher, Moscow scientific and practical center for Rehabilitation and Sports Medicine, Moscow, Russia, konstantin.bochaver@gmail.com

New monography exploring scientific, popular, social, medical, and moral dimensions of norm and pathology phenomena in the modern clinical psychology is discussed in the article.

Keywords: Belopolskaya N.L., clinical psychology, mental health, norm, pathology, review.
