

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
РОССИЙСКИЙ ФОНД ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ  
ТОМСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ  
РОССИЙСКОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

# **КОМПЛЕКСНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА: ПСИХОЛОГИЯ**

## **МАТЕРИАЛЫ VII СИБИРСКОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ФОРУМА**

Часть 2  
Здоровье человека  
на пути к постинформационному обществу

Томск  
Издательский Дом Томского государственного университета  
2017

**УДК 159.9**  
**ББК 88**  
**К63**

**К63** **КОМПЛЕКСНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА: ПСИХОЛОГИЯ :**  
**МАТЕРИАЛЫ VII СИБИРСКОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ФОРУМА /** под ред.  
О.М. Краснорядцевой. – Томск : Издательский Дом Томского государственного  
университета, 2017. – Ч. 2. Здоровье человека на пути к постинформационному  
обществу. – 180 с.

**ISBN 978-5-94621-669-2**

Издание содержит материалы VII Сибирского психологического форума «Комплексные исследования человека: психология», проведенного в Национальном исследовательском Томском государственном университете 28–29 ноября 2017 г., и состоит из двух частей. В часть 1 вошли сообщения, отвечающие тематике «Аттракторы и идентичности человека цифровой эпохи. Образование. Воспитание. Творчество». Часть 2 содержит статьи, раскрывающие тему «Здоровье человека на пути к постинформационному обществу».

**УДК 159.9**  
**ББК 88**

*Мероприятие проведено при финансовой поддержке  
Российского фонда фундаментальных исследований (проект № 17-06-20578).*

NATIONAL RESEARCH TOMSK STATE UNIVERSITY  
RUSSIAN FOUNDATION FOR BASIC RESEARCH  
TOMSK REGIONAL DIVISION OF RUSSIAN PSYCHOLOGICAL SOCIETY

**COMPREHENSIVE STUDIES OF HUMAN:  
PSYCHOLOGY**

**PROCEEDINGS OF THE VII  
SIBERIAN PSYCHOLOGICAL FORUM**

Part 2  
Human health  
on its way to the post-informational society

Tomsk  
Publishing House of Tomsk State University  
2017

**UDK 159.9**  
**LBC 88**  
**K63**

**K63** **COMPREHENSIVE STUDIES OF HUMAN: PSYCHOLOGY :**  
**PROCEEDINGS OF THE VII SIBERIAN PSYCHOLOGICAL FORUM / Ed.**  
O.M. Krasnoryadtseva. – Tomsk : Publishing House of Tomsk State University, 2017. –  
Part 2. Human health on its way to the post-informational society. – 180 p.

**ISBN 978-5-94621-669-2**

The issue contains the proceedings of the VII Siberian Psychological Forum “Comprehensive Studies of Human: Psychology”, which took place at the National Research Tomsk State University on 28-29 November 2017, and consists of two parts. Part 1 includes reports corresponding to the topic “Attractors and Identities of a person from the digital age. Education, Upbringing, and Creativity”. Part 2 contains publications covering the topic “Human health on its way to the post-informational society”.

**UDK 159.9**  
**LBC 88**

*The event was held with financial support from the  
Russian Foundation for Basic Research (project № 17-06-20578).*

## ПРИМЕНЕНИЕ СТАБИЛОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ МЧС РОССИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОБЩЕОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ВЫХОДНОГО ДНЯ»

Е.М. Азарко, Д.В. Володенко

Южный филиал ФКУ «Центр экстренной психологической помощи МЧС России», Ростов-на-Дону, Россия  
E-mail: sb.cepp@mail.ru, azarkoem@yandex.ru, dinavolodenko@yandex.ru

*Работа ведется в соответствии с планом НИР Южного филиала ФКУ ЦЭПП МЧС России 2016–2017 гг.*

**Аннотация:** Показана динамика функционального состояния с применением стабилметрических тестов по оценке качества функции равновесия при проведении общеоздоровительной программы со специалистами МЧС России.

**Ключевые слова:** комплексная профилактика, коррекция и реабилитация; общеоздоровительные программы «выходного дня» (ОПВД); психофизиологические, психологические и функциональные показатели эффективности; динамика функционального состояния; качество функции равновесия.

**Введение.** Изучение функционального состояния (ФС) при помощи стабилметрии – весьма актуальная задача [3–9]. Применение этого метода приобретает особое значение для диагностики групп, профессиональная деятельность которых связана с опасностью, риском для жизни и экстремальными условиями профессиональной среды. Актуальность обусловлена потребностью реальной профессиональной деятельности в обеспечении высокого уровня работоспособности и надежности пожарных и спасателей и необходимостью поддержки ресурсов их здоровья, профессионального долголетия [7, 10].

Профессии пожарного и спасателя связаны с воздействием стрессогенных факторов большой мощности, протяженных во времени. Неопределенность обстановки в ходе аварийно-спасательных работ, постоянное ожидание опасности, необходимость непрерывного анализа постоянно меняющейся обстановки, напряженная работа всех когнитивных процессов, столкновение с человеческим горем требуют мобилизации всех физических и психических возможностей для эффективного решения стоящих задач [2, 10]. Условия профессиональной деятельности спасателей и пожарных предъявляют повышенные требования к ресурсам их физиологического и эмоционального реагирования, а также к проявлению индивидуально-характерологических качеств.

С появлением новых методов практическая работа по реабилитации пожарных и спасателей постоянно развивается. В настоящее время в Южном филиале ФКУ ЦЭПП МЧС России составлены и реализуются программы медико-психологической реабилитации (МПР) различной длительности. Общеоздоровительные программы «выходного дня» (ОПВД) представляют собой краткосрочные программы оперативного восстановления работоспособности. Специалистами филиала внедряется комплексный подход диагностики на этапах до и после реабилитации. Это предполагает проведение группы методов психологической, психофизиологической и функциональной диагностики [1]. Стабилметрия применяется как один из приемов диагностического комплекса по выявлению динамики актуального состояния реабилитируемого. Результаты обследований являются основанием для назначения программы и оценки эффективности МПР.

В связи с этим можно говорить, что проблема поддержания оптимального ФС и оценки ФС после различных нагрузок определяет направление практической работы и развития научных интересов.

**Обзор литературы.** Развитие представлений о динамике ФС в ходе выполнения профессиональных задач связано с одновременным протеканием процессов, включающих взаимозависимые компоненты [2]. Сюда относят такие группы категорий: 1) взаимосвязь ФС и уровня здоровья, профессионального долголетия и качества жизни; 2) ФС и уровень профессиональной надежности, работоспособности; 3) способы изучения динамики ФС в ходе профессиональной деятельности [1–3, 6, 7, 9, 10].

В.А. Пономаренко определяет профессиональное здоровье как «процесс сохранения и развития регуляторных свойств организма, его физического, психического и эмоционального благополучия, обеспечивающих высокую надежность профессиональной деятельности, профессиональное долголетие и максимальную длительность жизни...» [2, с. 97]. Подход предполагает комплексное рассмотрение человека как субъекта собственной деятельности, не ограничиваясь только сферой трудовой деятельности. В рамках комплексного подхода предполагается, что качество жизни человека, включая состояние физического здоровья, находится в диалектическом взаимодействии с профессиональным долголетием.

ФС понимается как комплекс наличных характеристик тех функций и качеств человека, которые прямо или косвенно обуславливают выполнение трудовой деятельности. Развитие методологии оценки и прогнозирования ФС в решении прикладных задач труда позволяет решать вопросы его диагностики, нормирования, определения работоспособности и восстановления [2].

ФС, которые складываются в течение реализации трудовой деятельности, являются определяющими для качества профессиональной деятельности. Полноценное выполнение задания предполагает функционирование

всех звеньев системы «человек–машина–среда». Уровень текущего ФС и работоспособности человека определяют три вида функциональных систем: основные (рефлекторные акты профессиональной деятельности); побочные (рефлекторные акты адаптации); восстановительные (при развитии утомления) [1].

Для характеристики эффективности систем ФС используют понятия «надежность» и «цена» деятельности [2]. Под надежностью понимается вероятность выполнения поставленных задач профессиональной деятельности в заданных параметрах. Цена деятельности – величина физиологических и психофизиологических затрат, обеспечивающих выполнение работы на заданном уровне, степень изменения в ходе деятельности соотношения между исходным, текущим и предельным состояниями функциональных систем организма, обеспечивающих ее выполнение [Там же].

На основании указанных критериев все ФС могут рассматриваться как допустимые и недопустимые. Недопустимым является состояние, при котором эффективность деятельности выходит за нижние границы заданных параметров по критерию надежности или появляются признаки переутомления по критерию цены деятельности [Там же].

Современные взгляды на проблему надежности человека рассматривают недопустимые ФС не только как причину осложнения или ухудшения профессиональной деятельности, но и как следствие особенностей проявления в данных условиях некоторых профессиональных качеств, психических, физиологических и других функций, определяющих оперативную готовность и устойчивый уровень пригодности к выполнению конкретных трудовых задач.

Спасатели, работающие в экстремальных условиях, подвергаются влиянию комплекса неблагоприятных факторов. Эффективность, надежность и качество деятельности обеспечиваются адекватной системной реакцией организма в виде интегрального динамического комплекса наличных характеристик, функций и качеств индивида. Показатель надежности является основным с точки зрения безопасности, безаварийности труда и определяется совокупностью профессиональных, технических, организационных факторов.

Метод стабилографии основан на анализе функции равновесия человека, являющейся одной из базисных и интегральных функций организма [7]. Метод подтвержден многолетними исследованиями и теоретико-экспериментальной базой, представленной работами В.И. Усачева (Военно-медицинская академия); Л.А. Черниковой (НИИ неврологии РАМН); разработками М.С. Шестакова (Российский университет физической культуры и спорта); Д.А. Напалкова (кафедра высшей нервной деятельности МГУ им. М.В. Ломоносова); исследованиями Д.П. Горбатенко (ЗАО «ОКБ «РИТМ»), а также Е.В. Быкова, М.В. Королевой, А.П. Исаева, О.В. Кубряка, Е.А. Рафальской [3, 6–9]. Результаты показывают, что методика качества функции равновесия (КФР) может использоваться для оценки ФС.

Данный метод основывается на анализе линейной и угловой скоростей центра давления (ЦД) человека на опорную платформу стабилографа [7]. В человеческом теле постоянно происходят колебательные процессы, связанные с изменением ритма дыхания, сердцебиением, тремором отдельных групп мышц, протеканием процессов возбуждения–торможения в центральной нервной системе (ЦНС), переживанием эмоциональных реакций. Эти процессы отражаются в траектории ЦД.

Статические позы и разнообразные движения находятся в прямой взаимосвязи с качеством деятельности человека, поэтому, регуляция позы тела человека является предметом исследований и экспериментов в течение нескольких столетий. Немецкий врач Ромберг еще в середине XIX в. ввел в клинику наблюдения за вертикальным положением тела при стоянии (известная проба Ромберга – оценка колебаний тела и тремора рук при стоянии в сомкнутой стойке с закрытыми глазами, руки вперед), им было установлено, что координация вертикального положения тела при стоянии является индикатором ФС организма человека, уровня его здоровья.

В дальнейшем проблемы сохранения равновесия тела стали предметом детальных исследований и обобщений. Прямостояние – врожденный рефлекс и установка тела, что подтверждается многими клиническими исследованиями. Однако наряду с условно-рефлекторными предпосылками реализации функции равновесия тела человеку необходима постоянная тренировка (с самого рождения) органов и систем, обеспечивающих устойчивость тела.

Показатель качества функции равновесия является самым стабильным стабилометрическим показателем. Он менее вариабелен по сравнению с площадью эллипса статокинезиграмм, характеризует индивидуальное свойство постуральной системы каждого человека, заложенное генетически. У одних людей он высокий, у других – низкий. Это не отражается на качестве жизни, но характеризует готовность разных людей к профессиям, связанным с повышенными требованиями к ФС специалиста. КФР индивидуально для каждого человека и мало зависит от возраста, пола, роста и веса. Показано, что при наличии у человека состояний перевозбуждения, стресса, болезни или употребления психотропных веществ показатели КФР значительно выходят за пределы индивидуальных значений [6–8].

**Методология, результаты.** Гипотеза: проведение общеоздоровительных программ «выходного дня» способствует улучшению ФС и позитивной динамике КФР.

Предмет: оценка качества функции равновесия до и после проведения мероприятий ОПВД специалистов МЧС России.

Методы: анализ литературы, тестирование, наблюдение, формирующий эксперимент, методы и приемы математической обработки данных.

Методики: 1) для диагностических задач использовалась психофизиологическая методика стабилометрия – оценка качества функции равновесия; 2) в процессе ОПВД проводились реабилитационные методы и

приемы – аудио-визуально-вибротактильная стимуляция, цвето-музыка-ароматерапия, аппаратный массаж, общеоздоровительная гимнастика, физиотерапевтические методы воздействия тепловыми факторами, кислородотерапия, фитотерапия; 3) для анализа результатов и выявления динамики изучались средние значения до и после мероприятий ОПВД по каждому тесту-пробе ( $M \pm m$ ); для определения корреляций проводился анализ линейных корреляций Браве–Пирсона ( $r_{xy}$ ); для выявления тенденции изменений использовался G-критерий знаков.

Стабилометрическое обследование проводилось 2 раза – до и после проведения мероприятий ОПВД на этапе комплексной диагностики [1]. Применялся стабиланализатор компьютерный с биологической обратной связью «Стабилан-01-2» ОКБ «Ритм». Для оценки ФС использовались тесты-пробы допускового контроля «Открытые глаза», «Закрытые глаза», «Мишень» [7]. Регистрировался показатель КФР в процентах.

Характеристика выборки. Выборка составлена из специалистов МЧС России (из подразделений МЧС России по Ростовской области). В период проведения исследовательской работы проведено 230 ОПВД. Из них отобраны для анализа КФР 126 человек: 20 женщин и 106 мужчин. Возрастной состав: от 23 до 60 лет.

Таблица 1

**Общие сведения о выборке (значения роста, массы тела, ИМТ)**

Значения ( $M \pm m$ )	Подгруппы		
	Психологи	Пожарные	Служащие
Средний возраст, годы	33,2±10,7	32,47±7,10	34±4,47
Вес, кг	62,38±10,23	84,25±14,25	84,81±9,27
Рост, см	165,25±5,52	176,45±5,84	179,10±7,59
ИМТ	22,77±3,59	27,09±4,31	26,42±2,41

Профессиональный состав: 1) категория «специалисты ГПС МЧС России» – пожарный, респираторщик, водитель ПА, старший инструктор-водитель ПА, командир отделения, начальник караула, командир караула, помощник начальника караула, мастер-пожарный; для анализа подгруппа «пожарные» – 96 человек; 2) категория «специалисты ЦЭПП МЧС России» – психолог-спасатель; для анализа подгруппа «психологи» – 20 человек; 3) категория «руководство» – специалисты ЦУКС ГУ МЧС России; для анализа подгруппа «служащие» – 10 человек. Табл. 1 дает общую информацию об особенностях выборки: вес 75–85 кг; рост 176–18 см; ИМТ 22–27%; женщины – вес 62±10 кг; рост 165±5,5 см; ИМТ 22,77±3,6%. Результаты средних значений КФР систематизированы в табл. 2.

Таблица 2

**Изучение динамики качества функции равновесия по результатам тестов-проб «Открытые глаза», «Закрытые глаза», «Мишень»**

Значения ( $M \pm m$ )		Подгруппы для сравнения		
		Психологи	Пожарные	Служащие
Качество функции равновесия <sub>1</sub> «Открытые глаза», %	до	87,88±6,39	87,03±10,28	90,7±5,0
	после	88,43±6,52	86,25±9,24	90,3±5,1
Качество функции равновесия <sub>2</sub> «Закрытые глаза», %	до	77,94±7,98	72,92±15,12	82,6±10,1
	после	83,71±10,04	75,69±12,65	83,0±5,8
Качество функции равновесия <sub>3</sub> «Мишень», %	до	74,13±14,52	72,09±14,06	81,3±6,8
	после	72,57±20,59	72,23±18,06	82,4±5,1

Анализ средних значений пробы «Открытые глаза» показал, что КФР психологов улучшилось незначительно ( $KFR_{1до} = 87,88 \pm 6,39\%$  изменилось на  $KFR_{1после} = 88,43 \pm 6,52\%$ ); КФР пожарных незначительно ухудшилось ( $KFR_{1до} = 87,03 \pm 10,28\%$  изменилось на  $KFR_{1после} = 86,25 \pm 9,24\%$ ); незначительные ухудшения наблюдаются и у служащих ( $KFR_{1до} = 90,7 \pm 5,0\%$  изменилось на  $KFR_{1после} = 90,3 \pm 5,1\%$ ).

КФР по результатам пробы «Закрытые глаза» незначительно улучшилось во всех подгруппах: у психологов  $KFR_{2до} = 77,94 \pm 7,98\%$ ,  $KFR_{2после} = 83,71 \pm 10,04\%$ ; у пожарных  $KFR_{2до} = 72,92 \pm 15,12\%$ ,  $KFR_{2после} = 75,69 \pm 12,65\%$ ; у служащих –  $KFR_{2до} = 82,6 \pm 10,1\%$ ,  $KFR_{2после} = 83,0 \pm 5,8\%$ .

По результатам пробы «Мишень» качество функции равновесия имеет незначительные изменения: у психологов снизилось на 1,5% ( $KFR_{3до} = 74,13 \pm 14,52\%$ ,  $KFR_{3после} = 72,57 \pm 20,59\%$ ); у пожарных практически без изменений – улучшилось на 0,14% ( $KFR_{3до} = 72,09 \pm 14,06\%$ ,  $KFR_{3после} = 72,23 \pm 18,06\%$ ); у служащих незначительное увеличение на 1,1% ( $KFR_{3до} = 81,3 \pm 6,8\%$ ,  $KFR_{3после} = 82,4 \pm 5,1\%$ ).

Обсуждая результаты проб КФР, можно отметить, что в стабилотрии нет разработанных стандартов для сравнения; возможно анализировать результаты КФР, полученные для спортсменов или отдельных профессиональных подгрупп [3, 4, 5, 7].

Е.В. Быков с коллегами изучают динамику показателей стабилотрии в соревновательном периоде в оценке функционального состояния хоккеистов. В пробе «Открытые глаза» – в начале сезона 77,04±2,51% и после 82,26±3,44%; в пробе «Закрытые глаза» – в начале сезона 62,82±4,36%, после 66,33±5,40%; в пробе «Мишень» – в начале сезона 59,59±4,84%, после 60,86±5,96% [2].

Продолжая обсуждение, важно отметить, что у всех участников нашей выборки результаты тестов-проб допускового контроля были в соответствии с групповой нормой или выше ее. Следует отметить, что формирование норм обследований заложено в устройстве «Стабилан 01-2», КФР определяется автоматически и приближается к 100% уровней «высокий», «средний» и «низкий» [6]. В обследованиях наблюдались вариации значений от 48% до 98%, что интерпретировалось как «соответствие групповой норме».

После проведения мероприятий ОПВД ожидалось улучшение КФР по тестам-пробам, что явилось бы подтверждением улучшения общего уровня ФС и эффективности проводимых мероприятий. Математический анализ проб до и после показал, что у части обследованных улучшаются результаты, у части динамики не наблюдалось и часть обследованных показали ухудшение КФР. Полученные нами более низкие результаты по тесту «Мишень», возможно, связаны с увеличением расслабленности мышц и появлением процесса торможения, снижающего эффективность скоординированных движений и слежения за мишенью.

После проведения ОПВД увеличивается количество случаев с результатами, имеющими позитивную динамику ФС.

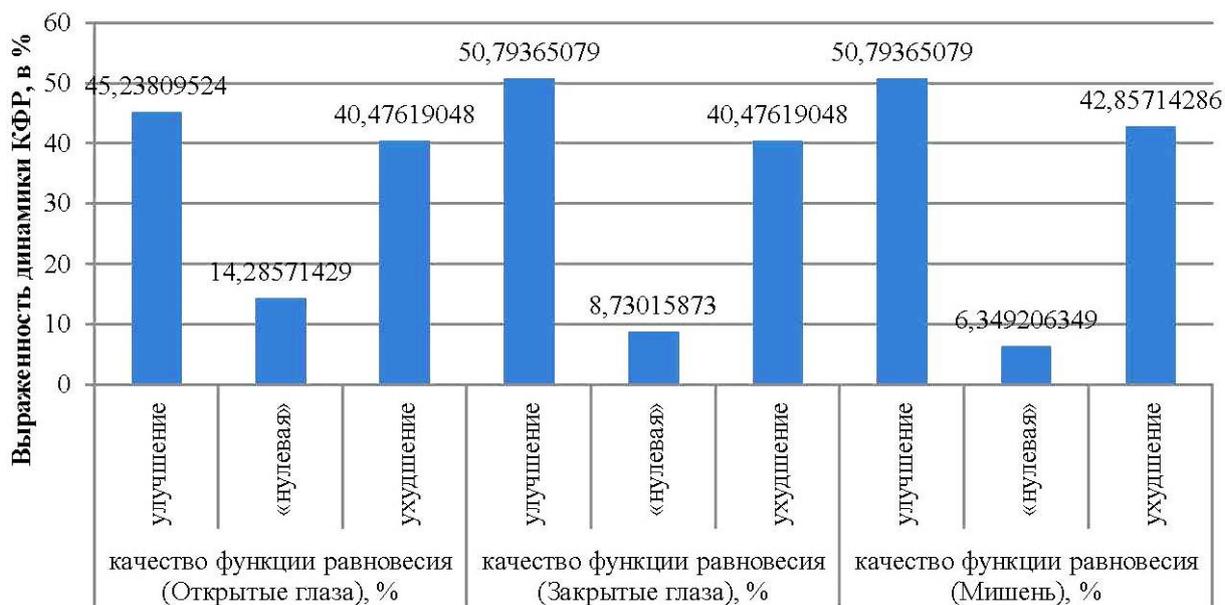


Рис. 1. Динамика качества функции равновесия (по результатам тестов-проб «Открытые глаза», «Закрытые глаза», «Мишень»)

Анализ динамики демонстрирует изменение КФР по трем пробам. Видно (рис. 1), что после проведения ОПВД по тесту «Открытые глаза» происходит улучшение у 45,2% участников; без изменений – у 14,3% и ухудшение – у 40,5%. По тесту «Закрытые глаза» – улучшение у 50,8% участников; без изменений – у 8,7% и ухудшение – у 40,5%. По тесту «Мишень» – улучшение у 50,8% участников; без изменений – у 6,3% и ухудшение – у 42,9%.

В табл. 3 показано, что по всем трем пробам у большинства обследованных наблюдается тенденция улучшения ФС. Применение G-критерия показало низкую статистическую значимость полученных результатов:

- в тесте-пробе «Открытые глаза» при  $N_{эмп\ 1} = 108$  значения  $G_{эмп\ 1} = 51$  – гипотеза о мощности улучшений отвергается ( $G_{эмп\ 1}$  не достигает критических значений при  $N = 110$  и  $G_{0,05} = 45$  и  $G_{0,01} = 42$ );
- в тесте-пробе «Закрытые глаза» при  $N_{эмп\ 2} = 115$  значения  $G_{эмп\ 1} = 51$  – гипотеза о мощности улучшений отвергается ( $G_{эмп\ 2}$  не достигает критических значений при  $N = 120$  и  $G_{0,05} = 50$   $G_{0,01} = 46$ );
- в тесте-пробе «Мишень» при  $N_{эмп\ 3} = 118$  значения  $G_{эмп\ 3} = 54$  – гипотеза о мощности улучшений отвергается ( $G_{эмп\ 3}$  не достигает критических значений при  $N = 120$  и  $G_{0,05} = 50$   $G_{0,01} = 46$ ).

Корреляционный анализ показал динамику результатов обследования до и после мероприятий ОПВД.

Предполагалось, что проведение ОПВД способствует улучшению ФС и после мероприятий ОПВД улучшатся результаты КФР. В табл. 4 показаны эмпирические значения  $r_{эмп}$ . Гипотезы подтверждаются на 1%-ом уровне значимости: наблюдается улучшение значений КФР (зг) ( $r_{эмп} = 0,523$  – при  $r_{0,01} = 0,25$  для  $k = 152$  ( $102 < N < 152$ ) –  $p < 0,01$ ); улучшение значений КФР (м) ( $r_{эмп} = 0,262$  – при  $r_{0,01} = 0,25$  для  $k = 152$  ( $102 < N < 152$ ) –  $p < 0,01$ ); на 5%-ом уровне значимости увеличение КФР (ог) ( $r_{эмп} = 0,244$  – при  $r_{0,05} = 0,20$  –  $p < 0,05$ ).

**Оценка динамики качества функции равновесия  
по результатам тестов-проб «Открытые глаза», «Закрытые глаза», «Мишень»**

Значения / динамика		Подгруппы для сравнения, чел.				Критические значения G-критерий
		психологи	пожарные	служащие	Всего	
Качество функции равновесия «Открытые глаза», %	Улучшение ФС	8	42	7	57*	$N_{эм1}=108$ при $N_{кр}=110$ $G_{0,05}=45$ $G_{0,01}=42$
	«Нулевая»	7	11	0	18	
	Ухудшение ФС	5	43	3	51**	
Качество функции равновесия «Закрытые глаза», %	Улучшение ФС	10	51	3	64*	$N_{эм2}=115$ при $N_{кр}=120$ $G_{0,05}=50$ $G_{0,01}=46$
	«Нулевая»	5	4	2	11	
	Ухудшение ФС	5	41	5	51**	
Качество функции равновесия «Мишень», %	Улучшение ФС	7	51	6	64*	$N_{эм3}=118$ при $N_{кр}=120$ $G_{0,05}=50$ $G_{0,01}=46$
	«Нулевая»	5	3	0	8	
	Ухудшение ФС	8	42	4	54**	

Примечание. \* – преимущественная тенденция и типичный сдвиг; \*\* – эмпирические значения G-критерия.

**Выявление динамики изменений до и после проведения мероприятий ОПВД  
(анализ линейных корреляций Брава-Пирсона ( $r_{xy}$ ))**

Показатели	Значения ( $\bar{m} \pm s$ )		$R_{эмп}$	Критические значения $r_{xy}$
	до	после		
КФР «Открытые глаза»	до	87,44±9,53	0,244*	$r_{0,05}=0,20$ $r_{0,01}=0,25$ для $k=100$ (102 <N< 152)
	после	86,83±8,66		
КФР «Закрытые глаза»	до	74,37±14,28	0,523**	
	после	77,24±12,17		
КФР «Мишень»	до	72,91±17,74	0,262**	
	после	73,11±13,83		

Примечание. \* – значения  $r_{эмп}$  при  $p \leq 0,05$ ; \*\* – значения  $r_{эмп}$  при  $p \leq 0,01$ .

### Выводы и дальнейшие перспективы исследования

Получены выводы:

1. Проведен анализ КФР 126 человек; профессиональный состав: пожарные, служащие, психологи.
2. В целом в кинезиостатических пробах наблюдаются высокие значения до и после проведения мероприятий ОПВД: они наиболее выражены в пробе «Открытые глаза» – 86–90%; несколько менее выражены в пробах «Закрытые глаза» и «Мишень» – соответственно 72–83 и 72–83%.

3. Показана эффективность ОПВД и наблюдается динамика КФР:

– в пробе «Открытые глаза» – КФР психологов незначительно улучшилось (КФР<sub>1до</sub> = 87,88±6,39%, КФР<sub>1после</sub> = 88,43±6,52%); КФР пожарных незначительно ухудшилось (КФР<sub>1до</sub> = 87,03±10,28%, КФР<sub>1после</sub> = 86,25±9,24%); незначительная динамика у служащих (КФР<sub>1до</sub> = 90,7±5,0%, КФР<sub>1после</sub> = 90,3±5,1%);

– в пробе «Закрытые глаза» незначительно улучшилось во всех подгруппах: у психологов КФР<sub>2до</sub> = 77,94±7,98%, КФР<sub>2после</sub> = 83,71±10,04%; у пожарных КФР<sub>2до</sub> = 72,92±15,12%, КФР<sub>2после</sub> = 75,69±12,65%; у служащих КФР<sub>2до</sub> = 82,6±10,1%, КФР<sub>2после</sub> = 83,0±5,8%;

– в пробе «Мишень» наблюдаются незначительные изменения: у психологов КФР снизилось на 1,5% (КФР<sub>3до</sub> = 74,13±14,52%, КФР<sub>3после</sub> = 72,57±20,59%); у пожарных улучшилось на 0,14% (КФР<sub>3до</sub> = 72,09±14,06%, КФР<sub>3после</sub> = 72,23±18,06%); у служащих незначительное увеличение на 1,1% (КФР<sub>2до</sub> = 81,3±6,8%, КФР<sub>3после</sub> = 82,4±5,1%).

– выявлены тенденции по улучшению ФС; применение G-критерия показало низкую статистическую значимость полученных результатов – эмпирические значения не достигают критических (в пробе «Открытые глаза» при  $N_{эм1} = 108$  значения  $G_{эм1} = 51$  при  $N_{кр} = 110$  и  $G_{0,05} = 45$ ,  $G_{0,01} = 42$ ; в пробе «Закрытые глаза» при  $N_{эм2} = 115$  значения  $G_{эм2} = 51$  при  $N_{кр} = 120$  и  $G_{0,05} = 50$ ,  $G_{0,01} = 46$ ; в пробе «Мишень» при  $N_{эм3} = 118$  значения  $G_{эм3} = 54$  при  $N_{кр} = 120$  и  $G_{0,05} = 50$ ,  $G_{0,01} = 46$ ).

4. Сформированы рекомендации по внедрению в практическую работу МПР:

– перед началом проведения МПР обязательны диагностические мероприятия по скрининг-оценке актуального психофизиологического состояния поступающих на медико-психологическую реабилитацию специалистов; применение методики КФР позволяет оценить уровень актуального ФС;

– при значительных отклонениях КФР от «нормы» целесообразно углубленное дополнительное обследование по уточнению возможных причин отклонений с использованием приемов психологической, психофизиологической и функциональной диагностики; возможно ограничение объема мероприятий по ОПВД в соответствии с рекомендациями терапевта и физиотерапевта с дальнейшим контролем динамики;

– применение КФР до и после мероприятий ОПВД позволяет оценить динамику актуального ФС.

Опыт проведения диагностики показывает, что углубленные дополнительные обследования, консультации и продолжение мероприятий МПР необходимы 30% обследованных.

Представленные результаты могут быть использованы в развитии перспективных направлений научно-практической работы: 1) формирование на основе КФР стандартов диагностических обследований и механизма определения вывода-заключения; 2) анализ динамики и специфики КФР в зависимости от стажа работы, принадлежности к профессиональной подгруппе; 3) выявление корреляций между КФР и уровнем профессионального выгорания специалистов опасных профессий. В качестве перспектив дальнейшей работы могут представлять научный интерес подготовка программного обеспечения стабиллоплатформ для формирования групповых заключений и применение автоматизированных методов математического и статистического анализа.

#### *Литература*

1. Азарко Е.М. Комплексный подход в оценке уровня здоровья в ходе реабилитации пожарных и спасателей // Эффективность личности, группы и организации: проблемы, достижения, перспективы : материалы Всерос. конф. Ростов н/Д, 2017. С. 151–155.
2. Бигунец В.Д. К вопросу об оценке функционального состояния спасателей МЧС России // Вестник психотерапии. 2009. № 29. С. 97–101.
3. Быков Е.В., Зинурова Н.Г., Плетнев А.А., Чипышев А.В. Динамика показателей стабиллометрии в соревновательном периоде в оценке функционального состояния хоккеистов // Фундаментальные исследования. 2012. № 9-4. С. 796–800. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=18376659> (дата обращения: 24.07.2017).
4. Королева М.В., Королева В.В., Исаев А.П. Стабилографические показатели у здоровых нетренированных мужчин при статических нагрузках // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2011. № 20. С. 41–45.
5. Костецкий В.Э. Контроль предрейсового психофизиологического состояния машиниста локомотива как составная часть решения проблемы безопасности движения // Вестник Ростовского государственного университета путей сообщения, 2000. № 1 (2). С. 105–108. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=11693616> (дата обращения: 24.07.2017).
6. Кубряк О.В., Гроховский С.С. Практическая стабиллометрия. Статические двигатель-но-когнитивные тесты с биологической обратной связью по опорной реакции. М. : Маска, 2012. 88 с.
7. Переяслов Г.А., Слива С.С., Горбатенко Д.П. Применение методов и средств компьютерной стабиллографии в ходе реабилитационных мероприятий со специалистами экстремального профиля // Актуальные проблемы медико-психологической реабилитации : материалы конф. Ростов н/Д, 2013. С. 53–60.
8. Рафальская Е.А., Крупнова А.Б. Методы диагностики психоэмоционального напряжения у населения, проживающего на территориях, пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС, в отдаленный период и выявление асимметрии с помощью метода стабиллометрии // Международная конференция по обмену опытом специалистов психологических служб России и МЧС Республики Беларусь на основе единого подхода к деятельности психологических служб МЧС России и МЧС Республики Беларусь в области оказания психологической помощи на различных этапах чрезвычайной ситуации радиационного характера, 10–21 ноября 2014 г. М. : ФКУ ЦЭПП МЧС России, 2014. С. 61–65.
9. Стадников Е.Н., Слива С.С., Стадникова Н.Е. Стабиллометрический мониторинг психических характеристик // Известия ЮФУ. Технические науки. 2008. № 6. С. 207–209. URL: [http://izv-tn.tti.sfedu.ru/wp-content/uploads/PDF/2008\\_6\(83\).pdf](http://izv-tn.tti.sfedu.ru/wp-content/uploads/PDF/2008_6(83).pdf) (дата обращения: 24.07.2017).
10. Шойгу Ю.С. Психологическая коррекция / под общ. ред. Ю.С. Шойгу. М. : ФКУ ЦЭПП МЧС РФ, 2012. 256 с.

#### **THE USE OF STABILOMETRY IN ASSESSING THE FUNCTIONAL STATUS OF SPECIALISTS OF EMERCOM OF RUSSIA WHEN CARRYING OUT A DAY-OFF HEALTH-BUILDING PROGRAM**

**Azarko E.M.**, candidate of psychological sciences, senior researcher, Southern Branch of MO CEPA of EMERCOM (Rostov on Don, Russia). E-mail: [azarkoem@yandex.ru](mailto:azarkoem@yandex.ru)

**Volodenko D.V.**, postgraduate student, leading psychologist, Southern Branch of MO CEPA of EMERCOM (Rostov on Don, Russia). E-mail: [dinavolodenko@yandex.ru](mailto:dinavolodenko@yandex.ru)

**Abstract.** The paper offers the results of a study on the equilibrium function quality (EFQ) in specialists of EMERCOM of Russia, participated in the day-off health-building program, and presents the analysis of the «Open your eyes», «Closed eyes», «Target» trials for evaluating their functional status before and after the program.

**Keywords:** comprehensive prevention; correction and rehabilitation; health-building program "weekend" (ATFM); physiological, psychological, and functional performance indicators, dynamics functional status, quality of the equilibrium function.

УДК 159.96

### **АТТРАКТОРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: ВОЗМОЖНОСТИ И РЕСУРСЫ СЕМЬИ**

**Т.Ю. Артюхова**

Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия  
E-mail: [tartjuchova@mail.ru](mailto:tartjuchova@mail.ru)

**Аннотация.** Рассматриваются возможности и ресурсы семьи в формировании психологического здоровья в контексте теории психологических систем.

**Ключевые слова:** психологическое здоровье; аттракторы; семья; ресурсы семьи.

Феномен семьи был и остается загадкой. Некоторые особенности семьи возможны для изучения (А.Я. Варга, Э.Г. Эйдемиллер, В.Г. Юстицкий и др.), а некоторые – ввиду сложности ее как системы – нет [1, 10].

Прежде, чем приступить к описанию возможностей и ресурсов семьи в контексте психологического здоровья, определим контекст понимания категории «аттрактор».

В проанализированных источниках этот термин чаще всего определяется как «притягивать», «привлекать», т.е. это такое состояние системы, в которое она стремится попасть из любого своего состояния; это одно из ключевых понятий синергетики, характеризующее относительно устойчивую структуру объекта, которая притягивает к себе всевозможные траектории элементов системы, направляя их движение и эволюцию в определенном направлении. Образно говоря, аттрактор выполняет функции навигатора, способного самостоятельно удерживать выбранный курс.

Переосмысливая имеющиеся определения, можем отметить, что аттракторы психологического здоровья представляют совокупность внутренних и внешних условий, способствующих выбору самоорганизующейся системой одного из вариантов своего устойчивого развития. Сохранность психологического здоровья обеспечивает устойчивое развитие в онтогенезе.

Как отмечает Е. Князева, аттрактор осуществляет детерминацию будущим предстоящим состояниям системы [8]. На ранних этапах онтогенеза создаются лишь предпосылки психологического здоровья, состояние сформированности его компонентов еще не достигнуто, его не существует. В методологическом плане аттрактор можно по аналогии рассматривать как цель.

Придерживаясь канвы рассуждений Е. Князевой, отмечаем, что компоненты психологического здоровья при родительской открытости представляют «конечную область неминуемого схождения фазовых траекторий движения сложной системы» («психологическое здоровье»). В качестве аттрактора для нас выступают возможности и ресурсы семьи в лице родителей. Как отмечает исследователь, «аттрактор представляет собой „вызов“ [Там же]. В синергетике, говоря о конусе притяжения аттрактора, полагают, что он втягивает в себя множество разнообразных траекторий системы, определяемых разными начальными условиями (например, сохранность рефлексов новорожденного, психолого-педагогическая компетентность родителей и т.д.).

Имея дело с непреформированным путем развития, к которому относится путь развития человека, когда «идеальные формы развития не даны, а заданы» [3], становится невозможным определить положение частиц (их поведение) в каждый данный момент, хотя мы и уверены, что они находятся в зоне аттрактора. Как отмечает Г.А. Котельников, «фазовый портрет странного аттрактора – это не точка и не предельный цикл... а некоторая область, по которой происходят случайные блуждания» [4].

Ребенок, рождаясь, попадает в сложноорганизованную социальную систему, которая уже имеет свою направленность развития. При многообразии линий развития основные усилия семьи направлены на сохранение и поддержание физического развития, что соответствует центральной линии развития в период младенчества. В нашем случае это необходимый компонент психологического здоровья.

Психологическое здоровье рассматривается как сочетание душевного равновесия и физического комфорта, совокупность способностей и качеств ребенка, которые позволяют ему безболезненно адаптироваться в социуме. Основу психологического здоровья составляет здоровая психика, обусловленная благоприятным психологическим климатом в его семье.

Когда мы обратились к проблеме изучения семьи в контексте формирования психологического здоровья детей, то оказалось, что современных исследований в этом направлении научного исследования недостаточно.

Изменившаяся социально-экономическая ситуация привела к коренным изменениям института семьи: изменяются устройство семьи, ее ценности, распределение ролей и т.д. Первыми, кого коснутся эти изменения, будут дети. Если взрослые члены семьи понимают ситуацию, могут ее объяснить, то дети оказываются в ситуации неопределенности. Неустойчивая эмоциональная сфера оказывается «под ударом»: ребенок страдает, когда один из родителей уезжает; он неравномерно окружен чрезмерной заботой в отдельные минуты жизни и т.д.

Возможности и ресурсы семьи в способности самоорганизации себя как системы безграничны. Необходимо обозначить аттракторы психологического здоровья в структуре семьи.

Если рассматривать вариант развития конкретного человека, то мы понимаем его включенность в систему «семья» (рассматриваем вариант нормы).

Автор теории психологических систем В.Е. Ключко определяет человека как сложную, самоорганизующуюся, открытую систему, а развитие – как закономерное усложнение пространственно-временной организации развивающихся явлений, которые способны производить новообразования и опираться на них в своем дальнейшем движении [6].

Полагаем, что система «ребенок» сама по себе самоорганизующейся не становится, ведь если ребенок не проживает период младенчества полноценно, если у него не формируется «потребность в другом человеке» (Л.И. Божович), то, по мнению Э. Эриксона, формируется базовое чувство недоверия. Под угрозу попадают физический и эмоциональный компоненты в структуре психологического здоровья. Происходит, по мнению В.Е. Ключко, нарушение субординации в образовании новых мерностей, координат многомерного мира человека, в возникновении системных качеств, к коим относится и психологическое здоровье.

Если не реализуется ведущий вид деятельности на любом этапе возрастного развития (а обеспечивает ее организацию взрослый), то, опять же, нарушаются уровни сознания – предметный, смысловой, ценностный, которые не позволят ребенку сформировать аттрактор движения вперед [4].

Как отмечают А.В. Ключко и О.М. Краснорядцева, необходимо учитывать особенности подъема по «онтогенетической лестнице»: по мере взросления ребенка усложняется его внутренняя системная организация за счет проникновения в мир природы и мир культуры [7]. Такое проникновение становится возможным благодаря работе слаженной «совмещенной» системы «ребенок–родитель» [5].

В работе А.А. Варги отмечается, что «семейная система – открытая система, находящаяся в постоянном взаимодействии с окружающей средой; это самоорганизующаяся система, т.е. поведение системы целесообразно, и источник преобразований системы лежит внутри ее самой» [1, с. 4].

Как отмечает автор, семейную систему, как правило, описывают шестью параметрами: стереотипы взаимодействия, семейные правила, семейные мифы, границы, стабилизаторы, семейные истории.

Для нас большой интерес представляют семейные правила, которые определяют, что хорошо, а что плохо; как правильно организовывать уход за физическим здоровьем; границы внешние и внутри семьи. Границы сегодня достаточно закрыты: ребенок не ходит в детский сад, семьи не ходят в гости друг к другу, демонстрация поведения «для гостей», в то время как внутри семьи модели поведения могут быть противоположными, дисфункциональные коалиции.

Д.Б. Эльконин указывал на особую роль детского сада. Он отмечал, что это социально закрепленная форма «взросления» ребенка, так как у него в системе сверстников возникает уникальная возможность реализовать накопленные предметные умения, опробовать коммуникативные умения, а значит, создается предпосылка для создания новой социальной ситуации развития.

В жизни ребенка возникает возможность выхода за пределы своего семейного мира и установления новых отношений с миром взрослых людей. Идеальная форма, как считал Л.С. Выготский, это та часть объективной действительности (более высокая, чем уровень, на котором находится ребенок), с которой он вступает в непосредственное взаимодействие; это та сфера, в которую ребенок пытается войти. В дошкольном возрасте этой идеальной формой становится мир взрослых людей [3].

По нашему мнению, именно в дошкольном возрасте «рождается» психологическая составляющая психологического здоровья и оно становится более целостным, системным. Но этот процесс должен быть направляемым и управляемым, безусловно, детерминирован потенциальными возможностями семьи.

Под «потенциалом» понимается совокупность возможностей, источников, средств, запасов и т.п., которые могут быть приведены в действие, использованы для решения определенных задач, достижения поставленных целей; возможность отдельного лица, общества. Понятие «потенциал» относится к деятельности, которую осуществляет конкретный человек. Потенциал всегда связан с ожиданиями. Если человек не оправдал ожиданий, это означает, что либо ему помешали, либо его потенциал определен неправильно. Потенциал семьи составляют возможности обоих родителей, а также те возможности, которые созданы семьей.

Ресурс определяет количественную меру возможности выполнения какой-либо деятельности, условия, позволяющие с помощью определенных преобразований получить желаемый результат. Так, Н.Е. Водопьянова рассматривает ресурсы как «внутренние и внешние переменные, способствующие психологической устойчивости в стрессогенных ситуациях; это эмоциональные, мотивационно-волевые, когнитивные и поведенческие конструкты, которые человек актуализирует для адаптации к стрессогенным / стрессовым трудовым и жизненным ситуациям», это «средства (инструменты), используемые им для трансформации взаимодействия со стрессогенной ситуацией. Различают два класса ресурсов: личностные и средовые. Личностные ресурсы (психологические, профессиональные, физические) представляют собой навыки и способности человека; средовые ресурсы отражают доступность личности помощи (инструментальной, моральной, эмоциональной) в социальной среде (со стороны членов семьи, друзей, коллег) и материальное обеспечение жизнедеятельности людей, переживших стресс или находящихся в стрессогенных условиях» [2].

Семья как сложно организованная система наделена различными жизненными ресурсами. Чтобы улучшить ресурсное состояние семьи, нужно восстанавливать и развивать личные ресурсы каждого ее члена.

Ресурсы и возможности семьи выступают аттракторами психологического здоровья. И ресурс, и потенциал включают в себя категории и наличного, и возможного; в них заложены смысл существования и его предназначение. Для осознания–развития–использования этих ресурсов человеку нужно осознать–прожить–пережить предназначение как конечную цель развития системы, при достижении которой она обладает оптимальной успешностью и эффективностью для выполнения деятельности в определенной предметной области и создания нового уникального элемента в объективной реальности, в «индивидуальной жизненной среде человека», в том соотношении, которое между категориями «человек» и «мир» закрепил С.Л. Рубинштейн [9].

Понимая, что ресурсы и возможности связаны с абсолютной любовью с адекватной требовательностью, спокойным климатом в семье, взаимопониманием и уважением, демонстрацией здорового образа жизни взрослыми членами семьи, можно заключить, что открытость пространства семьи будет в большей степени способствовать становлению психологического здоровья детей. При рассмотрении данного вопроса возникает множество других: Почему при относительно равных стартовых возможностях, дети к моменту поступления в школу демонстрируют разную степень психологического здоровья? В какие точки возрастного развития более оптимально учи-

тывать возможности и ресурсы семьи? Каким образом открытость–закрытость семьи выступает детерминантом психологического здоровья?

Психологическое здоровье своими корнями уходит в детство. А. де Сент-Экзюпери сказал, что «мы родом из детства, словно из какой-нибудь страны...». Понимание направления усложнения системы «психологическое здоровье» в онтогенезе позволит открыть новые пути работы с семьей, чтобы фраза Экзюпери стала восклицательной.

#### *Литература*

1. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия : краткий лекционный курс. СПб., 2001.
2. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб. : Питер, 2009. 336 с.
3. Выготский Л.С. Психология. М. : ЭКСМО-Пресс, 2000. 1008 с.
4. Котельников Г.А. Теоретическая и прикладная синергетика. Белгород, 2000. С. 147.
5. Клочко В.Е. Становление многомерного мира человека как сущность онтогенеза // Сибирский психологический журнал. 1998. Вып. 8–9. С. 7–15.
6. Клочко В.Е. Человек как самоорганизующаяся психологическая система // Человек как самоорганизующаяся психологическая система : материалы регион. конф. Барнаул : Изд-во Барнаул. гос. пед. ун-та, 2000. С. 3–7.
7. Клочко А.В., Краснорядцева О.М. Суверенность как результат становления человека в совмещенной психологической системе // Вестник Барнаульского государственного педагогического университета. Психолого-педагогические науки. 2001. № 1. С. 4–9.
8. Князева Е. и др. Единая наука о единой природе // Новый мир. 2000. № 3. С. 161–179.
9. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. Человек и мир. СПб. : Питер, 2003. 512 с.
10. Эйдемиллер Э.Г., Юстицки В.В. Психология и психотерапия семьи. СПб., 2000.

#### **ATTRACTORS OF PSYCHOLOGICAL HEALTH: FAMILY POSSIBILITIES AND RESOURCES**

**Artyukhova T.Yu.**, Cand. of Sci. (Psychology), associate professor, associate professor of the department of pedagogy and psychology, V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: tartjuchova@mail.ru

**Abstract.** Psychological health is considered as a combination of inner peace and physical comfort. It is a set of a child's abilities and qualities which help him or her to adapt to the society without any serious consequences. Mental health is based on a favorable psychological climate in a child's family. There is no doubt that a great amount of studies devoted to families exist. Addressing research on families in the context of shaping children's mental health revealed a lack of studies on this topic. The socio-economic situation has been changing. These changes have significantly influenced the modifications which happened to the family institution. The family structure, its values, the cast breakdown are constantly changing. First of all, these changes concern children. The grown-up family members understand the situation, they can explain it, but children appear to be in a state of uncertainty. The unstable emotional sphere is at risk: a child suffers when one of the parents is leaving; he or she is irregularly surrounded by excessive care in different situations which happen around him or her. In this research the category "attractor" is determined as "to involve", "to attract". An attractor is a set of states invariant under dynamic conditions, to which neighboring states in a given basin of attraction asymptotically approach in the course of dynamic evolution. It means the condition of any system which is preferable for functioning. Also it is the key concept of synergy which characterizes a relatively stable structure of an object. This structure attracts all possible trajectories of the system's elements, thereby directing their motion and evolution in a specific direction. Rethinking the determinations available, we can specify the attractors of psychological health as a combination of inner and external conditions which facilitate identifying the best option for the system, namely the option of a stable functioning for this individual system. Families have limitless possibilities and resources of self-organization as a system. The necessary condition is signifying the attractors of mental health in a family structure. The open space of the family would largely contribute to the development of psychological health of children. Considering this issue, there are many others: Why, having fairly equal opportunities, do children show varying degrees of psychological health by the time of school entry? At what point in the age development is it better to consider the possibilities and resources of the family? How does openness-closeness of the family act as a determinant of mental health? Psychological health is rooted in childhood. A. de Saint-Exupery said that "we come from childhood, as if from some country...". Understanding the direction of complication of the "mental health" system in ontogenesis will help to create new ways of working with the family to transform Saint-Exupery's phrase into an exclamatory one.

**Keywords:** psychological health; attractors; family; family resources.

## АНТИЦИПАЦИОННО-ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ДЕВИАНТНОМ ПОВЕДЕНИИ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

А.И. Ахметзянова

Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань, Россия  
E-mail: Anna.Ahmetzyanova@kpfu.ru

**Аннотация.** Работа посвящена анализу антиципационно-прогностических процессов как механизма социально-психологической адаптации личности при девиантном поведении.

**Ключевые слова:** социально-психологическая адаптация; антиципационно-прогностический механизм; девиантное поведение.

**Введение.** Поведенческие девиации как социальная и социально-психологическая проблема в настоящее время в описании представляются тенденциями роста распространенности, снижения возрастных границ их проявления, а также дифференцированностью (увеличением видов поведенческих девиаций) как в аддиктивном, так и в делинквентном поведении.

**Обзор литературы.** Осуществляя оценку степени научной разработанности проблемы изучения антиципационных и прогностических механизмов социально-психологической адаптации на базе информационного пространства научно-электронной библиотеки (eLibrary.ru) за последние 10 лет (2006–2016), выявлены следующие тенденции: во-первых, монотонно возрастающий характер исследовательской активности в изучении феноменов антиципации и прогнозирования (ежегодно объем научных публикаций по проблеме исследования антиципационно-прогностических процессов увеличивается в среднем 4,7 раза); во-вторых, диапазон исследований феномена прогнозирования в системе Российского индекса научного цитирования (РИНЦ) в 15 раз превышает объем исследований по изучению антиципации.

Что касается исследований феномена социально-психологической адаптации, то при значительном объеме научных работ, рассматривающих данный феномен, анализу механизмов социально-психологической адаптации посвящено лишь 2,3% от общего объема научных исследований по проблеме социально-психологической адаптации. При возрастании исследовательской активности в изучении феномена социально-психологической адаптации отмечается низкая дифференцированность: большинство исследований сосредоточено на изучении возрастных особенностей социально-психологической адаптации (34%), изучении социально-психологической адаптации в условиях профессиональной деятельности (28%), изучении социально-психологической адаптации обучающихся (18%). Изучению социально-психологической адаптации личности при девиантном поведении (различных категорий осужденных, пациентов с зависимостью и др.) посвящено лишь 1,2% научных работ.

**Методология, результаты.** Возникнув в рамках естественнонаучной парадигмы, категория адаптации существенно расширила границы своего смыслового содержания, включив в него социологические, психологические, социально-психологические, экономические, культурологические аспекты, что позволило приобрести статус междисциплинарной категории. Вместе с тем адаптация является сложной системной категорией, включающей в себя процессно-результатные, структурные, функциональные, генетические аспекты, что существенно затрудняет (делает фактически невозможным) изучение специфики данного феномена в рамках существующих к настоящему времени концепций социально-психологической адаптации. Противоречия преобладающего в настоящее время феноменологического подхода к изучению феномена социально-психологической адаптации приводят к необходимости более детального, системного изучения социально-психологической адаптации в контексте ее механизмов.

В качестве основных направлений исследования содержания адаптации в рамках психологических школ выделяют следующие: бихевиоральное направление (Дж. Уотсон и др.), психоаналитическое направление (З. Фрейд, Э. Эриксон, Г. Гартман и др.), когнитивное направление (Ж. Пиаже), интеракционистское направление (Л. Филипс), гуманистическое направление (К. Роджерс, А. Маслоу и др.), субъектно-деятельностный подход (Б.Д. Парыгин, К.К. Платонов, А.А. Налчаджян, А.А. Реан и др.), системный подход (Б.Ф. Ломов, Л.Г. Дикая и др.).

Представители бихевиорального направления рассматривают адаптацию в широком понимании как процесс удовлетворения потребностей индивида в соответствии с требованиями среды, приводящий к изменениям в поведении индивида, тем самым подчеркивая процессуальный (адаптация как процесс) и результативный (адаптация как состояние) аспекты категории адаптации. В данном случае происходит отождествление понятий адаптации и приспособления.

Концепция адаптации личности в рамках психоаналитического направления рассматривает адаптацию как состояние гомеостаза между личностью и средой. Так же как и представители бихевиорального направления, представители психоанализа отождествляют содержание категорий адаптации и приспособления.

Представитель когнитивного направления для описания процесса адаптации личности предложил специальные термины: ассимиляция и аккомодация. Эти два процесса происходят одновременно и составляют содержание процесса адаптации.

Согласно интеракционистскому подходу анализ категории «адаптация» позволяет выделить следующие аспекты. Во-первых, рассматривая адаптацию как состояние, при достижении которого личность удовлетворяет минимальным требованиям и ожиданиям общества, подчеркивается социальная направленность. Во-вторых, характеризуя адаптивное поведение успешным принятием решений, проявлением инициативы и ясным определением собственного будущего, отражается идея активности личности, а также преобразующий характер ее социальной активности. В-третьих, происходит разграничение понятий «адаптация» и «приспособление»: адаптация рассматривается как организованный способ справиться с типичными проблемными ситуациями, который формируется путем последовательного ряда приспособлений. То есть приспособление рассматривается лишь как компонент адаптации, проявляющийся при столкновении с конкретной проблемной ситуацией.

В рамках гуманистического направления адаптация рассматривается динамическое состояние оптимальности, что подчеркивает процессуально-результатирующие аспекты данной категории.

В рамках отечественной психологии, стоящей на позициях субъектно-деятельностного подхода, исследователи [5–8] определяют адаптацию как процесс приспособления индивида к изменяющимся условиям окружающей среды, а также как результат данного процесса. В качестве специфических особенностей адаптации отмечаются: активное участие сознания; влияние трудовой деятельности человека на среду; активное изменение человеком результатов своей адаптации в соответствии с социальными условиями бытия [5]. Б.Д. Парыгин (1985) разграничивает понятия «адаптация» и «адаптированность», рассматривая адаптацию как процесс, а адаптированность – как состояние, формирующееся в результате этого процесса [6]. В сложных проблемных ситуациях адаптивные процессы личности протекают с участием адаптивных комплексов, которые А.А. Налчаджян (1988) определяет как подструктуры характера личности, формирующиеся и закрепляющиеся в структуре личности при их актуализации и использовании в сходных социальных ситуациях [5]. А.А. Реан (2006) рассматривает феномен адаптации личности с точки зрения трех основных аспектов: адаптация как результат характеризуется степенью итоговой адаптированности, как процесс – своими пространственно-временными механизмами, как источник новообразований – комплексом активно формируемых качеств [8]. Адаптация включает в себя спектр самоизменений и выработку новых личностных качеств.

В рамках системного подхода процесс адаптации рассматривается в следующих направлениях: в системе «профессиональная среда – деятельность – личность»; в системе «социальная среда – профессиональная среда – внутренняя среда» человека. Содержательной стороной процесса адаптации является активное формирование (осознанное или неосознаваемое) субъектом стратегий и способов овладения ситуацией на разных уровнях регуляции поведения, деятельности, состояния [1, 10].

Историко-перспективные контексты анализа позволяют заключить следующее: во-первых, адаптация рассматривается как процесс, характеризующий пассивно-приспособительные и активно-преобразующие взаимосвязи личности и среды; во-вторых, в процессе адаптации происходят процессы как взаимного приспособления организма и среды, так и развития личности в измененных условиях; в-третьих, процесс адаптации запускается при изменении внешних условий, которые нарушают состояние внутреннего равновесия, целью которого является восстановление состояния равновесия, т.е. достижение состояния адаптированности.

Осуществляя анализ смысловых аспектов категории «адаптация», принимаем во внимание, что она основывается не только на пассивно приспособительных, но и на активно преобразующих связях человека с окружающей средой, представляя собой неразрывное единство тех и других форм связи. При этом адаптация понимается и как соответствующий процесс, и как его конечный результат, выраженный в состоянии адаптированности человека к факторам среды [9].

Обращение к логике системного подхода в качестве методологического основания изучения феномена социально-психологической адаптации мы принимаем как методологический путь изучения социально-психологической адаптации.

Интегрируя концептуальные основания системного подхода [2, 3] и содержательных концепций социально-психологической адаптации [5–9], согласно принципам метасистемного подхода, выступающего базовым методологическим основанием представляемого исследования, была организована теоретическая схема исследования социально-психологической адаптации как системного феномена.

Адаптация представляет собой процесс внешнего активного приспособления индивида к новым условиям существования, приводящий к внутренним изменениям [6]. Адаптированность рассматривается как результат процесса адаптации, т.е. как состояние адаптации [5]. Успешность адаптации во многом зависит от ряда личностных особенностей, в совокупности составляющих личностный адаптационный потенциал. К свойствам личности, обеспечивающим процесс адаптации, относится также адаптивность, которая рассматривается как свойство, способность личности приспосабливаться к изменяющимся условиям окружающей среды [4].

**Выводы и дальнейшие перспективы исследования.** При рассмотрении социально-психологической адаптации как процесса активного приспособления субъекта в условиях изменений, результатом которого является перестройка поведения в соответствии с изменившимися требованиями внешней социальной среды, необходимым условием успешности данного процесса являются анализ и оценка этих изменений. Антиципационно-

прогностические механизмы позволяют предугадывать новые события, что, в свою очередь, проявляется в виде опережающей реакции на будущие события в поведении и жизнедеятельности, позволяющей своевременно обеспечить перестройку поведения в соответствии с новыми требованиями.

Изучение антиципационно-прогностического механизма социально-психологической адаптации в диапазоне норма–патология на социальном уровне позволит прогнозировать девиантные проявления как в масштабе социума в целом, так и в масштабе отдельных социальных групп.

#### *Литература*

1. Дикая Л.Г. Психология саморегуляции функционального состояния субъекта в экстремальных условиях деятельности : дис. ... д-ра психол. наук. М., 2002. 342 с.
2. Карпов А.В. Психология деятельности : в 5 т. М., 2015. Т. 1: Метасистемный подход. 546 с.
3. Карпов А.В., Никишина В.Б., Петраш Е.А. Социальная идентичность: метасистемный подход // Курский научно-практический вестник. Человек и его здоровье. 2017. № 2. С. 124–134.
4. Маклаков А.Г. Общая психология. СПб. : Питер, 2016. 583 с.
5. Налчаджян А.А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии. М. : Эксмо, 2010. 368 с.
6. Парыгин Б.Д. Социальная психология. Проблемы методологии, истории и теории. СПб. : ИГУП, 1999. 592 с.
7. Платонов К.К., Глогочкин А.Д. Структура и развитие личности: психология личности. М. : Наука, 1986. 256 с.
8. Реан А.А., Кудашев А.Р., Баранов А.А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика. СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2006. 479 с.
9. Свенцицкий А.А. Социальная психология. М. : ТК Велби, Изд-во Проспект, 2004. 336 с.
10. Социальная психология / А.Л. Журавлев, В.А. Соснин, М.А. Красников. М. : Форум, 2011. 496 с.

#### **ANTICIPATIVE PROGNOSTIC MECHANISM OF SOCIAL PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN DEVIANT BEHAVIOR: THE PROBLEM STATEMENT**

**Akhmetzyanova A.I.**, Kazan (Volga region) Federal University, PhD, associate professor, head of the department of defectology and clinical psychology, Kazan, Russia. E-mail: Anna.Ahmetzyanova@kpfu.ru

**Abstract.** When trying to solve problems of patients' social rehabilitation going through treatment or suffering from addiction, or delinquent people (those who have just been released from prison or who have been still there), the most crucial question has been that of social and psychological adaptation as well as mechanisms of its regulation. Anticipative prognostic processes in this case would provide planning of one's behavior transformation directions based on the evaluation of external conditions. Returning to a "healthy" social environment from a pathological one imposes requirements on personality behavior and social functioning in general. Anticipative prognostic processes have the leading role in behavior regulation (their regulative function). Anticipation provides the basis for the target formation and behavior and activity programming, it is included into decision making, controlling and communicative processes. However, some discrepancy should be mentioned. Delinquent and criminal behavior tends to decline in the Russian Federation during the last decade on the one hand, but there has been a negative tendency regarding recidivism increase. On the other hand, the effectiveness of treatment processes and rehabilitation is growing, object content differentiation is rising and at the same time the manifestation age is lowering. The necessity for settlement of these contradictions at social and socio-psychological levels is the reason for studying anticipative prognostic mechanisms which can be used for social and psychological adaptation of people with deviant behavior (people who committed something offensive and being convicted to imprisonment, patients with addictive behavior). Anticipative prognostic mechanism evaluation within the limits of "standard-pathology" at the social level will allow predicting deviant behavior on a scale of separate groups and the society as a whole; at the socio-psychological level it will help to analyze adaptive personality resources under conditions of changeable social situations. It will help to plan and predict strategies of interpersonal communication.

**Keywords:** social psychological adaptation; anticipative prognostic mechanisms; deviant behavior.

УДК 159.9.07

#### **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА НЕЙРОМЕТРИИ В КОНТЕКСТЕ ИЗУЧЕНИЯ ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА**

**М.Д. Богданович<sup>1,2</sup>, С.В. Раудсепп<sup>1</sup>, М.В. Дан<sup>1</sup>, И.Я. Стоянова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ООО «Вербатория», Москва, Россия

<sup>2</sup> Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия  
E-mail: maria@verbatoria.ru; sergey@verbatoria.ru; marina@raudsepp.ru; ithka1948@mail.ru

**Аннотация.** Раскрываются возможности использования метода нейрометрии в контексте соотношения потенциальных возможностей деятельности и психического здоровья детей.

**Ключевые слова:** нейрометрия; нейроинтерфейс; потенциал развития; ритмы головного мозга.

Нейрометрия является способом определения потенциала высших психических функций человека. Данный метод в России является новейшим способом изучения человеческого потенциала развития. Его основная ценность – объективность исследования, так как отсутствует субъективный взгляд специалиста на навыки и

знания человека. Исследовательский проект существует уже 6 лет и применяется в работе с испытуемыми взрослого и детского возраста.

Изначально метод был направлен на изучение способностей детей с нарушением межличностных и коммуникационных связей (расстройства аутистического спектра). При исследовании способностей таких детей очень трудно применим классический способ изучения высших психических функций (ВПФ) с помощью традиционных нейропсихологических методик. Поэтому был создан способ, объединяющий несколько междисциплинарных методов анализа человеческого потенциала при помощи изучения биоритмов активности головного мозга во время когнитивной деятельности человека.

Если перевести суть данного метода в метафору, то ее можно представить следующим образом. В первый день своего рождения человек еще не обладает какими-либо навыками и умениями, но у него уже сформирован мозг, который функционирует, и в нем уже есть области нейронных ансамблей, отведенные на выполнение определенных высших психических функций, отвечающих за виды деятельности, освоение которых ребенку будет даваться легче, чем другим, на фоне интереса и удовольствия. Они и являются ресурсными. Другие виды деятельности будут осваиваться сложнее, сопровождаться реакциями сопротивления и избыточными волевыми усилиями, что может повлечь за собой нарушения здоровья.

Методологическим фундаментом данного метода выступила интеграция четырех дисциплинарных наук изучения человека: нейротехнологии, нейропсихологии, психологии и психофизиологии.

- Нейрофизиология позволяет собрать информацию о изученных физических сигналах и диапазонах, в которых регистрируются нужные показатели, направленных на выявление физиологических коррелятов ритмов мозга, в частности выяснение их роли в когнитивной деятельности. В работах А.М. Иваницкого [2, с. 79] изучены информационные процессы мозга и психическая деятельность человека, сформулированы следующие выводы:

1. При выполнении когнитивных заданий в электрической активности мозга человека появляются характерные ритмы тета-, альфа- и бетадиапазонов. Совокупность одновременно присутствующих ритмов образует характерный пространственно-частотный рисунок (паттерн).

2. Паттерны специфичны для разных типов когнитивной деятельности и высоко индивидуально-специфичны. Способность индивида к установлению ритмических паттернов, диагностируемых с помощью ЭЭГ при выполнении определенных когнитивных заданий, составляет «электроэнцефалографический портрет» личности, который устойчив и не меняется со временем.

В процессе нейрометрии человек выполняет нагрузку, направленную на определенную когнитивную задачу. В головном мозге при решении таких задач активируются определенные индивидуальные нейронные ансамбли (коннектомы), свидетельствующие об определенных показателях способностей человека в данном направлении. Полученные показатели сопоставляются с базой показателей метода нейрометрии, собранной благодаря анализу многочисленных исследований в нейрофизиологии.

- Развитие нейротехнологий и появление портативных нейроинтерфейсов дали возможность извлекать качественные данные биологической активности мозга в процессе когнитивных нагрузок на человека. Нейроинтерфейс – устройство для обмена информацией между мозгом и внешним устройством (компьютером), разработанное компанией NeuroSky. Задача разработчиков состояла в том, чтобы создать портативный нейроинтерфейс на основе изучения ЭЭГ и электромиографии (ЭМГ).

С помощью метода нейрометрии применяется неинвазивный нейроинтерфейс компании NeuroSky. При исследовании датчик настроен таким образом, чтобы отделять необходимые данные во время когнитивных нагрузок, не считывая диапазонов артефактов (таких как моргание, излишнее движение, биение сердца, внешний источник электричества).

- В рамках нейропсихологии ведущую позицию в мире занимает школа А.Р. Лурии [6], позволившая создать функциональную карту мозга, так называемую системную локализацию высших психических функций. Благодаря исследованиям данной школы получены выверенные методы нейропсихологической диагностики, изучающие специфические особенности определенных отделов и функций мозга, рассмотрение которых позволяет провести топическую диагностику ВПФ.

В процессе нейроскрининга применяются методики, направленные на изучение речи, логики, мышления, памяти, внимания и воображения человека. Такие методики – функциональные пробы – являются стимульным материалом при решении когнитивных задач во время эксперимента. Их цель связана с направлением внимания испытуемого на решение узконаправленных задач, выполнение которых осуществляется в отдельных блоках по принципу изолированности. Следует отметить, что при применении нейрометрии не рассматриваются навыки и знания человека. Ответы испытуемого не влияют на результат. В процессе нейрометрии используемые упражнения не являются навыками, но при этом вызывают всплеск мозговой активности при обдумывании задания.

- Доступность понимания интеллектуальных показателей для установления потенциала человека рассмотрена в рамках теории множественного интеллекта Г. Гарднера [1], рассматривающего интеллектуальные способности человека в разрез от общего понимания классического IQ. Им были выделены такие направления, как вербальный интеллект, логико-математический интеллект, музыкальный интеллект, пространственно-временной интеллект, кинестетический интеллект, являющиеся прикладными гранями интеллекта, и личностные грани интеллекта – межличностный и внутриличностный интеллект.

Полученные показатели при обработке результатов накладываются на данные грани, чтобы испытуемые (или родители несовершеннолетних) могли понять, в какой сфере деятельности выражены таланты или способности. Исследования показывают, что при повторной диагностике результаты прикладных граней практически не меняются.

Кроме того, метод нейрометрии дает возможность рассмотреть особенности памяти и внимания человека в процессе работы над когнитивными задачами (из многочисленных исследований ниже представлены работы А.Н. Лебедева и А.М. Иваницкого). Это помогает определить распределение памяти и внимания при запоминании или обработке какой-либо информации, установить показатели работоспособности, утомляемости или дефицита внимания при освоении испытуемым какой-либо деятельности.

Исследовательский проект направлен также на изучение выбора профессии с учетом личностного потенциала человека. Количество испытуемых по проекту превышает 4 000. Большой процент (82%) испытуемых пересмотрели свой подход к деятельности и согласились с тем, что направленность, указанная в измерениях, является ведущей в освоении деятельности, легче дается и сопровождается дополнительной мотивацией высокого интереса к ней. Большинство родителей отмечают, что благодаря полученным результатам нейрометрии они переориентировали детей на ресурсные виды деятельности, при этом у детей и подростков отмечаются положительные тенденции в достижении успехов.

Таким образом, с помощью нейрометрии испытуемые осознают свой природный потенциал, когнитивные возможности, направления корректировки образовательного маршрута, прогнозирование успеваемости и достижений, что позитивно сказывается на психическом здоровье.

Нужно отметить, что данный метод не рассматривает навыки и умения, которые формируются с учетом работоспособности, волевых усилий, условий и возможностей развития ребенка (родители, педагоги, сверстники, социум). В этой структуре нейрометрия помогает исследовать только ресурсный потенциал, расширяющий возможности достижений благодаря природным задаткам и способствующий сохранению здоровья.

В перспективе исследовательской работы предполагается рассмотреть изучение влияния выбора родителей на деятельность ребенка с учетом его индивидуальных способностей в контексте психического здоровья, определить взаимосвязи между показателями тревоги и качества жизни у ребенка при освоении ресурсных и нересурсных видов деятельности.

Пилотные исследования с помощью метода нейрометрии позволили сделать следующие выводы.

Наличие невысокого природного ресурса позволяет ребенку добиваться успехов в любой деятельности при наличии благоприятного окружения, стимулирующего мотивацию достижения. Похвала и поддержка всегда приводят к большим результатам в любой деятельности.

Собственный вклад ребенка в нересурсную деятельность связан с высокими эмоциональными перегрузками и высокой истощаемостью нервно-психических процессов.

Возможность освоения ресурсной деятельности ребенку дается легче, при этом остаются силы на освоение других видов деятельности.

Высокий потенциал ресурсной деятельности становится поддержкой при усвоении той деятельности, где потенциал снижен.

### *Литература*

1. Гарднер Г. Структура разума: теория множественного интеллекта : пер. с англ. М. : Вильямс, 2007. 512 с.
2. Иваницкий Г.А. Распознавание типа решаемой задачи по нескольким секундам ЭЭГ с помощью обучаемого классификатора : дис. ... д-ра биол. наук. М., 2007. 94 с.
3. Иваницкий А.М., Ильюченко И.Р., Иваницкий Г.А. Избирательное внимание и память – вызванные потенциалы при конкуренции зрительных и слуховых словесных сигналов // Журнал высшей нервной деятельности. 2003. Т. 53. С. 541–551.
4. Лебедев А.Н., Скопинцева Н.А., Бычкова Л.П. Связь памяти с параметрами электроэнцефалограммы // Современная психология. 4.1. М. : ИПРАН, 2002. С. 72–79.
5. Лурья А.Р. Основы нейропсихологии : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М. : Академия, 2003. 384 с.
6. Костюнина М.Б. Энцефалограмма человека при мысленном воспроизведении эмоционально-окрашенных событий // Журнал высшей нервной деятельности. 1998. Т. 48. С. 213–221.
7. Николаев А.Р., Иваницкий Г.А., Иваницкий А.М. Воспроизводящиеся паттерны альфа-ритма ЭЭГ при решении психологических задач // Физиология человека. 1998. Т. 24. С. 8.

### **DIAGNOSTIC POSSIBILITIES OF NEUROMETRY IN THE CONTEXT OF STUDYING CHILDREN'S PERSONAL POTENTIAL AND THEIR MENTAL HEALTH**

**Bogdanovich M.D.**, clinical psychologist, postgraduate student of the department of psychological counseling and psychotherapy, Tomsk State University (Tomsk, Russia), head of the department of verboria project methodology, Verboria Centre (Moscow, Russia). E-mail: maria@verbatoria.ru

**Raudsepp S.V.**, author of the neuro-diagnostic method for talent, verboria project manager, member of the Neuronet Union, Verboria Centre (Moscow, Russia). E-mail: sergey@verbatoria.ru

**Dan M.V.**, cand. of sci. (psychology), clinical psychologist, psychotherapist (Moscow, Russia). E-mail: marina@raudsepp.ru

**Stoyanova I.Ya.**, dr. of psychology, leading researcher, the department of preventive psychiatry, Research Institute of Mental Health (Tomsk, Russia); professor, the department of psychological counseling and psychotherapy, Tomsk State University (Tomsk, Russia). E-mail: ithka1948@mail.ru

**Abstract.** The article describes the possibilities of applying the method of neurometry in terms of the relationship between potentialities of activity and children's mental health. Through the analysis of biorhythms of brain activity during cognitive tasks, natural human capacities are being studied. This method possesses a spectrum of opportunities for research and applied areas of psychological science.

**Keywords:** neurometry; neurointerface; development potential; brain biorhythms.

УДК 159.97

## СУБЪЕКТИВНАЯ КАРТИНА ЖИЗНЕННОГО ПУТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОПЫТОМ ПЕРЕЖИВАНИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ

К.А. Боженкова

Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия  
E-mail: bozhenkova.k@mail.ru

*Исследование выполнено при поддержке гранта РГНФ, проект 17-36-00014  
«Геронтологическое насилие в структуре жизненного мира пожилых людей».*

**Аннотация.** Актуализируется проблема субъективной картины жизненного пути у лиц пожилого возраста с опытом переживания геронтологического насилия. Выявлено, что пожилые люди, переживающие опыт геронтологического насилия, имеют более низкую продуктивность воспроизведения образов собственной жизни, у них снижен показатель актуализации радостных событий, прошедших радостных и будущих радостных событий. Определено, что они менее социально адаптированы ввиду высокой продуктивности прошедших грустных и будущих грустных событий. Большинство из них склонны к частым сомнениям и опасениям по незначительному поводу, не уверены в себе, в будущем, для них характерны потеря прежнего и отсутствие иного смысла жизни, у них не выстроены «здоровые» отношения с ближайшим окружением. Полученные результаты определяют задачи психологической помощи пожилым людям с опытом переживания геронтологического насилия.

**Ключевые слова:** геронтологическое насилие; пожилые люди; субъективная картина жизненного пути; психологическое время.

Основным противоречием, определяющим необходимость научной разработки проблемы геронтологического насилия, являются, с одной стороны, увеличение численности пожилых людей и задачи защиты их от насилия (в его различных видах), сохранения активного долголетия и качества жизни, с другой – ограниченность научных данных о психологии геронтологического насилия и разработанности практических аспектов кризисологии пожилого возраста. Вследствие необратимых процессов старения в человеческом организме в результате физиологических, психологических изменений слабеют жизненные силы, способность самообслуживания, появляется беспомощность [5]. Определенная часть пожилых людей вынуждена пользоваться помощью родных, близких, друзей, дальних родственников, представителей социальных организаций. Для многих «опекунов» уход, забота о старших становится обузой, нежелательной нагрузкой, что нередко приводит к возникновению конфликтных ситуаций, сопровождающихся насильственными актами по отношению к подопечным.

Геронтологическое насилие рассматривается как противоправное действие, расходящееся с общепринятыми в данном обществе социокультурными нормами, социальными образцами поведения в отношении пожилых людей, результатом его является нанесение им физического, морального, психологического, экономического вреда, ограничивающего пожилых людей в выборе и возможностях приемлемого уровня жизни.

Пожилым человеком, переживающим опыт насилия, чувствует свою незащищенность, неуверенность в собственном будущем. По мнению Р.А. Ахмерова, Е.И. Головахи, Е.И. Донченко, А.А. Кроник, Т.М. Титаренко, это может быть объяснено тем, что в критической ситуации нарушается система саморегуляции, обеспечивающая синхронную работу рационального и иррационального в психике человека. В исследованиях Н.В. Тарабриной, М.Е. Зеленовой, Е.О. Лазебной и других исследователей выявлено, что наличие психической травмы (военные действия, насилие и др.) оказывается тесно связано с восприятием жизненной перспективы. В частности, изменяется эмоциональное отношение к будущему, может наблюдаться снижение способности строить предсказуемое будущее [6]. Л.А. Гаязова утверждает, что в силу индивидуальных различий не все люди в одинаковой степени восприимчивы к насилию. Существуют личностные качества, которые активизируются под воздействием ситуации риска и являются психологическими предпосылками превращения личности в жертву. Распространение получило изучение феномена психики человека, состоящего в способности личности сохранять психологическое благополучие и в некоторых случаях, используя полученный негативный опыт, развиваться в сторону укрепления психологического ресурса сопротивляемости трудным жизненным ситуациям [3]. Ряд ученых отмечают, что субъективная картина жизненного пути выступает ведущим фактором, детерминирующим успешность включения в социальную жизнь общества, определяющим направление эффективного самоопределения, саморазвития и самореализации личности в течение ее жизненного пути.

Б.Г. Ананьев применял понятие «субъективная картина жизненного пути» для обозначения разнообразных форм биографии в индивидуальном сознании. По мнению А. Кроника, «субъективная картина жизненного пути – это некий “психический образ, в котором отражены социально обусловленные пространственно-временные характеристики жизненного пути (прошлого, настоящего и будущего, его этапы, события и их взаимосвязи)”» [4]. Благодаря идеям С.Л. Рубинштейна, Б.Г. Ананьева и их учеников, субъективный образ жизненного пути личности оформился в отечественной психологии в качестве отдельного предмета исследования (К.А. Абульханова, Р.А. Ахмеров, Е.И. Головаха, А.А. Кроник, В.И. Ковалев, Н.А. Логинова, В.В. Нуркова, Л.А. Регуш, К. Левин, Ж. Нюттен, Х. Томэ и др.). За рубежом проблема субъективной картины жизненного пути (СКЖП) и психологического времени личности отражена в работах К. Левина, Ж. Нюттена, Х. Томэ, Л. Франка и др. авторов.

Были рассмотрены особенности восприятия жизненного пути в разные периоды взрослости (Е.Н. Чуева, 2012), которые заключаются в том, что пожилые люди отличаются структурированностью и дифференцированностью в описании жизненного пути, эмоциональной насыщенностью воспроизводимых образов, связностью и логикой воспроизведения жизненных событий [7]. В другом исследовании (А.Н. Афанасьева, 2011), выявлено, что поздняя взрослость имеет как общее, так и особенное в когнитивных и эмоциональных характеристиках субъективной картины жизненного пути по сравнению с этапом ранней и средней взрослости [1]. Встречаются работы, в которых описана деформация субъективной картины жизненного пути при формировании психопатологии (В.С. Хомик, 1985).

Однако изучение субъективной картины жизненного пути пожилого человека в ее связи с таким аспектом жизни личности, как переживание опыта геронтологического насилия, не нашли достойного отражения в науке, что обуславливает актуальность заявленной темы исследования и цели пилотного исследования.

**Цель исследования:** выявление особенностей субъективной картины жизненного пути у лиц пожилого возраста с опытом переживания геронтологического насилия.

**Материал и методы исследования.** В исследовании приняли участие психически здоровые пожилые люди, всего 60 человек, из них 46 женщин и 14 мужчин в возрасте 65–95 лет. Сбор эмпирического материала проводился на базе ОГАУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Томской области» и ОГАУ Дом-интернат для престарелых и инвалидов. В работе использовалась методика «Психологическая автобиография» Е.Ю. Коржовой. Методика позволяет выявить особенности восприятия значимых жизненных событий в жизни человека. Называя значимые события своей жизни, человек преломляет их через свое «Я». Таким образом, методика предоставляет возможность изучить наиболее существенно связанные с личностью особенности восприятия ситуаций, особенности психологической среды или субъективных ситуаций в жизни человека [2].

Статистическая обработка данных производилась в программе SPSS Statistics 21 и с помощью описательной статистики, сравнительного анализа методом критерия Манна–Уитни.

События жизненного пути, анализировались по следующим критериям: продуктивность (количество) воспроизведения образов прошлого и будущего, значимость (интенсивность) жизненных событий, тип и вид жизненных событий [2].

Классификация, положенная в основание выделения типов и видов событий, принадлежит Н.W. Reese, M.A. Smyer и делит все события на четыре типа:

- I. Биологический.
- II. Личностно-психологический.
- III. Тип событий, относящихся к изменениям физической среды.
- IV. Тип событий, относящихся к изменениям социальной среды.

Виды событий выделяются по следующим жизненным сферам:

1. Родительская семья.
2. Брак.
3. Дети.
4. Место жительства.
5. Здоровье.
6. «Я».
7. Общество.
8. Межличностные отношения.
9. Материальное положение.
10. Учеба, повышение квалификации.
11. Работа.
12. Природа.

Испытуемому предлагается перечислить наиболее важные события жизни, в том числе и ожидаемые, обозначив соответствующие им примерные даты; затем каждое событие предлагается оценить как радостное (от +1 до +5) или грустные (от –1 до –5).

#### **Результаты:**

1. Пожилые люди, переживающие опыт геронтологического насилия, имеют более низкую продуктивность воспроизведения образов собственной жизни, у них в целом достаточно снижен показатель актуализации

радостных событий, прошедших радостных и будущих радостных событий, что может быть связано с переживанием стрессовых ситуаций, по сравнению с пожилыми людьми без опыта насилия. Респонденты, переживающие опыт геронтологического насилия, больше сосредоточены на печальных сторонах своей жизни, меньше надеются на радостные перемены в будущем, чем респонденты без опыта насилия, которые ориентированы на радостные события. Таким образом, можно сказать, что пожилые люди, переживающие опыт геронтологического насилия, отличаются пессимистическим видением прошлого, у них практически отсутствует опора на позитивный опыт, что предполагает травму, боль, восприятие «прошлого как черной полосы», по сравнению с респондентами без опыта насилия, которые имеют интерес к будущему, признают печальные и радостные стороны жизни.

2. Пожилые люди, переживающие опыт геронтологического насилия, имеют более низкий «вес» жизненных событий в своей субъективной картине жизненного пути по сравнению с респондентами без опыта насилия. Пожилые люди, переживающие опыт геронтологического насилия, не придают столь важного значения событиям, происходящим в их жизни, по сравнению с пожилыми людьми без переживания насилия. Жизненные события находят более эмоциональный отклик в жизни пожилых людей без опыта переживания насилия.

3. Для респондентов, переживающих опыт геронтологического насилия, наиболее значимыми на протяжении всего жизненного пути являются социальные события, в отличие от респондентов, без опыта насилия. Можно предположить, что пожилые люди, переживающие опыт геронтологического насилия, менее социально адаптированы ввиду высокой продуктивности прошедших грустных и будущих грустных событий. Большинство из них склонны к частым сомнениям и опасениям по незначительному поводу, не уверены в себе, в будущем, отмечается потеря прежнего и отсутствие иного смысла жизни, у них не выстроены «здоровые» отношения с ближайшим окружением.

В целом полученные результаты позволяют определить задачи психологической профилактики геронтологического насилия и психологической помощи пожилым людям, переживающим опыт геронтологического насилия.

#### *Литература*

1. Афанасьева А.Н. Особенности субъективной картины жизненного пути женщины на этапе поздней зрелости // Научные ведомости. Сер. Гуманитарные науки. 2011. № 24 (119), вып. 12. С. 262–271.
2. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций. М. : Рос. педагог. агентство, 1998. 263 с.
3. Гаязова Л.А. Личностные особенности пожилого человека, обеспечивающие его защищенность от психологического насилия в ближайшем социальном окружении : автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2007.
4. Демина Л.Д., Ральникова И.А. Психологическое здоровье и защитные механизмы личности : учеб. пособие. Барнаул : Изд-во Алт. гос. ун-та, 2005. 132 с.
5. Пучков В.И. Концептуальные основания превенции геронтологического насилия в современном Российском обществе : автореф. дис. ... д-ра социол. наук. Самара, 2009.
6. Сурикова Я. А. Влияние кризисной ситуации на особенности построения субъективной картины жизненного пути личности // Молодой ученый. 2012. № 4. С. 372–379.
7. Чуева Е.Н. Особенности восприятия жизненного пути в разные периоды зрелости // Вестник КРАУНЦ. Гуманитарные науки. 2011. № 2. С. 101–109.

#### **THE SUBJECTIVE LIFE COURSE PICTURE IN ELDERLY PEOPLE HAVING EXPERIENCED GERONTOLOGICAL VIOLENCE**

**Bozhenkova K.A.**, postgraduate student of the department of psychotherapy and psychological counseling, TSU, Tomsk, Russia.  
E-mail: bozhenkova.k@mail.ru

**Abstract.** The article actualizes the problem of the subjective life course picture in the elderly with having experienced gerontological violence. The author presents the results of a pilot study showing that elderly people with an experience of gerontological violence have a lower productivity of reproducing images of their own lives, their indicators of actualization of joyful events, as well as ones in the past and the future are also reduced. It is revealed that they are less socially adapted due to their high productivity of past and future sad events. Most of them are prone to frequent doubts and fears regarding insignificant occasions, are not confident in themselves and their future, with the loss of the former and the absence of another meaning of life, they do not have "healthy" relationships with their closest associates. The results obtained determine the tasks of psychological care and support for elder people with an experience of gerontological violence.

**Keywords:** gerontological violence; elderly people; subjective life course picture; psychological time.

## ОСОБЕННОСТИ ЗАЩИТНОГО И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК

И.В. Борисова, Е.С. Ермакова

Брянский государственный университет им. академика И.Г. Петровского, Брянск, Россия  
E-mail: lmarbor1@yandex.ru; lmarbor1@yandex.ru

**Аннотация.** Представлены результаты эмпирического исследования защитного и совладающего поведения юношей и девушек.

**Ключевые слова:** защитное поведение; совладающее поведение; механизмы психологической защиты; стратегии совладающего поведения; юноши и девушки.

**Введение.** В нашем быстро изменяющемся мире любому человеку приходится сталкиваться и справляться с огромным количеством трудных стрессовых ситуаций. В юношеском возрасте формируются мировоззрение, жизненные установки и ценности, происходит личностное и профессиональное самоопределение, завершается формирование половой идентификации и сексуальной ориентации, закрепляются способы поведения в различных жизненных ситуациях. Юноши и девушки выходят на порог взрослой жизни, где им самим предстоит решать многочисленные проблемы и преодолевать трудные и стрессовые ситуации. В связи с этим важное значение имеет изучение специфики защитного и совладающего поведения юношей и девушек, которое должно помогать эффективно справляться с различными трудностями и стрессами.

**Обзор литературы.** Под психологической защитой будем понимать специальную систему стабилизации личности, направленную на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта [2].

Психологическая защита есть у любого человека, маленького и большого, больного и здорового, слабого и сильного. Психологическая защита осуществляется как результат действия целого комплекса психологических защитных механизмов. В психологической литературе описано до 40 механизмов психологической защиты. В нашей работе мы, вслед за Р. Плутчиком, выделяем отрицание, подавление, регрессию, компенсацию, проекцию, замещение, интеллектуализацию, реактивное образование как механизмы психологической защиты. Если механизмы психологической защиты выражены чрезмерно, то окружающая реальность сильно искажается и человек будет вести себя неадекватно. Если механизмы психологической защиты развиты слабо, то человек страдает от самообвинений. Механизмы психологической защиты формируются с детства и срабатывают бессознательно в трудных стрессовых ситуациях [5].

Выделяют примитивные и зрелые, эффективные и неэффективные механизмы психологической защиты [2].

Под совладающим поведением будем понимать «целенаправленное социальное поведение, позволяющее субъекту справиться с трудной жизненной ситуацией (или стрессом) способами, адекватными личностным особенностям и ситуации, через осознанные стратегии действий» [4].

Ранее нами изучались особенности совладающего поведения студентов факультета физической культуры с разными уровнями тревожности [1].

Существует точка зрения, что есть эффективные и неэффективные способы совладающего поведения. Так, стратегия, связанная с решением проблемы, считается эффективной, а стратегии, связанные с проявлением эмоций в трудной стрессовой ситуации и уходом от проблемы, неэффективными. Такое разбиение является условным и верно только в том случае, если проблема в принципе поддается решению. Во всех остальных случаях стратегия, связанная с решением проблемы, становится неэффективной. Любая стратегия совладающего поведения направлена на снятие напряжения и сохранение самоуважения в трудной стрессовой ситуации. Если стратегия справляется со своей целью, значит она эффективна. Правда, приходится учитывать цену, которую человеку приходится за это заплатить. Иногда цена настолько велика, что стратегию нельзя признать эффективной, даже если она достигла цели [3, 6].

**Методология, результаты.** В эмпирическом исследовании приняли участие 39 учащихся 10–11-х классов общеобразовательной школы, из них 18 юношей и 21 девушка.

Исследование проводилось с помощью методики «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика для выявления механизмов психологической защиты и общей напряженности психологической защиты и методики «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью критерия Манна–Уитни и критерия корреляции Спирмена. Данные обрабатывались с помощью компьютерной программы SPSS 22.

Типы психологической защиты юношей и девушек представлены в табл. 1 и на рис. 1.

Как видно из табл. 1, юноши чаще других механизмов психологической защиты используют интеллектуализацию, проекцию, компенсацию и реже всего регрессию. Для юношей характерны использование интеллектуальных ресурсов для устранения эмоциональных переживаний, перенос собственных неприятных чувств, желаний и качеств на других людей, преодоление реальных или воображаемых недостатков и нехарактерно

использование детских форм поведения. Девушки чаще других механизмов психологической защиты используют проекцию и реактивное образование и реже всего замещение. Для девушек характерны неосознанный перенос собственных неприемлемых чувств, желаний и качеств на других людей и замена мыслей, чувств, поступков на прямо противоположные и нехарактерен перенос действий с недоступного объекта на доступный.

Таблица 1

**Психологическая защита юношей и девушек**

Типы психологической защиты	Юноши n <sub>1</sub> =18	Девушки n <sub>2</sub> =21	Достоверность различий
Отрицание	44,0	49,4	0,308
Подавление	49,5	45,6	0,587
Регрессия	29,8	48,8	<b>0,002*</b>
Компенсация	50,0	51,9	0,770
Проекция	52,6	65,6	<b>0,009*</b>
Замещение	41,6	46,2	0,666
Интеллектуализация	55,6	50,4	0,477
Реактивное образование	45,6	59,5	0,053
Общая напряженность психологической защиты	45,6	53,5	<b>0,019*</b>

Примечание. \* – различия статистически достоверны при  $p \leq 0,05$ .



Рис. 1. Психологическая защита юношей и девушек

Таблица 2

**Совладающее поведение юношей и девушек**

Типы совладающего поведения	Юноши n <sub>1</sub> =18	Девушки n <sub>2</sub> =21	Достоверность различий
Проблемно-ориентированный копинг	54,8	51,1	0,364
Эмоционально-ориентированный копинг	40,2	43,7	0,460
Копинг, ориентированный на избегание	41,3	51,9	<b>0,12*</b>
Отвлечение	19,2	24,9	<b>0,007*</b>
Социальное отвлечение	14,4	16,9	0,202

У юношей более выражены подавление и интеллектуализация и менее выражены отрицание, регрессия, компенсация, проекция, замещение, реактивное образование и общая напряженность психологической защиты по сравнению с девушками.

Обнаружены статистически значимые различия по регрессии, проекции и общей напряженности психологической защиты между юношами и девушками. Юноши реже используют регрессию и проекцию в трудных стрессовых ситуациях, и общая напряженность психологической защиты у них ниже, чем у девушек.

Общая напряженность психологической защиты у юношей в норме, а у девушек превышает пороговое значение, что свидетельствует о том, что девушки сильнее искажают объективную реальность, для того чтобы снять напряжение и сохранить самоуважение в трудных стрессовых ситуациях.

Типы совладающего поведения юношей и девушек представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, у юношей среди всех типов совладающего поведения преобладает проблемно-ориентированный копинг, который направлен на решение проблемы, девушки чаще всего используют копинг, ориентированный на избегание, который предполагает уход от проблемы, а не ее решение, и проблемно-

ориентированный копинг. И у юношей, и у девушек среди других видов копинга наименее выражен эмоционально-ориентированный копинг, который связан с эмоциональным реагированием на ситуацию.

Юноши чаще, чем девушки, используют проблемно-ориентированный копинг и реже – эмоционально-ориентированный копинг, копинг ориентированный на избегание. Установлены статистически значимые различия между юношами и девушками по копингу ориентированному на избегание, и отвлечению. Юноши реже в трудной стрессовой ситуации используют избегание и отвлечение.

**Выводы и дальнейшие перспективы исследования.** Установлено, что юноши чаще других механизмов психологической защиты используют интеллектуализацию, проекцию, компенсацию и реже всего регрессию. Девушки чаще других механизмов психологической защиты используют проекцию и реактивное образование и реже всего замещение. Юноши в трудных стрессовых ситуациях чаще используют проблемно-ориентированный копинг и реже эмоционально-ориентированный копинг, девушки – чаще копинг, направленный на избегание, и проблемно-ориентированный копинг, реже – эмоционально-ориентированный копинг.

Обнаружены статистически значимые различия между юношами и девушками по механизмам психологической защиты, которые используются бессознательно в трудной стрессовой ситуации для снятия напряжения и сохранения самоуважения, и по стратегиям совладающего поведения, которые используются сознательно в трудной стрессовой ситуации для снятия напряжения и сохранения самоуважения.

В группе всех обследуемых девушек регрессия, проекция и общая напряженность психологической защиты значимо выше по сравнению с группой всех обследуемых юношей. Совладающее поведение, направленное на избегание, значимо чаще используют девушки, чем юноши.

Полученные данные можно использовать в коррекционной работе, направленной на формирование сознательного эффективного поведения в трудных стрессовых ситуациях у юношей и девушек.

### *Литература*

1. Борисова И.В. и др. Особенности совладающего поведения студентов факультета физической культуры с разными уровнями тревожности // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. 2011. № 10 (80). С. 42–45.
2. Грановская Р.М., Никольская И.М. Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2010. 352 с.
3. Исаева Е.Р. Совладающее со стрессом и защитное поведение личности при расстройствах психической адаптации различного генеза: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2010. 48 с.
4. Крюкова Т.Л., Гущина Т.В. Культура, стресс и копинг: социокультурная контекстуализация исследований совладающего поведения. Кострома: Костромской гос. ун-т им. Н.А. Некрасова, 2015. 236 с.
5. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика. Мытищи: Талант, 1996. 144 с.
6. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Психология совладающего поведения: развитие, достижения, проблемы, перспективы / под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко // Совладающее поведение: современное состояние и перспективы. М.: Ин-т психологии РАН, 2008. С. 21–54.

### **PECULIARITIES OF PROTECTIVE AND COPYING BEHAVIOR IN MALE AND FEMALE YOUTH**

**Borisova I.V.**, cand. of sci. (psychology), associate professor of the department of psychology, associate professor of the department of general and professional psychology, Academician I.G. Petrovsky Bryansk State University, Bryansk, Russia. E-mail: Irmarbor1@yandex.ru

**Ermakova E.A.**, student, Academician I.G. Petrovsky Bryansk State University, Bryansk, Russia. E-mail: Irmarbor1@yandex.ru

**Abstract.** The article presents the results of an empirical study on protective and coping behavior in male and female youth. In this study, 39 people from 10-11 grades of the secondary education school in Bryansk took part, 18 of them were boys and 21 were girls. The study was carried out using R. Plutchik's Life Style Index to identify mechanisms of psychological defense and its total intensity, as well as the Ways of Coping instrument by R. Lazarus. The statistical processing of the data collected was carried out using the Mann-Whitney criterion and the Spearman correlation criterion. The data were processed using the computer program SPSS 22. It is established that young men more often than other mechanisms of psychological defense use intellectualization, projection, compensation and, most rarely, regression. Girls more often than other mechanisms of psychological defense use projection and reactive formation and the least of all replacement. Boys in difficult stress situations often use problem-oriented coping and less often emotionally-oriented copying, girls more often use coping aimed at avoidance and problem-oriented copying, less often – emotionally-oriented copying. There are statistically significant differences between young males and females in psychological defense mechanisms strategies for coping behavior that are used unconsciously in a difficult stressful situation to relieve tension and preserve self-esteem. In the group of all the girls surveyed, regression, projection and the total intensity of psychological defense are significantly higher than in the group of all the young men surveyed. Conducting behavior aimed at avoidance is much more often used by girls than young men. The results obtained can be used in correctional work aimed at the formation of conscious effective behavior in difficult stressful situations in male and female youth.

**Keywords:** protective behavior; coping behavior; mechanisms of psychological defense; strategies of coping behavior; boys and girls.

## АДАПТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ОТНОШЕНИЕМ К ОСОБЕННОСТЯМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

И.С. Быкова<sup>1</sup>, Д.И. Колыч<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

<sup>2</sup> Оренбургская областная клиническая психоневрологическая больница, Оренбург, Россия

E-mail: bykova.i@inbox.ru

**Аннотация.** Рассмотрены механизмы психологической защиты и копинг-стратегии отцов и матерей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра, специфика их отношения к нарушению развития и взаимосвязь между совладающим поведением и отношением к особенностям психического развития ребенка.

**Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра; психологические защиты; копинг-стратегии; родители детей-аутистов.

**Введение.** По оценкам ВОЗ на февраль 2016 г., расстройства аутистического спектра (РАС) встречаются у одного из 160 детей. Данные эпидемиологических исследований последних 50 лет показывают, что частота встречаемости РАС растет во всем мире. Число случаев аутизма на 1 000 детей резко возросло с 1996 по 2007 г. Ученые до сих пор не могут прийти к единому мнению о возможных причинах такого скачка. Называются различные факторы, в том числе и изменение диагностических критериев данного заболевания. Тем не менее рост зарегистрированных случаев аутизма вызвал активный интерес исследователей к этой проблеме, который сохраняется и в настоящее время [5, 7].

Формирование первичных социальных потребностей ребенка, таких как потребность в социальном контакте, доверии к миру и привязанности, является главной задачей семьи [4]. Семья аутичного ребенка испытывает постоянные сложности и ограничения, связанные со спецификой заболевания ребенка, что оказывает значимое влияние на динамику психического развития и социальную адаптацию детей с РАС. Отношения, складывающиеся между больным ребенком и его родителями, особенности его воспитания определяют становление индивидуально-психологических характеристик ребенка, многие из которых непосредственно отражаются на динамике заболевания [1, 3, 6, 9]. В зависимости от того, насколько адекватно и адаптивно отношение к особенностям развития ребенка, оно может как способствовать терапевтическому процессу, так и препятствовать ему. Следовательно, для оптимизации процесса лечения и повышения качества жизни родителей и ребенка, необходимо организовывать специальную терапевтическую среду. Для успешной реализации этой цели необходимо понимать, от чего зависит отношение к специфике развития ребенка. В данном исследовании проверяется один из возможных факторов, который может обуславливать особенности отношения к психическому расстройству ребенка, – адаптивный потенциал родителей [2, 7, 10].

Цель исследования: определить особенности адаптивного потенциала родителей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра, и его взаимосвязь с отношением к особенностям психического развития ребенка.

Для реализации цели сформулированы следующие задачи:

1. Провести исследование механизмов психологической защиты, используемых родителями, воспитывающими детей с расстройствами аутистического спектра.
2. Определить копинг-механизмы родителей детей с РАС.
3. Исследовать отношение к болезни ребенка.
4. Выявить взаимосвязь механизмов психологической защиты и копинг-механизмов с отношением к болезни ребенка.

**Методы и материалы исследования.** В исследовании приняли участие 70 родителей обоего пола в возрасте от 25 до 36 лет, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра в полных семьях.

Реализация задач осуществлялась посредством клинико-психологического и экспериментально-психологического методов, метода математической статистики (коэффициент корреляции Пирсона).

Исследование проводилось с использованием следующих методик: «Индекс жизненного стиля» (К. Келлерман, Р. Плутчик); «Копинг-стратегии» (Э. Хейм); «Диагностика отношения к болезни ребенка» (В.Е. Каган, И.П. Журавлева).

**Результаты исследования.** Проведен анализ процентной выраженности используемых механизмов психологических защит у отцов и матерей детей с РАС. Механизмы психологических защит отцов можно ранжировать следующим образом (в соответствии с процентной выраженностью каждого механизма): проекция (52,75%); рационализация (47,25%); вытеснение (46,70%); гиперкомпенсация (27,50%); вытеснение (26,70%); компенсация (22,50%); регрессия (19,12%); замещение (13,30%). Общая напряженность защит, используемых отцами, равняется 33,88%. У матерей на первые места вышли механизмы рационализации (47,58%) и проекции

(43,75%); далее идут отрицание (41,27%); гиперкомпенсация (27,50%); вытеснение (26,70%); компенсация (22,50%); регрессия (19,12%); замещение (13,30%). Общая напряженность защит матерей равна 29,7%.

Таким образом, матери склонны прибегать к механизмам рационализации, проекции и отрицания. Отцы предпочитают использовать механизмы проекции, рационализации и вытеснения. У родителей имеется сходство предпочитаемых механизмов психологических защит, так, и у матерей, и у отцов наиболее часто встречаются проекция и рационализация. Это означает, что родители склонны неосознаваемые и неприемлемые для них чувства и мысли локализовать вовне, приписывая другим людям и таким образом делая их вторичными, и создают логические, как им кажется, основания поведения, действий или переживаний, вызываемых причинами, которые они не могут признать, чтобы не потерять самоуважение.

На рис. 1 наглядно показаны различия в процентной выраженности используемых механизмов психологических защит отцов и матерей, воспитывающих детей с РАС.

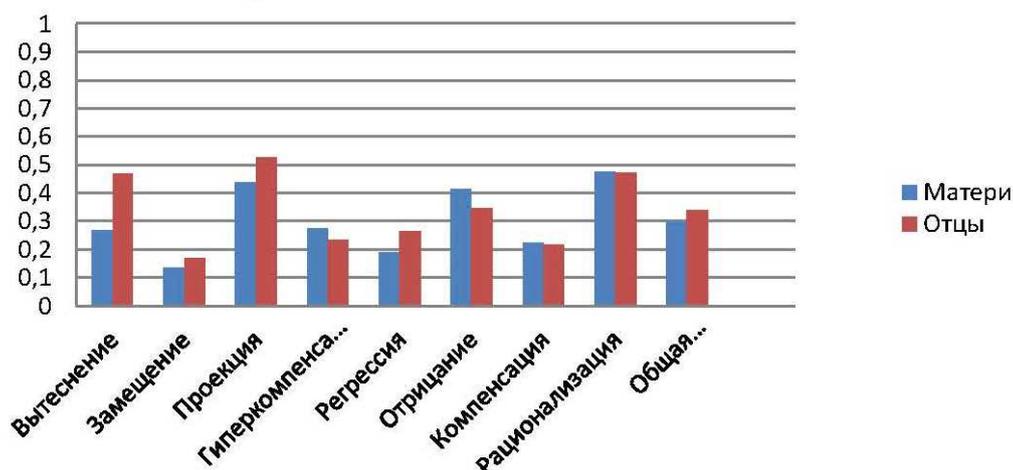


Рис. 1. Результаты исследования механизмов психологических защит у родителей детей с РАС

В ходе исследования копинг-механизмов, используемых родителями детей с РАС, с помощью опросника Э. Хейма получены следующие результаты: среди когнитивных стратегий матерей наиболее выражены «относительность» (22,2%), «сохранение самообладания» (18,6%) и «религиозность» (14,8%). В данной сфере лидирует по выраженности механизм «относительность», который является относительно-адаптивным. Матери склонны свои проблемы считать не такими тяжелыми относительно проблем других людей. В стрессовой ситуации они стараются сохранять самообладание. Некоторые находят утешение в религии.

Среди эмоциональных механизмов наиболее выражен адаптивный механизм «оптимизм» (70,4%). Среди неадаптивных копингов наиболее выражен механизм «подавление эмоций» (11,1%), а также «самообвинение» (3,7%).

Анализ поведенческих стратегий совладающего поведения показал, что матери более склонны к «обращению» (37,1%), на втором месте «сотрудничество» (29,6%), на третьем – «альтруизм» (18,5%). Первые две стратегии являются адаптивными, а третья относительно адаптивной.

Подводя итог описанию копинг-механизмов, используемых матерями, следует отметить, что в каждой из трех сфер у матерей присутствуют неадаптивные и относительно-адаптивные стратегии совладающего поведения. В когнитивной сфере относительно адаптивные механизмы преобладают над всеми остальными. Это означает, что в каждой из сфер имеется тенденция к непродуктивному совладанию со стрессом, но в эмоциональной и поведенческой сферах преобладают адаптивные механизмы, а в когнитивной сфере относительно-адаптивные, что позволяет обозначить эту сферу как потенциально проблемную.

Сводные данные по всем трем сферам представлены на рис. 2.

Данные, полученные в ходе анализа когнитивных стратегий совладающего поведения отцов, показывают, что наиболее выражен адаптивный механизм «проблемный анализ» (37,5%), на втором месте находится неадаптивный механизм «диссимуляция» (25%). Отцы в стрессовой ситуации более склонны анализировать случившееся.

В эмоциональной сфере отцы детей с РАС наиболее склонны к «оптимизму» (75%) и к «эмоциональной разрядке» (25%). В эмоциональной сфере отцов проявились только эти два копинг-механизма (рис. 3).

Анализируя полученные данные, мы пришли к выводу, что отцы в подавляющем большинстве склонны воспринимать стрессовую ситуацию оптимистично, не теряя веры в лучшее. Часть отцов склонны к отреагированию чувств, например, плачем.

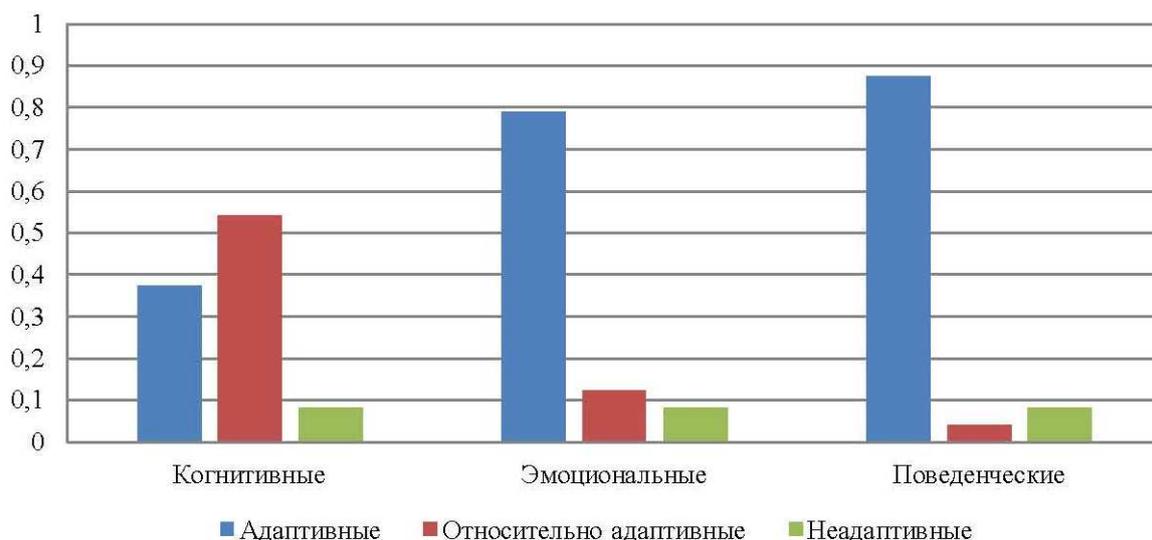


Рис. 2. Сравнение выраженности копинг-стратегий в каждой из трех сфер у матерей

Среди поведенческих стратегий, используемых отцами, преобладают «сотрудничество» и «обращение», относящиеся к адаптивным. Так же имеют место относительно адаптивные механизмы «компенсация» и «отвлечение» и неадаптивный механизм «отступление». Можно заключить, что отцы в исследуемой ситуации склонны ответственно подходить к диагностическому и лечебному процессу, также им необходимо, чтоб их выслушали, они ищут понимания и содействия.

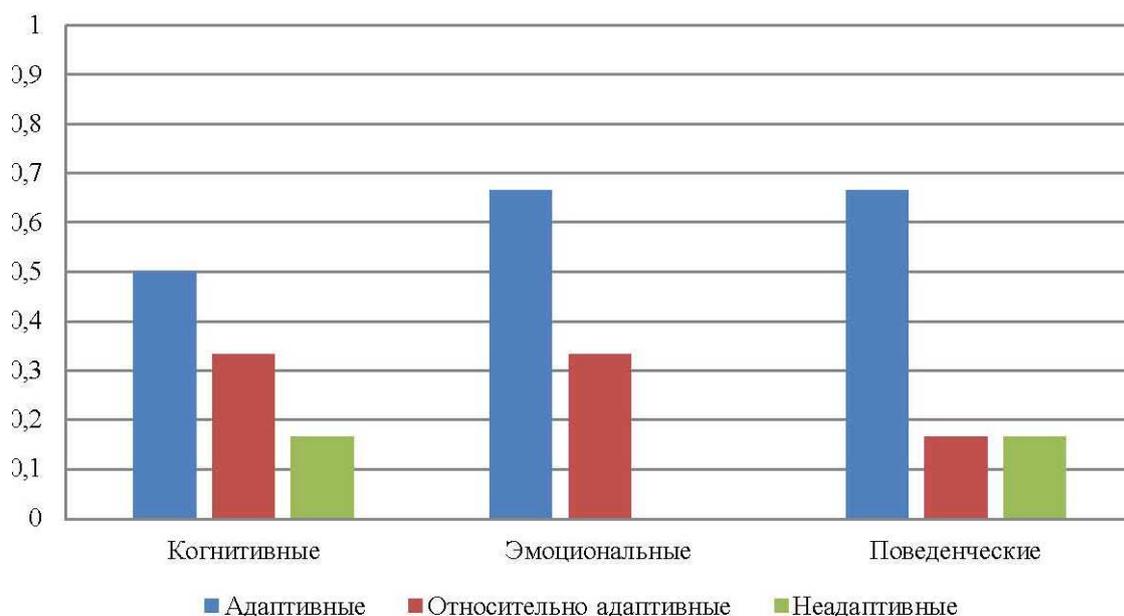


Рис. 3. Сравнение выраженности копинг-стратегий в каждой из трех сфер у отцов

Подводя итог исследованию механизмов совладающего поведения, используемых матерями и отцами детей с РАС, можно сделать вывод, что отцы более продуктивно справляются со сложившейся стрессовой ситуацией, но нельзя сказать, что они не нуждаются в психологическом сопровождении, так как имеют место относительно адаптивные и неадаптивные копинги. Отцы, равно как и матери, нуждаются в помощи и поддержке для того, чтобы более эффективно справиться со стрессом, с которым им приходится сталкиваться.

Для выявления особенностей отношения к болезни ребенка в исследуемой выборке была применена методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР; В.Е. Каган, И.П. Журавлева). Анализируя полученные данные, следует остановиться на каждой шкале отдельно.

Данные, полученные по шкале «интернальность» показывают, что у матерей выражен экстернальный locus контроля, т.е. в болезни ребенка они склонны винить какие-либо внешние факторы, не зависящие от них, не подконтрольные им. В то время как у отцов преобладает интернальный locus контроля, следовательно, ответственность за болезнь ребенка они возлагают на себя.

Тревога выражена сильнее у женщин, чем у мужчин.

Данные, полученные, по шкале «нозогнозия», показывают, что матери склонны к гипернозогнозии, т.е. преувеличению тяжести заболевания ребенка, в то время как отцы склонны к преуменьшению – гипонозогнозии.

Матери, как и отцы, склонны недооценивать важность некоторых ограничений, связанных с поведением ребенка, контроль его активности (рис. 4).

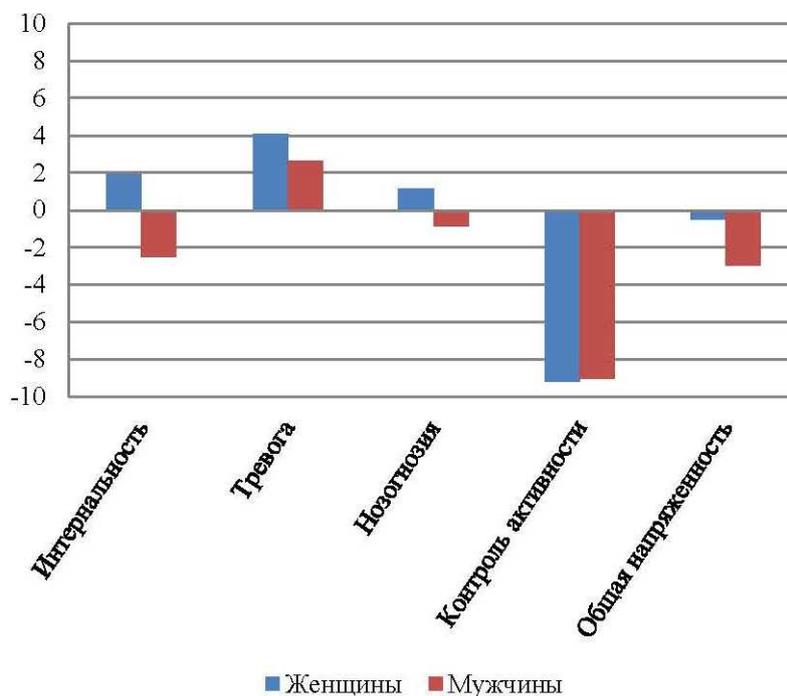


Рис. 4. Особенности отношения к болезни ребенка у отцов и матерей

Взаимосвязь адаптивного потенциала матерей и их отношения к болезни ребенка представлена следующими корреляциями:

- 1) Замещение и регрессия (положительная связь,  $p=0,01$ ).
- 2) Замещение и нозогнозия (положительная связь,  $p=0,05$ ).
- 3) Регрессия и нозогнозия (положительная связь,  $p=0,05$ ).
- 4) Нозогнозия и тревога (положительная связь,  $p=0,01$ ).
- 5) Тревога и общая напряженность (положительная связь,  $p=0,01$ ).
- 6) Нозогнозия и общая напряженность (положительная связь,  $p=0,01$ ).

Полученные данные представлены в виде плеяды на рис. 5.

Анализируя полученные данные, можно сказать, что с факторами отношения к болезни ребенка непосредственно имеют связь два механизма психологической защиты: замещение и регрессия. Данные механизмы связаны между собой ( $p=0,01$ ) и связаны со шкалой «нозогнозия» ( $p=0,05$ ). Шкала нозогнозии, в свою очередь, связана с тревогой ( $p=0,01$ ) и вместе они коррелируют с общей напряженностью ( $p=0,01$ ) отношения к болезни ребенка. Интернальность и контроль активности не коррелируют с общей напряженностью, исходя из чего можно предположить, что именно тревога и нозогнозия определяют общую картину отношения к болезни ребенка.

Взаимосвязь адаптивного потенциала с отношением к болезни ребенка у отцов представлена следующими корреляциями:

- 1) Рационализация и контроль активности (отрицательная связь,  $p=0,05$ ).
- 2) Компенсация и тревога (отрицательная связь,  $p=0,05$ ).
- 3) Компенсация и нозогнозия (отрицательная связь,  $p=0,05$ ).
- 4) Проекция и интернальность (отрицательная связь,  $p=0,05$ ).
- 5) Компенсация и общая напряженность (отрицательная связь,  $p=0,01$ ).
- 6) Проекция и общая напряженность (отрицательная связь,  $p=0,01$ ).
- 7) Интернальность и общая напряженность (положительная связь,  $p=0,05$ ).
- 8) Тревога и общая напряженность (положительная связь,  $p=0,05$ ).
- 9) Нозогнозия и общая напряженность (положительная связь,  $p=0,01$ ).

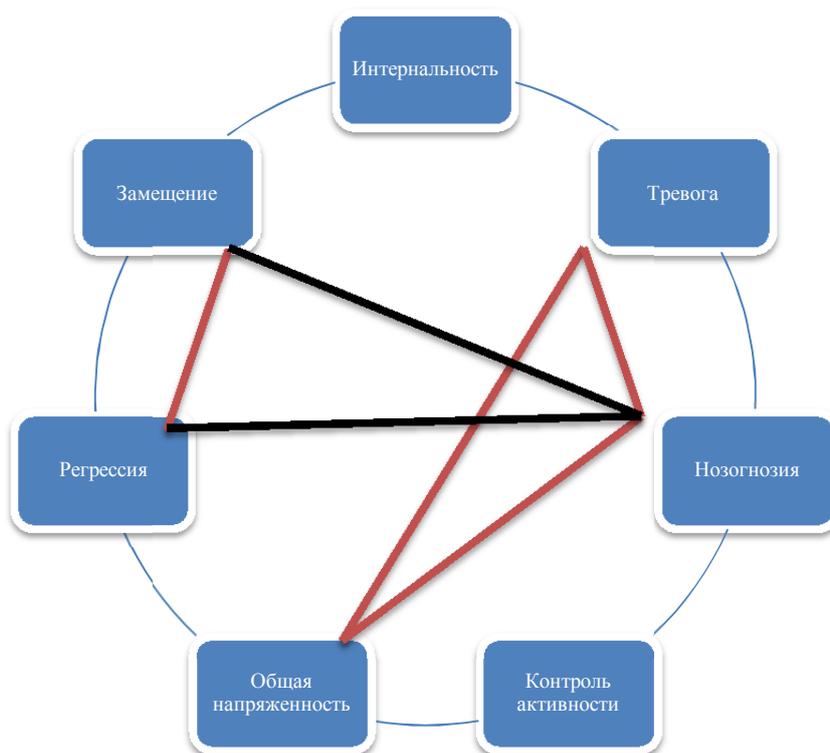


Рис. 5. Взаимосвязь адаптивного потенциала матерей и их отношения к болезни ребенка

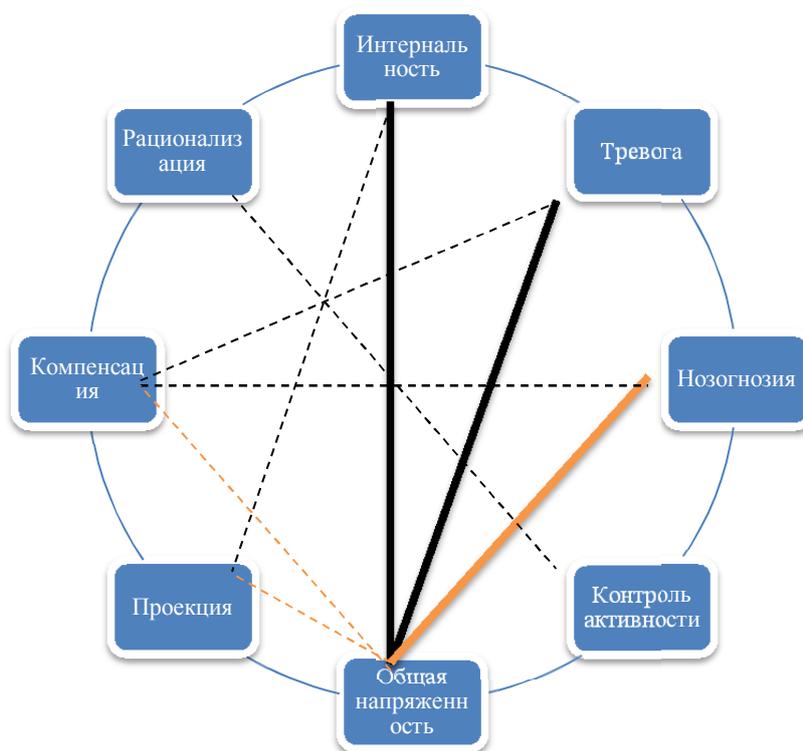


Рис. 6. Взаимосвязь адаптивного потенциала отцов и их отношения к болезни ребенка

Полученные данные свидетельствуют о наличии достоверной связи трех механизмов психологической защиты (рационализация, компенсация, проекция) с факторами отношения к болезни ребенка. Исходя из полученных данных, можно сказать, что компенсация и проекция отрицательно коррелируют с факторами отношения к болезни ребенка и взаимосвязаны с общей напряженностью. Рационализация же имеет отрицательную корреляцию с контролем активности, не имея связи с общей напряженностью отношения к болезни ребенка.

То есть чем сильнее выражена компенсация, тем ниже тревога и показатель нозогнозии, следовательно, и общая напряженность отношения к болезни ребенка. Чем ниже интернальность, тем сильнее выражена проекция как защитный механизм, позволяющий сохранить позитивный образ Я.

## **Выводы:**

1. Деструктивные механизмы психологической защиты выявлены как у матерей, так и у отцов. У отцов наиболее выражены проекция (52,75%), рационализация (47,25%), вытеснение (46,70%). У матерей – рационализация (47,58%), проекция (43,75%), отрицания (41,27%).

2. Матери используют относительно адаптивные копинг-стратегии чаще в когнитивной сфере (54,17%) и реже в эмоциональной (12,5%) и поведенческой (4,17%). Неадаптивные копинг-стратегии также присутствуют во всех сферах, но в меньшей степени (8–10%). Отцы используют относительно-адаптивные стратегии (33,33% в когнитивной и эмоциональной сфере, 16,67% в поведенческой). Неадаптивные стратегии выражены только в когнитивной (16,67%) и поведенческой (16,67%) сферах психической деятельности.

3. Отцы чаще винят себя в болезни ребенка (интернальность: –2,5), демонстрируют невысокий уровень тревоги (тревога: 2,67), имеют тенденцию к преуменьшению тяжести заболевания ребенка (нозогнозия: –0,83) и проявляют низкий уровень ограничения активности ребенка (контроль активности: –9). Матери демонстрируют экстернальный контроль (интернальность: 1,92), тревога у них более выражена (тревога: 4,08), они склонны к гипернозогнозии (нозогнозия: 1,17), и так же проявляют низкий уровень ограничения активности ребенка (контроль активности: –9,17).

4. Выявлены следующие достоверные взаимосвязи между адаптивным потенциалом и отношением к болезни ребенка. У матерей: замещение и нозогнозия (положительная связь,  $p=0,05$ ); регрессия и нозогнозия (положительная связь,  $p=0,05$ ). У отцов: рационализация и контроль активности (отрицательная связь,  $p=0,05$ ); компенсация и тревога (отрицательная связь,  $p=0,05$ ); компенсация и нозогнозия (отрицательная связь,  $p=0,05$ ); проекция и интернальность (отрицательная связь,  $p=0,05$ ); компенсация и общая напряженность (отрицательная связь,  $p=0,01$ ); проекция и общая напряженность (отрицательная связь,  $p=0,01$ ).

**Заключение.** Данные, полученные в ходе исследования механизмов психологической защиты родителей, позволяют согласиться с мнением отечественных психологов о том, что матери чаще используют неконструктивные механизмы, а именно проекцию и отрицание. Более того, это утверждение справедливо и для отцов, у которых названные механизмы так же занимают одно из первых мест. Кроме того, как у матерей, так и у отцов достаточно выраженным оказался механизм «рационализация». Это значит, что родители склонны справляться со стрессовой ситуацией путем формулирования логичных, как им кажется, псевдоразумных умозаключений. Также с помощью данного механизма они пытаются объяснить желания и поступки, которые являются для них неприемлемыми с нравственной позиции, но при этом имеют место быть. В ходе исследования взаимосвязей между адаптивным потенциалом и факторами отношения к болезни ребенка была выявлена достоверная отрицательная взаимосвязь между рационализацией и контролем активности; это значит, что контроль активности как у матерей, так и у отцов снижен.

Учитывая, что у родителей, воспитывающих детей с РАС, выявляются деструктивные психологические защиты и имеют место неадаптивные стратегии совладающего поведения, целью психокоррекционной работы с ними должно быть повышение адаптивных ресурсов личности. Целесообразным будет дальнейшая разработка и применение методов информирования, психокоррекционной и тренинговой работы.

## **Литература**

1. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст). М. : Тервинф, 2009. 112 с.
2. Богомолов А.М. Личностный адаптационный потенциал в контексте системного анализа // Психологическая наука и образование. 2008. № 1. С. 67.
3. Варнакова Ю.В. Психологическая помощь семьям, имеющим детей-инвалидов // Современные наукоемкие технологии. 2010. № 8. С. 99–101.
4. Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р. Дети с нарушениями общения: ранний детский аутизм. М. : Просвещение, 1989. 95 с.
5. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. М. : Эко-Вектор, 2014. 336 с.
6. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / под ред. В.И. Селиверстова. М. : ВЛАДОС, 2003. С. 226–255.
7. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М. : Тервинф, 2016. 486 с.
8. Набиуллина Р., Тухтарова И. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция) : учеб. пособие. Казань, 2003. 94 с.
9. Ткачева В.В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. М. : Психология ; Моск. психол.-соц. ин-т, 2004. С. 11–47.
10. Трифонова Е.А. Стратегии совладания со стрессом и соматическое здоровье человека: теоретические подходы и эмпирические исследования // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2012. № 145. С. 96–108.

## **ADAPTIVE POTENTIAL OF PARENTS RAISING CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND ITS RELATIONSHIP WITH THEIR ATTITUDES TO PECULIARITIES OF THEIR CHILDREN'S MENTAL DEVELOPMENT**

**Bykova I.S.**, candidate of medical sciences, associate professor of the department of clinical psychology and psychotherapy, Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia. E-mail: bykova.i@inbox.ru

**Kolych D.I.**, Medical psychologist of the Orenburg Regional Clinical Psychoneurological Hospital, Orenburg, Russia. E-mail: bykova.i@inbox.ru

**Abstract.** The appearance of a child with developmental disabilities in a family is a strong stress for parents. The process of increasing deviations in the development of the child destructively affects the parents' mental state, since this does not happen immediately, but for a long time. The consequence of this impact is violations of personal adaptation which display primarily in the emotional sphere. Since the family is the basis for further development of the child's personality, the need for supporting and developing its members' mental health is one of the priorities of the society. The purpose of this study is to determine the peculiarities of the adaptive potential of parents who bring up children with autism spectrum disorders and its relationship with their attitudes to peculiarities of their children's mental development. The study involved 70 parents of both sexes between the ages of 25 and 36 who raised children with autistic spectrum disorders in complete families. Destructive mechanisms of psychological defense were revealed, both in mothers and fathers. The most pronounced defenses shown by the fathers were: projection (52.75%); rationalization (47.25%); ousting (46.70%). By the mothers: rationalization (47.58%) and projection (43.75%); negation (41.27%). Mothers use relatively adaptive coping strategies more often in the cognitive field (54.17%) and less often in the emotional (12.5%) and behavioral (4.17%) ones. Maladaptive copings are also found in all spheres, but to a lesser extent (8-10%). Fathers also use relatively adaptive strategies (33.33% in the cognitive and emotional spheres, 16.67% in behavioral one). Maladaptive strategies are expressed only in cognitive (16.67%) and behavioral (16.67%) areas of mental activity. Fathers often blame themselves for the illness of their children (internality: -2.5), show a low level of anxiety (anxiety: 2.67), tend to minimize the severity of their children's disease (nosognosia: -0.83) and show a low level of activity restriction (-9). Mothers demonstrate external control (internality: 1.92), anxiety is more pronounced (anxiety: 4.08), they are prone to hypernosognosia (nosognosia: 1.17), and also show a low level of restriction of their children's activity (activity control: -9.17). The following statistically significant relationships between the adaptive potential and the attitude to the child's illness have been revealed. In mothers, nosognosia positively correlates with regression and replacement; fathers have a negative statistically significant relationship between rationalization and control of activity; compensation and general tension, projection and general tension.

**Keywords:** autism spectrum disorders; psychological defense; coping strategies; parents of autistic children.

УДК 159.9.07

## К ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОДУКТИВНОСТИ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ КАК СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

М.Г. Виноградова<sup>1</sup>, А.А. Чепелюк<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

<sup>2</sup> НИИ фармакологии им. В.В. Закусова, Москва, Россия

E-mail: staysha@yandex.ru

*Исследование выполнено за счет гранта Российского фонда фундаментальных исследований (проект № 17-29-02506).*

**Аннотация.** Исследование посвящено стратегиям выполнения зрительно-перцептивных задач здоровыми респондентами.

**Ключевые слова:** психология здоровья; адаптационные стратегии; когнитивные процессы; модифицированный тест Г. Виткина.

**Введение.** Проблема изучения здоровья человека в условиях изменений социо-экономических, информационных и культурных факторов является весьма значимой и отражает неоднозначность, многоаспектность их воздействия. Под влиянием новых информационных технологий, а также социокультурных факторов следует ожидать изменений в принятых в обществе представлениях о здоровье, моделях этиологии заболеваний и превентивных норм. Появление новой технологии репозитория биологических образцов и их все большая роль в развитии персонализированного подхода в медицине свидетельствуют о все возрастающем интересе медицинских, социальных и исследовательских институтов к проблеме взаимодействия генетических, эпигенетических и средовых факторов в изучении риска подверженности определенным заболеваниям и протективных механизмов здоровья человека [7]. В настоящее время представления о преимущественно негативном влиянии изменений социоэкономической и культурно-информационной среды на психику и здоровье человека пересматриваются [10]. Обнаруженный в последнее десятилетие «парадокс здоровья мигрантов» показал неоднозначность последствий взаимодействия привычных и новых социоэкономических условий и культурных традиций для различных показателей здоровья.

**Обзор литературы.** Описанные в литературе более высокие показатели профилей здоровья мигрантов из стран с низкими или аналогичными новой стране показателями ВВП представляются обусловленными взаимодействием привычных для мигрантов культурных традиций и представлений о здоровье, наличием социальной поддержки, оптимистичных взглядов на будущее, особенностей защитных механизмов и тому подобного с новыми условиями [8]. Важно также учитывать изменение влияния культурных представлений на психическое здоровье и социоэкономическое благополучие человека в разные периоды жизни. Так, ценность здоровья в подростковом возрасте может вступать в конфликт с мотивацией самоутверждения через виды поведения, связанные с риском, что вызывает снижение значимости здоровья и потребности в его поддержании и сохранении в иерархии личностных ценностей [5]. Поведение в соответствии с установками на доминантную мускулин-

ность у мужчин в молодом и зрелом возрасте позволяет достигать в определенной культурной среде высоких показателей социоэкономического статуса, поддерживая представления о собственной высокой продуктивности. Однако в пожилом возрасте в условиях физических изменений и утраты профессионального статуса данная установка приводит к выраженным нарушениям психического здоровья и даже смертности, когда связанные с идеалом маскулинности представления о силе и независимости могут реализоваться в выборе суицидального поведения как совладания с утратой социоэкономической продуктивности [6].

Особую роль в адаптации человека к изменяющимся информационным и социокультурным условиям играют когнитивные процессы, позволяющие формировать новые стратегии поведения в ситуациях неопределенности. При этом важно учитывать мотивационные и личностные компоненты, опосредующие регуляцию выбора решения [9]. Изучение подобных стратегий и их влияния на продуктивность деятельности требует разработки специального экспериментального подхода, позволяющего создавать условия для разворачивания непосредственно в процессе исследования стратегий работы с неопределенностью информационного поля, анализа возникающих трудностей и развития компенсаторных ресурсов как адаптационных возможностей. Кроме того, важно контролировать фактор культурных и социально-экономических различий в условиях современного мегаполиса с помощью использования такого стимульного материала, при работе с которым на результаты исследования не влияли бы уровень владения языком и знание социокультурного контекста. Наиболее подходящим для проведения подобных исследований представляется невербальный стимульный материал. Для достижения описанных выше задач нами был разработан специальный методический аппарат, позволяющий исследовать познавательные процессы в развернутом виде, основывающийся на тесной взаимосвязи и взаимодействии личностных, эмоциональных и когнитивных компонентов психической деятельности.

**Методология и результаты.** С целью изучения продуктивности познавательной деятельности и компенсаторных стратегий, позволяющих адаптироваться к условиям неопределенности стимульного поля, нами был разработан модифицированный тест «Включенных фигур» Г. Виткина. Данный тест имеет длительную историю применения в отечественной клинической психологии, отраженную в цикле работ под руководством Е.Т. Соколовой [4], связанных с изучением аффективно-когнитивного стиля личности как одного из психологических механизмов-предикторов нарушения структуры и функций самоидентичности (ее нестабильности, дезинтеграции, «диффузии самоидентичности») при расстройствах личности пограничного и нарциссического типов [3]. Проведенная нами модификация заключалась в изменении инструкции, способов предъявления и организации стимульного материала [2]. В стандартном проведении от испытуемого требуется отыскать только одну из восьми простых фигур в структуре каждой из двадцати четырех сложных (всего 24 стимульных ситуации). В модифицированном нами варианте выполнение теста было организовано в две серии. В первой серии респондентам предъявлялись сложные фигуры с первой по двенадцатую и восемь простых фигур к ним (всего 96 стимульных ситуаций). Во второй серии – сложные фигуры с тринадцатой по двадцать четвертую одновременно по две (всего 48 стимульных ситуаций). В начале выполнения использовался прием «глухой» инструкции, позволяющий снять ограничения в выборе простых фигур в структуре сложных, повысить степень неопределенности задания, создать дополнительное «давление» на систему принятия решений респондента. Использование затем дополнительной инструкции, снижающей неопределенность задания, с одной стороны, и требующей изменения способа выполнения, его соотнесения с новыми условиями –, с другой, позволило изучить ее влияние на изменение способов решения испытуемых, особенности их эмоционального реагирования и т.д. [1]. Таким образом, подобная модификация теста требовала от респондентов постоянной калибровки ответов для адаптации к поступающей информации, меняющимся условиям выполнения, варьированию степени когнитивной нагрузки. В качестве основных показателей выполнения были выделены: время выполнения первой и второй серий, количество выборов простых фигур в структуре сложных в первой и второй серий, число правильных ответов в каждой серии, количество ошибок в первой и второй сериях модифицированного теста Г.Виткина. Статистическая обработка данных производилась с помощью непараметрических критериев с использованием программы SPSS 22.0.

В исследовании приняли участие 70 здоровых респондентов из г. Москвы, средний возраст составил  $30,2 \pm 8,7$  лет, 46 – с высшим образованием, 14 – с неоконченным высшим и 10 – со средним образованием.

При выполнении первой серии модифицированного теста Г. Виткина здоровыми респондентами была обнаружена неоднородность в продуктивности результатов. Для анализа стратегий выполнения были выделены респонденты с максимальными и минимальными значениями правильных ответов. В качестве респондентов с высокопродуктивной стратегией выполнения первой серии теста были выделены участники, которые давали восемь и больше правильных ответов. Данных респондентов было 17 человек (24% выборки). Из них тех, кто смог бы решить верно все двенадцать сложных фигур в первой серии теста, не оказалось.

Для анализа способов достижения продуктивности деятельности в первой серии теста были проанализированы дополнительные параметры времени выполнения и количества ошибок по типу «ложных» узнаваний простых фигур в структуре сложных. Лишь один респондент не сделал ни одной ошибки при выполнении первой серии теста и решил правильно 9 из 12 сложных фигур. Остальные участники исследования разделились на тех, у кого большое количество правильных ответов сочеталось с малым количеством ошибок (от 4 до 8 ошибочных выборов простых фигур), и тех, у кого большое число правильных ответов сопровождалось большим количеством ошибок по типу «ложных» узнаваний (от 15 до 22 ошибочных выборов простых фигур). Первых из

них мы назвали респондентами с истинно продуктивной стратегией выполнения (11 человек), а вторых – с псевдопродуктивной стратегией (6 человек). Важно отметить, что именно респондентам с истинно продуктивной стратегией были свойственны самые высокие показатели правильных ответов (10 и 11). Время выполнения ими первой серии модифицированного теста «Включенные фигуры» было больше, чем у респондентов с псевдопродуктивной стратегией, и составило в среднем 21 мин и 16 мин соответственно. Важно отметить обнаруженные между участниками с истинно и псевдопродуктивными стратегиями выполнения первой серии теста различия в условиях введения дополнительной инструкции, снижающей степень неопределенности задания и дающей своего рода подсказку в принятии решения о «правильности» собственного ответа (наиболее подходящей фигуре, «хорошей» форме). У респондентов с истинно продуктивной стратегией наблюдалось меньшее количество выборов простых фигур в структуре сложной в условиях введения дополнительной инструкции по сравнению с респондентами, применяющими псевдопродуктивную стратегию (в среднем 2 фигуры и 4 фигуры соответственно,  $p=0,02$ ).

Корреляционный анализ половозрастных характеристик и образовательного уровня с параметрами выполнения модифицированного теста Г. Виткина в группе здоровых респондентов с истинно продуктивной стратегией выполнения первой серии выявил значимые связи между числом правильных ответов и полом ( $0,67$ ,  $p=0,03$ ) и временем выполнения первой серии и полом ( $-0,69$ ,  $p=0,02$ ). Для респондентов с псевдопродуктивной стратегией выполнения модифицированного теста Г. Виткина были характерны значимые корреляции возраста со временем поиска простых фигур в структуре сложных в первой серии ( $0,93$ ,  $p=0,01$ ).

Респонденты с непродуктивной стратегией выполнения первой серии модифицированного теста Г. Виткина характеризовались числом правильных ответов меньше четырех. Таковых было 14 человек (20%). Среди данных участников также были выделены те (7 человек), кто давал мало правильных ответов при общем малом числе ошибок (от 0 до 7), и те (7 человек), у кого малое число правильных ответов сочеталось с большим количеством «ложных узнаваний» простых фигур в структуре сложных (от 13 до 19). Среднее время выполнения первой серии модифицированного теста Г. Виткина респондентами с малым количеством ошибок составило 9 минут, что было быстрее, чем аналогичный показатель у респондентов с непродуктивной стратегией с большим числом «ложных» узнаваний (15 мин). Следовательно, если для участников с высокопродуктивной стратегией выполнения первой серии характерна большая длительность выполнения при меньшем количестве ошибок по сравнению с аналогичными респондентами с большим числом «ложных» узнаваний, то в случае респондентов с непродуктивной стратегией наблюдается обратная тенденция.

Корреляционный анализ поло-возрастных характеристик и образовательного уровня в подгруппе респондентов с непродуктивной стратегией с малым числом ошибочных выборов простых фигур в структуре сложных не выявил значимых связей с параметрами выполнения модифицированного теста Г. Виткина. Для респондентов с непродуктивной стратегией выполнения с большим числом ошибок была выявлена значимая корреляция возраста с количеством ложных узнаваний простых фигур в структуре сложных в первой серии теста ( $0,85$ ,  $p=0,02$ ).

Для большинства же участников исследования (57%) в первой серии было характерно от 4 до 7 правильных ответов. При этом половина данных респондентов (20 человек) совершала в выполнении первой серии малое число ошибок (от 0 до 7), а другая половина (20 человек) допускали значительное количество «ложных» узнаваний (от 9 до 19). Первая половина испытуемых справлялась с выполнением первой серии в среднем за 13 мин, тогда как вторая – за 24 мин. Корреляционный анализ поло-возрастных характеристик и уровня образования для большинства респондентов с малым числом ошибок в первой серии выявил значимые связи между возрастом и числом правильных ответов ( $-0,51$ ,  $p=0,21$ ). У большинства участников исследования со средней продуктивностью стратегии с большим числом ошибок в первой серии не было обнаружено значимых корреляций показателей модифицированного теста Г. Виткина с половозрастными характеристиками и образовательным уровнем.

При выполнении второй серии модифицированного теста Г. Виткина среди респондентов с высокопродуктивной стратегией оказались всего лишь 11 человек (16% выборки), которые давали семь и более правильных ответов. Из них большинство (8 человек) применяли истинно продуктивную стратегию, допускающую малое количество ошибок (от 0 до 6). Среди участников с псевдопродуктивной стратегией оказались всего три человека с количеством «ложных» узнаваний простых фигур в структуре сложных равным 10 и 18. Среднее время выполнения второй серии участниками с истинно продуктивной стратегией составило 12 мин. Важно отметить, что среди респондентов с истинно продуктивной стратегией во второй серии модифицированного теста Г. Виткина оказались респонденты с аналогичной стратегией в первой серии теста, а также участники исследования со средними показателями продуктивности стратегии выполнения при малом количестве ошибок. В условиях глухой инструкции между респондентами с истинно и псевдопродуктивными стратегиями различий в количестве найденных решений обнаружено не было. Однако после введения дополнительной инструкции у респондентов с псевдопродуктивной стратегией отмечается статистически значимое повышение числа выбираемых простых фигур в структуре сложных по сравнению с респондентами с истинно продуктивной стратегией ( $p=0,014$ ). Ввиду малой численности респондентов, использующих истинно и псевдопродуктивную стратегии, корреляционный анализ не проводился.

Среди участников исследования, применяющих непродуктивную стратегию выполнения второй серии модифицированного теста «Включенные фигуры», оказались 19 человек (27%), дававших меньше трех пра-

вильных ответов. Большинство из них (16 респондентов) совершали небольшое количество ошибок по типу «ложных» узнаваний простых фигур в структуре сложных (от 0 до 7) и лишь у троих респондентов отмечалось увеличение числа ошибок (8 и 12). Среднее время выполнения второй серии большинством респондентов с непродуктивной стратегией составило 8 мин, что было быстрее по сравнению с респондентами с большим количеством ошибок (в среднем 15 мин). Среди большинства респондентов с непродуктивной стратегией во второй серии модифицированного теста Г. Виткина оказались респонденты с непродуктивной стратегией выполнения первой серии с большим и малым количеством ошибок по типу «ложных» узнаваний простых фигур в структуре сложных.

**Выводы и дальнейшие перспективы исследования.** Полученные результаты отражают неоднородность в продуктивности когнитивных процессов здоровых респондентов при необходимости выработки стратегий решения в условиях высокой неопределенности и постоянного изменения различных компонентов стимульного материала, инструкций, степени сложности задания. Так, число респондентов с продуктивной стратегией снижается при увеличении нагрузки от первой ко второй серии модифицированного теста Г. Виткина. Вместе с тем число респондентов с непродуктивной стратегией остается стабильным независимо от степени сложности задания. Важно также отметить наличие различных стратегий в достижении продуктивности выполнения заданий. Так, в каждой серии высокую продуктивность результатов (большое количество правильных ответов) демонстрировали как респонденты, использующие стратегию высокой точности ответов (истинной продуктивности, выражающейся в малом количестве решений по типу «ложных» узнаваний простых фигур в структуре сложных), так и участники исследования, достигающие большого числа правильных ответов за счет увеличения общего количества решений, среди которых оказывалось много ошибочных (псевдопродуктивная стратегия). При этом во второй серии теста соотношение респондентов с псевдопродуктивной стратегией и респондентов, применяющих истинно продуктивную стратегию, было меньше (37%), чем в первой серии (55%). Различия между респондентами с истинно и псевдопродуктивными стратегиями в характере выполнения теста в условиях введения дополнительной инструкции в виде снижения числа выборов простых фигур в структуре сложных у респондентов с истинно продуктивной стратегией отражает тот факт, что данные участники в большей степени чувствительны к необходимости изменения стратегий выполнения в зависимости от поступающей извне информации.

Среди респондентов с непродуктивными результатами также встречалась неоднородность стратегий выполнения. У одних участников непродуктивность стратегии была связана с малым числом выборов простых фигур как таковых (малое количество правильных ответов при малом числе выборов простых фигур в структуре сложных), в то время как у других – с неточностью ответов (малое число правильных ответов при большом количестве «ложных» выборов простых фигур в структуре сложных).

Представляется перспективным для дальнейших исследований увеличение выборки респондентов для обсуждения связи половозрастных параметров с особенностями продуктивности выполнения модифицированного теста Г. Виткина. Важно также изучение переменных, определяющих различия в стратегиях, обуславливающих продуктивность и непродуктивность деятельности в условиях неопределенности, чувствительность одних респондентов и нечувствительность других к необходимости изменения способов решения зрительно-перцептивных задач в зависимости от поступающей извне информации.

#### *Литература*

1. Виноградова М.Г., Шабанова А.А. Выполнение невербальных задач больными с расстройствами личности // Клиническая и медицинская психология: исследование, обучение, практика. 2014. № 4 (6). URL: [http://www.medpsy.ru/climp/2014\\_4\\_6/article13.php](http://www.medpsy.ru/climp/2014_4_6/article13.php) (дата обращения: 13.09.2017).
2. Виноградова М.Г., Шабанова А.А. Методические рекомендации к проведению теста «Включенные фигуры» Г. Виткина. М.: Арбат, 2014. 48 с.
3. Соколова Е.Т. Аффективно-когнитивная дифференцированность / интегрированность как диспозиционный фактор личностных и поведенческих расстройств // Дифференционно-интеграционная теория развития / сост. Н.И. Чуприкова, А.Д. Кошелев. М.: Языки славянских культур, 2011. С. 415–434.
4. Соколова Е.Т. Клиническая психология утраты Я. М.: Смысл, 2015. 896 с.
5. Arina G.A., Iosifyan M.A. Health value conflict as predisposition of risky behavior among adolescents // *European Psychiatry*. 2014. Vol. 29 (1).
6. Apesoa-Varano E.C., Barker J.C., Hinton L. “If You Were Like Me, You Would Consider It Too”: Suicide, Older Men, and Masculinity // *Society and mental health*. 2017.
7. Bryzgalina E.V., Ryzhov A.L., Tikhomandritskaya O.A., Tkhostov A.Sh., Zinchenko Yu.P. Biobanking – a new environment for psychological research and applications // *Psychology in Russia: State of the Art*. 2017. Vol. 10 (1). P. 163–177.
8. Handbook of medical sociology / Bird C.E., Conrad P., Fremont A M. et al. (eds). 6<sup>th</sup> ed. Nashville: Vanderbilt University Press, 2010.
9. Kornilova T.V. Psychology of choice and decision making as cognitive and personality moderated overcoming of uncertainty // *Psikhologicheskii Zhurnal*. 2016. Vol. 37 (3). P. 113–124.
10. Markides K.S., Rote S. Immigrant Health Paradox // *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences: An Interdisciplinary, Searchable, and Linkable Resource*, 2015.

## RESEARCH INTO THE COGNITIVE FUNCTIONING PRODUCTIVITY AS A COMPONENT OF HUMAN HEALTH

**Vinogradova M.G.**, Ph.D., associated professor of clinical psychology department in Lomonosov Moscow State University (Moscow, Russia). E-mail: staysha@yandex.r

**Chepeliyik A.A.**, postgraduate student of clinical psychology department in Lomonosov Moscow State University, researcher of FSBI "Zakusov Institute of Pharmacology" (Moscow, Russia). E-mail: staysha@yandex.r

**Abstract.** Human cognitive processes are essential to coping with changes in information and socio-cultural environment by developing new strategies in situations with high uncertainty and changing requirements. To investigate productivity of cognitive processes and strategies that helps to find out solutions in high uncertainty of stimulus material we developed the modified Witkin "Embedded figures" test. As the core indicators we analyzed: task-performance time in the first and second series, the quantity of answers in the first and second series, the quantity of the right answers in the first and second series, error rate in the first and second series of the modified Witkin test. The study group included 70 healthy subjects from Moscow. The findings suggested the inconsistency of cognitive functioning productivity in modified Witkin test. Among subjects were identified those with a productive, unproductive and medium-productive performance strategies in the first and second series of the modified Witkin test. Furthermore, differences in the ways of achieving productivity were revealed – due to the accuracy of the answers or by increasing their total number, when, in addition to the correct answer, subjects allowed a large number of errors as "false" recognitions of simple figures in the structure of complex ones. With medium and unproductive performance strategies, subjects were also identified in which low or average correct answers were associated with a general small or average number of correct answers with few errors and those with a small or average number of correct answers combined with an increase in the number of errors by the type of "false" recognitions. These findings reflect heterogeneity in the productivity of cognitive processes of healthy subjects faced with requirement of developing decision strategies in conditions of high uncertainty and constant changes in the various components of the stimulus material, instructions, and the complexity of the task.

**Keywords:** health psychology; adaptation strategy; cognitive processes; modified test G. Vitkina.

УДК 159.96

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ, ПРИНАДЛЕЖАЩИХ К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

**Н.Н. Вишнякова**

Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

E-mail: vishnina@mail.ru

**Аннотация.** Представлены результаты изучения внутренней картины здоровья студентов, принадлежащих к третьей группе диспансерного наблюдения.

**Ключевые слова:** группы диспансерного наблюдения; внутренняя картина здоровья; психическое здоровье; дезадаптация; хронические соматические заболевания.

Проблема сохранения здоровья и поиск оптимальных моделей профилактики нарушений здоровья молодого поколения приводят ученых к изучению психологических механизмов формирования отношения человека к своему здоровью. В современных исследованиях значительное внимание уделяется изучению факторов, способствующих здоровью людей, а также активно разрабатывается понятие «внутренняя картина здоровья» (ВКЗ).

На современном этапе развития психологической науки проблема внутренней картины здоровья является одной из важнейших в области медицинской психологии, что подтверждается значительным количеством исследований. Проблему ВКЗ рассматривают в своих работах В.Е. Каган, В.А. Ананьев, Г.С. Никифоров, Р.А. Березовская, В.В. Блум, Г.С. Корытова и др. Внутренняя картина здоровья относится современными исследователями к числу наиболее значимых факторов, определяющих здоровье [1–3, 6, 7].

По определению В.Е. Кагана, внутренняя картина здоровья – это особое динамическое отношение личности к своему здоровью, которое выражается в осознании его ценности и стремлении к его совершенству. Автор считает, что внутренняя картина болезни является частным случаем проблемы внутренней картины здоровья, в которой болезнь характеризует не количественный, а качественный аспект здоровья [6].

В.А. Ананьев отмечает, что для здорового человека формирование внутренней картины здоровья является более сложной задачей, чем для больного, который способен оценить происходящие с ним изменения. Основной функцией внутренней картины здоровья является регуляция деятельности индивида в отношении его поведения, направленного на поддержание здоровья и противостояние болезни [1].

Исследователи отмечают что внутренняя картина здоровья формируется в ходе воспитания и социализации начиная с ранних этапов жизни и проявляется в поведении [10]. Структура понятия здоровья в позднем подростковом возрасте, в раннем юношеском возрасте, как и во взрослом возрасте, имеет свои особенности [3]. Р.А. Березовская рассматривает понятия «внутренняя картина здоровья» и «отношение к здоровью» как синонимы [2]. Активно исследуются социальные и ценностные представления о здоровье в молодежной среде [8, 9].

Профилактика заболеваний и укрепление здоровья населения являются важнейшим направлением развития здравоохранения Российской Федерации. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи, в

частности внедрение нового направления – дополнительной диспансеризации населения, является одним из основных направлений при реализации приоритетного национального проекта «Здоровье». Диспансерный медицинский осмотр проводится с целью раннего выявления и предупреждения развития заболеваний с использованием современных профилактических и реабилитационных мероприятий. На современном этапе профилактика в целом и диспансеризация в частности являются главными инструментами управления здоровьем населения.

Поиск эффективных путей профилактики и укрепления здоровья людей, что является важнейшим направлением развития здравоохранения Российской Федерации, основной задачей которого является учет внешних объективных факторов (состояние системы здравоохранения, экология, наследственность и др.) с одной стороны, и недостаточность информации об особенностях внутренней картины здоровья, являющейся показателем и одновременно условием, определяющим активность личности в отношении собственного здоровья, с другой стороны, определили выбор направления нашего исследования.

Актуальность изучения динамических аспектов внутренней картины здоровья обусловлена тем, что адекватная внутренняя картина здоровья является важным условием психологического благополучия личности и здоровья в целом.

Цель исследования состоит в изучении особенностей динамики показателей внутренней картины здоровья студентов, имеющих в анамнезе хронические соматические заболевания для определения мишеней психотерапии и психокоррекции при осуществлении медико-психологического сопровождения студентов группы риска развития психосоматических и нервно-психических расстройств.

Изучение ВКЗ в ее системно-динамических аспектах позволит определить роль ВКЗ в сохранении здоровья, определить условия, обеспечивающие формирование целостной ВКЗ, а также разработать методы психологической профилактики нарушения здоровья.

Эмпирическое исследование динамических характеристик внутренней картины здоровья проводилось на базе университетской клиники семейной медицины КрасГМУ в отделении общей врачебной практики в период проведения планового медицинского осмотра. В исследовании приняли участие 368 студентов 2-го и 3-го курсов КрасГМУ. Студентами, согласившимися принять участие в исследовании было подписано информированное согласие.

В процессе первичного анализа медицинской документации было проведено распределение основной выборки на группы в зависимости от наличия и степени выраженности заболевания. В группу здоровых были отнесены представители первой группы диспансерного учета к которой принадлежат лица, не предъявляющие никаких жалоб, не имеющие в анамнезе хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем, у которых при медицинском обследовании не найдено отклонений от установленных границ нормы. Ко второй группе были отнесены лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, не сказывающееся на функциях жизненно важных органов и не влияющее на трудоспособность. Третью группу составили респонденты с хроническими заболеваниями, сказывающимися на функциях жизненно важных органов и влияющие на потерю трудоспособности. Из данной группы 30 студентов согласились продолжить участие в исследовании с включением их в программу медико-психологического сопровождения в течение учебного года.

При разработке программы исследования мы исходили из предположения о том, что внутренняя картина здоровья, в своей структуре представленная на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях самосознания личности, имеет определенные динамические и устойчивые показатели.

С целью анализа особенностей внутренней картины здоровья студентов на каждом из выделенных уровней были использованы следующие психодиагностические методики: «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф в адаптации Т.Д. Шевельковой, П.П. Фесенко; Методика исследования уровня субъективного контроля (УСК); методика «Уровень соотношения „ценности“ и „доступности“ в различных жизненных сферах» (Е.Б. Фанталова); тест «Нервно-психическая адаптация»; Алекситимическая шкала [5, 6].

Для выявления устойчивых и динамических характеристик внутренней картины здоровья был использован непараметрический статистический Т-критерий Вилкоксона, используемый для проверки различий между двумя связанными выборками парных измерений. С помощью данного теста проводилось сравнение результатов первичного и повторного обследований. Данный тест-критерий позволяет сделать выводы о том, какие параметры внутренней картины здоровья являются динамическими (вариативными), а какие остаются без существенных изменений (инвариативными).

Повторный анализ медицинской документации проводился после реализации программы психологического сопровождения с целью сравнения в динамике (выявления впервые установленных заболеваний или же их отсутствие, констатация количества обострений в год у респондентов, имеющих хронические заболевания либо наличие стойкой ремиссии).

Перейдем к описанию процедуры исследования и анализу полученных результатов.

Эмоциональный компонент внутренней картины здоровья, являющийся индикатором уровня психологического благополучия личности, исследовался нами с помощью опросника «Шкалы психологического благополучия».

Анализ показателей психологического благополучия выявил ряд статистически значимых различий до и после реализации программы психологического сопровождения.

В табл. 1 представлены результаты изучения психологического благополучия личности студентов до и после участия в программе психологического сопровождения.

**Статистические различия показателей шкал психологического благополучия по результатам первого и второго этапов исследования**

Наименование шкал	Достоверность различий (n=30)	
	T-эмпирическое	p
Позитивные отношения с окружающими	150,5	
Автономия	158,5	
Управление средой	<b>113,5</b>	0,01
Личностный рост	<b>144</b>	0,05
Цели в жизни	155	
Самопринятие	<b>74,5</b>	0,01
Общее ПБ	<b>135</b>	0,05

*Примечание.* \* T-критическое при  $p < 0,05 = 151$ , при  $p < 0,01 = 120$ .

Таким образом, данные полученные в начале и в конце реализации программы психологического сопровождения говорят о том, что существенные изменения в психологическом благополучии произошли по шкалам: «Управление средой», «Личностный рост», «Самопринятие» и «Общее психологическое благополучие». Данные различия являются статистически значимыми. Показатели этих шкал можно отнести к динамическим характеристикам ВКЗ, показатели же остальных шкал – к относительно устойчивым характеристикам внутренней картины здоровья.

Одним из основных внутренних факторов, определяющих психологическую устойчивость личности, является активность в поведении и деятельности. Исходя из данной позиции, мы посчитали целесообразным использование в данном исследовании методики УСК для диагностики поведенческого компонента внутренней картины здоровья. Понятие локуса контроля является одной из популярных концепций, используемых для объяснения поведения людей в отношении своего здоровья. Данная экспериментально-психологическая методика позволяет сравнительно быстро и эффективно оценить сформированный у испытуемого уровень субъективного контроля над разнообразными жизненными ситуациями и пригодна для применения в клинической психодиагностике. Методика разработана в НИИ им. Бехтерева [6].

В ходе анализа результатов показателей методики УСК до и после реализации программы медико-психологического сопровождения наблюдается выраженная положительная динамика по отдельным шкалам опросника, а также имеют место характеристики, которые не изменились в процессе программы психологического сопровождения. Так, статистический анализ с помощью непараметрического T-критерия Вилкоксона показал позитивную динамику практически всех шкал опросника УСК, за исключением шкал «Интернальность в области семейных отношений» и «Интернальность в области производственных отношений». Результаты анализа данных, полученных по методике УСК, представлены в табл. 2.

**Статистические различия показателей шкал опросника УСК по результатам первого и второго этапов исследования**

Наименование шкал	Достоверность различий (n = 30)	
	T-эмпирическое	p
Интернальность общая	<b>112</b>	0,01
Интернальность в области достижений	<b>138</b>	0,05
Интернальность в области неудач	<b>108</b>	0,01
Интернальность в области семейных отношений	156,5	–
Интернальность в области производственных отношений	155	–
Интернальность в области межличностных отношений	223	–
Интернальность в области здоровья	<b>33,5</b>	0,01

*Примечание.* \* T-критическое при  $p < 0,05 = 151$ , при  $p < 0,01 = 120$ .

В данном случае в качестве динамической характеристики поведенческого уровня ВКЗ выступают следующие показатели: «Общая интернальность», «Интернальность в области достижений», «Интернальность в области неудач» и «Интернальность в области здоровья». Это еще раз подтверждает, что уровень субъективного контроля является системной динамической характеристикой личности. В то же время обращают на себя внимание такие стабильные характеристики, как интернальность в области семейных, производственных и межличностных отношений.

Так, повышение показателя по шкале «Общая интернальность» после прохождения испытуемыми программы ( $p < 0,01$ ) свидетельствуют о формировании более высокого уровня субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями.

О формировании ответственности за собственную жизнь говорит и повышение показателей по шкалам «Интернальность в области достижений» ( $p < 0,05$ ), «Интернальность в области неудач» ( $p < 0,01$ ), «Интернальность в области здоровья» ( $p < 0,01$ ).

Более высокие показатели по шкалам интернальности в области достижений и в области неудач говорят о том, что у испытуемых дезадаптивная установка, при которой собственные успехи, достижения и неудачи приписываются везению или влиянию других людей, изменилась в сторону повышения уверенности в себе. Повышение показателей шкалы интернальности в области здоровья у представителей 3-й группы диспансерного наблюдения свидетельствует о принятии ответственности за собственное здоровье и может проявляться в повышении активности, направленной на преодоление болезни и ее последствий.

Следующим этапом исследования динамических характеристик внутренней картины здоровья, а именно ее когнитивного аспекта, был анализ места категории «здоровье» в системе ценностей студентов.

Для диагностики когнитивного компонента внутренней картины здоровья у студентов третьей группы диспансерного учета использовалась методика «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» Е.Б. Фанталовой (УСЦД). В основе этой методики лежит предположение автора о том, что одной из существенных детерминант мотивационно-личностной сферы является подвижное, постепенно меняющееся в процессе жизнедеятельности в зависимости от жизненных обстоятельств соотношение двух плоскостей «сознания», которое по своему характеру аналогично соотношению таких психологических параметров, как «Ценность» (Ц) и «Доступность» (Д), которые являются ключевыми в данной методике.

При анализе показателей данной методики ценность «здоровье» занимает одну из ведущих позиций в системе ценностей студентов, принадлежащих к третьей группе диспансерного учета, и в то же время при дальнейшей обработке результатов обнаруживается высокий уровень дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере. Сравнительный анализ результатов первичного и повторного исследования уровня дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере в данной группе демонстрирует статистически значимое (при  $p < 0,05$ ) снижение. Очевидно, что проведенная работа способствовала разрешению внутренних конфликтов, приводящих к дезинтеграции личности, переосмыслению жизненных ценностей и в целом гармонизации личности, а значит, и способствовала становлению целостности и гармоничности внутренней картины здоровья.

Для изучения внутренней картины здоровья, на наш взгляд, необходимо исследовать уровень нервно-психической адаптации как одного из показателей внутренней картины здоровья и показатель алекситимии. Нервно-психическая адаптация отражает как эмоциональный компонент ВКЗ, так и поведенческий, и ее низкий уровень может свидетельствовать об искажении внутренней картины здоровья. В научной литературе при описании категории адаптации часто встречаются близкие по смыслу понятия, такие как жизнестойкость, стрессоустойчивость, совладание и др.

Т а б л и ц а 3

**Статистические различия показателей методики НПА, алекситимии и УСЦД по результатам первого и второго этапов исследования**

Методики	Достоверность различий (n = 30)		
	Т-эмпирическое	Т-критическое	p
Алекситимия	104	120	0,01
НПА	3	120	0,001
УСЦД	125	151	0,05

Результаты, представленные в табл. 3, свидетельствуют о значительном снижении показателей алекситимии, нервно-психической дезадаптации и дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере после реализации программы психологического сопровождения, что говорит о том, что данные характеристики внутренней картины здоровья являются изменчивыми, в процессе психологического сопровождения имеют выраженную положительную динамику и свидетельствуют об уменьшении проявлений дезадаптации. О разрешении внутренних конфликтов, способствующих развитию психосоматических заболеваний, свидетельствует снижение уровня дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере.

Представленные результаты исследования динамических характеристик внутренней картины здоровья позволяют нам сделать вывод о позитивной динамике внутренней картины здоровья у участников программы психологического сопровождения. При этом важно отметить, что при анализе результатов медицинского осмотра и медицинских карт участников программы у части респондентов в течение года также отмечалась положительная динамика основного заболевания. Так, у 15 человек отсутствовали обострения основного заболевания в течение года, у трех регистрировалось по одному обострению на начальном этапе включения в программу. Среди респондентов данной группы всего в пяти случаях имело место возникновение острого респираторного заболевания и ОРВИ, 7 студентов из группы предъявляли жалобы на незначительное недомогание, не связанное с основным хроническим заболеванием.

В настоящее время проводится катарметическое исследование показателей внутренней картины здоровья в данной группе респондентов для выявления более объективных данных с целью устранения ситуативного рода улучшений эмоционального состояния респондентов.

## Литература

1. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. СПб. : Речь, 2006. Кн. 1: Концептуальные основы психологии здоровья. 384 с.
2. Березовская Р.А. Отношение менеджеров к своему здоровью как к фактору профессиональной деятельности : дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2001. 240 с.
3. Блюм В.В. Структура внутренней картины здоровья у школьников : автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2011. 25 с.
5. Гурвич И.Н. Тест нервно-психической адаптации // Вестник гипнологии и психотерапии. 1992. № 3. С. 46–53.
6. Дьяконов И.Ф., Овчинников Б.В. Психологическая диагностика в практике врача. СПб. : СпецЛит, 2008. 143 с.
7. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья и психосоматический потенциал индивида // Психогенные и психосоматические расстройства : тезисы научн. конф. Тарту, 1988. Т. 1. С. 201–204.
8. Корытова Г.С. Внутренняя картина здоровья и социальные представления о нем студентов педагогического вуза // Сибирский психологический журнал. 2012. № 46. С. 131–143.
9. Кузьмина Ю.В., Залевский Г.В. Здоровье в системе ценностей студенческой молодежи // Сибирский психологический журнал. 2010. № 38. С. 20–23.
10. Русякова Е.Е. Отношение к здоровью и внутренняя картина здоровья школьников. URL: <http://mirnauki.com/PDF/09PSMN315.pdf>

### DYNAMICS OF INDICATORS OF INTERNAL PICTURE OF STUDENTS ' HEALTH BELONG TO THE THIRD GROUP OF DISPENSARY OBSERVATION

Vishnyakova N.N., Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: vishnina@mail.ru

**Abstract.** The article presents the results of investigation internal pictures health among students belonging to the third groups of dispensary observation. Internal pictures of students' health in considered as a system psychological events represented in cognitive, emotional and behavioral levels of self-consciousness. A program of experimental research of an internal picture of students' health belonging to the three groups of dispensary at each levels is represented. Great attention is paid to discussion and analysis of the results of an empirical resource of dynamics of the internal picture of the health of students belonging to the third groups of dispensary observation (somatic diseases).

**Keywords:** groups of dispensary observation; internal picture of health; mental health; maladjustment; chronic somatic diseases.

УДК 159.96

### КОРРЕКЦИЯ АЛЕКСИТИМИИ У МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ ЧЕРЕЗ РАЗВИТИЕ ТВОРЧЕСКОГО ВОООБРАЖЕНИЯ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

О.В. Волкова, Л.О. Черненко

Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия  
E-mail: Vermilion2295@yandex.ru

**Аннотация.** Актуализирована проблема профилактики алекситимии младших подростков посредством развития их творческого воображения.

**Ключевые слова:** творческое воображение; алекситимия; подростки; развитие; профилактика; коррекция; личность.

**Введение.** На современном этапе развития научной мысли существует значительное количество исследований, посвященных такому многогранному и сложному процессу высшей нервной деятельности человека, как воображение. Однако, несмотря на обширный вклад ученых со всего мира, воображение до сих пор остается не в полной мере изученным феноменом. Механизм его функционирования зачастую вызывает вопросы у исследователей и по сей день.

Говоря о творческом воображении, немаловажно упомянуть, что этот процесс играет важную роль в жизни любого человека, позволяя ему создавать совершенно новые уникальные образы, а также в существенной мере способствует реализации творческого потенциала личности. Возможности для творчества необходимы в любом возрасте, но для подростков они приобретают особое значение, создавая почву для всестороннего и гармоничного развития.

Творческое воображение, развитое в достаточной степени, способно также определить уровень психологического благополучия, что особенно важно для младших подростков, только вступающих в сложный период взросления.

Однако все чаще в исследованиях последних лет мы находим упоминания о растущей распространенности такой неблагоприятной психологической черты, как алекситимия. Многие исследования подтверждают, что алекситимия, встречаемая среди взрослого населения, может быть выявлена также и у лиц более молодого возраста, в частности детей и подростков.

Как известно из многих научных публикаций, наличие алекситимии предполагает снижение способности осознания и дифференциации субъектом собственных эмоций, чувств и телесных ощущений, а также значительно усложняет процесс функционирования воображения.

Обобщая данные ряда исследований, А.Ю. Бадалян утверждает, что в подростковом возрасте существует риск развития таких психологических феноменов как акцентуация характера и алекситимия, которые в контексте других факторов риска могут служить преморбидным фоном для развития пограничных психических расстройств, различных форм девиантного поведения, а также стать причиной появления физического и психологического стресса [1].

Важно также указать на то, что феномен алекситимии может быть проявлен в первичной (конституциональной) и вторичной (концепция травматической соматизации) форме. Отметим, что последняя наиболее эффективно поддается коррекции, так как имеет характер скорее приобретенный, нежели обусловленный наличием определенной генетической предрасположенности, характерной в случае первичной алекситимии. Подростковый возраст является тем периодом, когда алекситимические черты могут начать проявляться наиболее ярко, станут доступны для качественной диагностики. В силу своих возрастных особенностей младшие подростки с определенной долей вероятности могут составить группу риска возникновения и развития вторичной алекситимии. В случае первичной формы алекситимии, переживание кризиса подросткового возраста способно усугубить уже имеющиеся неблагоприятные психологические особенности. Таким образом, меры в отношении алекситимии у младших подростков могут быть направлены на предотвращение возникновения алекситимии, снижение уровня выраженности алекситимических черт в структуре личности подростков, а также на выработку компенсаторных стратегий, что особенно важно в случае с проявлениями первичной алекситимии.

Вышесказанное во многом объясняет актуальность изучения данной проблемы.

**Методологические основы.** Термин «алекситимия» буквально означает «нет слов для выражения чувств». Концепция алекситимии как личностной характеристики была сформулирована в 1973 г. американскими учеными П. Сифнеосом и Дж. Немиахом. За более чем 40 лет исследования особенностей алекситимии, проведенные зарубежными и отечественными учеными, принципиально продвинулись в определении характеристик данного феномена [2].

К этим особенностям Г.С. Исурина и соавт. относят неспособность или затрудненность человека идентифицировать и описать свое чувственное состояние, трудности в различении чувств и телесных ощущений, нечувствительность и непонимание эмоций других людей, фиксацию в ущерб внутренним переживаниям на внешних событиях, ограниченное использование знаков, о чем свидетельствует бедность воображения и фантазии, сновидений [4].

По утверждению ряда ученых, алекситимикам также свойственно: бесконечное описание физических ощущений, часто не связанных с найденным заболеванием; содержание мыслей характеризуется отсутствием фантазий; внутренние ощущения описываются преимущественно в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, возбуждения, напряжения и т.д.; аффекты неадекватны; ярко выражены трудности в вербализации чувств; преобладающий образ жизни – действие; присутствует тенденция к импульсивности; межличностные связи обычно бедны: больные предпочитают одиночество, часто избегают людей; беседа с таким пациентом, как правило, сопровождается ощущением скуки и бессмысленности контакта [2].

В настоящее время нет единого мнения о генезе данной патологии, но учеными были разработаны три основных подхода к объяснению возможных причин формирования алекситимии.

С точки зрения сторонников биологической теории (первичная алекситимия), алекситимия рассматривается как первичный процесс, где ведущая роль отведена генетическим механизмам, особым вариантам (дефектам) развития головного мозга. Такой подход к определению позволяет обозначить данный феномен как конституциональную алекситимию. Она рассматривается в рамках так называемой модели «дефицита», где дефицит относится к отсутствию функций, связанных с выражением фантазий и аффекта [2, 4].

Концепция травматической соматизации (вторичная алекситимия) включает в себя представления, связанные с так называемым состоянием «оцепенения» (или торможения), которое возникает как реакция на тяжелую психологическую травму. Оно имеет следующие специфические особенности: слабая представленность в настоящем событий прошлого жизненного опыта; бедность языка в общении и самоописании; неспособность адекватно прогнозировать свою деятельность (даже в экспериментальных условиях) и т.д. Вторичная алекситимия может быть отражена в виде скрытой депрессии или патологической формы печали. В этом случае она рассматривается как «защитный механизм», хотя действует не в традиционном смысле как психологическая защита [2].

Существует также социологический подход, объясняющий возникновение алекситимии в разрезе поведения, культурных и общественных факторов. Ярким представителем данной концепции является Х. Кристалл, он выделяет в качестве условия алекситимии социальное научение. По его мнению, аффективное развитие человека и соответствующая этому развитию патология эмоциональности прямо зависят от особенностей отношений в диаде «ребенок–мать», специфичных для раннего детства [2].

Важно отметить, как звучит определение процесса воображения в общей психологии.

С точки зрения А.Г. Маклакова, воображение – это процесс преобразования представлений, отражающих действительность, и создание на этой основе новых представлений [9].

В свою очередь, выдающийся отечественный ученый Л.С. Выготский указывает, что творческая деятельность, основанная на комбинирующей способности человеческого мозга, в психологии называется воображением или фантазией. Кроме того, он отмечает, что творческая деятельность человека делает его существом, обращенным к будущему, созидаящим его и видоизменяющим свое настоящее. Таким образом, ученый подчерки-

вает, что творческая активность является неотъемлемым свойством человеческого сознания и имеет особую ценность как для отдельной личности, так и для развития всего общества [3].

Процесс творческого воображения характеризуется тем, что человек преобразует свои уже сформированные представления и создает новые, избирая для этого необходимые материалы. Важно также отметить тесную связь между творческим воображением и памятью, поскольку во всех случаях его проявления человек использует свой предыдущий опыт [9].

По утверждению Л.Ю. Субботиной, существуют две стадии процесса формирования воображения, неразрывно связанные с рассудочной деятельностью. Так, первые 15 лет жизни воображение и интеллект активно развиваются, однако затем мышление сохраняет свое прогрессивное развитие, в то время как воображение в большинстве случаев характеризуется некоторым падением интенсивности [10].

Важно упомянуть, что в достаточной степени развитое творческое воображение может помочь в преодолении некоторых психологических проблем, а также благоприятствует личностному самосовершенствованию и активному познанию окружающего мира.

Для подростка, который только вступает в неизведанный мир взрослой жизни, воображение представляет собой некий ключ к пониманию мира, его закономерностей и механизмов. Активность творческого воображения в этом возрасте способствует формированию собственного уникального видения окружающей действительности, возникновению различных идей, размышлениям и планированию. Подростки, как правило, строят в своей голове картину того, что они хотели бы видеть в своей будущей жизни. В некоторых случаях мечтательность и склонность к фантазиям, которые высоко развиты в подростковом возрасте, могут привести к некоторой отрешенности от реальности.

В своих исследованиях многие авторы указывают на разные возрастные промежутки, в определении периода младшего подросткового возраста. В отечественной литературе наибольшее распространение получила возрастная периодизация Д. Эльконина. По мнению автора, период младшего подростничества охватывает возрастную промежуток 11–13 лет [11].

В этом возрасте ребенок проходит через значительные изменения во всех сферах своей жизни. Характер, поведение, самовосприятие и восприятие мира претерпевает ряд существенных изменений в этот период. Большинство процессов высшей нервной деятельности переходят на новый уровень функционирования. Общение со сверстниками становится очень важным для подростков, они приобретают статус в референтной группе, в то время как мнение родителей и старших зачастую перестает играть сколько-нибудь важную роль. Таким образом, младший подростковый возраст можно считать отправной точкой взросления человека, его перехода на совершенно новый уровень осознания мира [11].

Уместно будет привести цитату Л.С. Выготского, которая наиболее лаконично и содержательно выражает одну из основных характеристик описываемого возрастного периода: «в структуре личности подростка нет ничего устойчивого, окончательного, неподвижного» [3, с. 242]. Говоря в данном случае об отсутствии какой-либо константности личностных особенностей подростка, автор подчеркивает, что любое внешнее влияние может существенно отразиться на становлении личности.

Таким образом, в период младшего подростничества, характеризующийся высокой сензитивностью, проведение специализированной профилактики и коррекции алекситимических черт представляет особенную значимость, так как способствует предотвращению развития соматизации психологических проблем.

Ряд ученых рассматривают данный возрастной период как начало кризиса подросткового возраста. Роль ведущей деятельности в этом возрасте уделяется процессам социального взаимодействия и обучения, приобретения новых знаний. Важно отметить основные новообразования на этом этапе, которые только начинают проявляться. У ребенка появляется самосознание, происходит укрепление гендерной идентичности, подросток чувствует себя старше, чем он есть в действительности, и ведет себя соответственно. В подростковом возрасте сильно развиваются абстрактное мышление, воображение, интеллект [3, 11].

И.Ю. Кулагина полагает, что существует определенная взаимосвязь между общим интеллектуальным развитием и развитием воображения. По ее словам, сближение воображения с теоретическим мышлением приводит к появлению у подростка творческого импульса: он начинает писать стихи, рисовать, конструировать [8].

Но в настоящее время существует достаточное количество научных исследований, указывающих на то, что современным подросткам очень часто бывают присущи черты алекситимии в структуре личности. Ряд ученых также делают предположение об опасности наличия этого патологического явления, особенно у младших подростков, потому что их психические процессы только вступает в стадию интенсивного качественного изменения [1, 5].

В.В. Жирова в своей научной работе высказывает предположение о причинах алекситимии в подростковом возрасте. Она утверждает, что подростки подвергаются определенным негативным влияниям социума, родителей, сверстников, что, в свою очередь, может способствовать подавлению собственных чувств и телесных ощущений, так как они часто являются разрушительными. Все это закрепляется в так называемой памяти тела, которая впоследствии становится способом защиты от тяжелых переживаний. Таким образом, формируется «мышечный панцирь». Это приводит к развитию различных заболеваний, возникновению и формированию алекситимических черт в структуре личности [5].

Результаты исследования, проведенного С.О. Кузнецовой и А.В. Разумовой, свидетельствуют, что для подростков с алекситимией характерны высокая личностная тревожность, настороженность, повышенная враж-

дебность и снижение восприятия собственного тела. Все эти особенности проявляются как в ситуации обследования, так и вне ее. Авторы указывают на присутствие взаимосвязи между наличием психосоматической патологии и выраженностью алекситимии. Таким образом, у подростков с психосоматическими нарушениями наблюдаются высокие показатели алекситимии [7].

Феномен алекситимии также привлекает внимание исследователей в связи с ростом числа лиц, страдающих от наркомании, алкоголизма и интернет-зависимости. Существует ряд данных, указывающих на наличие высоких показателей алекситимии у пациентов с зависимостью от химических веществ. Ученые считают, что неспособность к описанию эмоциональных состояний, их дифференцированию может спровоцировать снижение адаптационных возможностей и является предиктором возникновения зависимостей [6].

В исследовании Дж. Винк было, в частности, выявлено, что студенты, страдающие интернет-зависимостью, имеют черты алекситимии в структуре личности. Сравнительный анализ особенностей личностного профиля здоровых студентов и студентов с интернет-зависимостью выявил самые высокие показатели симптомов алекситимии у лиц второй категории [12].

Проведенный анализ современных исследований, а также специфика младшего подросткового возраста дают основание обозначить исследование взаимосвязи алекситимии и творческого воображения как в высокой степени значимое и актуальное. С целью дальнейшего решения практико-ориентированных задач по профилактике и коррекции алекситимии посредством развития творческого воображения младших подростков необходимы разработка и внедрение специально разработанной программы психологической коррекции.

**Заключение.** Подростковый возраст является важнейшим этапом в жизни любого человека. Изменения, происходящие в этот период, в значительной степени определяют перспективы развития целостной личности человека и его активность в зрелом возрасте. Этот период дает начало развитию собственных убеждений и взглядов на жизнь. Творческая активность подростков имеет ряд особенностей и представляет собой платформу для развития здорового и способного к самореализации индивида. Основой этой деятельности служат такие процессы, как мышление и воображение. Посредством творческого воображения подросток получает шанс развиваться в различных направлениях. В этом случае алекситимия рассматривается как фактор, который может привести к нарушению процесса естественного хода развития и становления психологически здоровой личности. В значимой степени это может проявляться в виде возникновения затруднений в описании своих чувств, телесных ощущений, преобладании наглядно-действенного мышления. Одним из симптомов являются снижение функционирования воображения и обеднение его продукции в связи с недостаточностью процесса абстрактного мышления. Следует подчеркнуть, что наличие алекситимии у младших подростков с высокой долей вероятностью способно оказать негативное влияние на их общее развитие, становление личности и психологическое благополучие. Это во многом определяет перспективы исследования данной проблематики.

Таким образом, можно выдвинуть гипотезу о том, что проблема алекситимии в период подросткового возраста имеет перспективы для дальнейшего исследования. Распространенность этого явления среди молодежи свидетельствует о необходимости принятия превентивных мер и осуществления коррекционных воздействий. Так, в ходе проведения дальнейших исследований по указанной теме нами планируется составление психокоррекционной программы, направленной на развитие творческого воображения детей младшего подросткового возраста, имеющих в структуре личности алекситимические черты. Основой данной работы послужит наше предположение о том, что алекситимия в определенной степени может поддаваться коррекции посредством развития творческого воображения и повышению творческой активности. В качестве предполагаемого результатам исследования видится в том числе оптимизация условий для гармоничного развития личности младших подростков.

#### *Литература*

1. Бадалян А.Ю. Алекситимия у подростков с разным типом акцентуации характера // Молодой ученый. 2016. № 27. С. 239–241.
2. Былкина Н.Д. Алекситимия (аналитический обзор зарубежных исследований) // Вестник Московского университета. Сер. 14, Психология. 1995. № 1. С. 43–53.
3. Выготский Л.С. Собрание сочинений : в 6 т. М. : Педагогика, 1984. Т. 4: Детская психология / под ред. Д.Б. Эльконина. 432 с.
4. Ерьско Д.Б., Исурина Г.С., Койдановская Е.В. и др. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. СПб., 1994. 240с.
5. Жирова В.В. Потерянные чувства. Алекситимия подростков и способы восстановления эмпатии // Научное сообщество студентов : междисциплинарные исследования : сб. ст. по мат. VI междунар. студ. науч.-практ. конф. 2016. № 3 (6). URL: [https://sibac.info/archive/meghdis/3\(6\).pdf](https://sibac.info/archive/meghdis/3(6).pdf)
6. Замогильный С.И., Зборовский К.Э., Игумнов С.А., Лапанов П.С., Николкина Ю.А. Алекситимия как фактор развития различных форм аддиктивного поведения // Наркология. 2016. Т. 15, № 11 (179). С. 108–109.
7. Кузнецова С.О., Разумова А.В. Исследование особенностей алекситимии у подростков с психосоматическими заболеваниями // Тюменский медицинский журнал. 2014. Т. 16, № 3.
8. Кулагина И.Ю. Возрастная психология : развитие ребенка от рождения до 17 лет. 5-е изд. М. : Изд-во УРАО, 1999. 175 с.
9. Маклаков А.Г. Общая психология. СПб., 2008. 583 с.
10. Субботина Л.Ю. Развитие воображения детей : популярное пособие для родителей и педагогов. Ярославль : Академия развития, 1997. 240 с.

11. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Вопросы психологии. 1971. № 4. С. 14.
12. Heritability of compulsive Internet use in adolescents / J.M. Vink, T.C. van Beijsterveldt, C. Huppertz [et al.] // Addict Biol. 2015. Jan 13.

### **CORRECTION OF ALEXITHYMIA IN YOUNGER ADOLESCENTS THROUGH THE DEVELOPMENT OF CREATIVE IMAGINATION: THE STATE OF THE PROBLEM**

**Volkova O.V.**, cand. of sci. (psychology), associate professor of the department of clinical psychology and psychotherapy with a course of postgraduate education, medical-psycho-pharmaceutical faculty, Krasnoyarsk State University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: Vermilion2295@yandex.ru

**Chernenko L.O.**, clinical psychologist, Krasnoyarsk State University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: Vermilion2295@yandex.ru

**Abstract.** This article is a review of the scientific literature describing the features of creative imagination and alexithymia in younger adolescents. In this article was also made an attempt to substantiate the prospects and relevance of researching relationships between the features of creative imagination among younger teenagers and the presence of alexithymia traits. The hypothesis about possible risks of the appearance of deviant behavior in adolescents with alexithymic personality traits was justified. The effectiveness of the alexithymia reduction through the development of creative imagination in adolescents with the help of a specialized psycho-correctional program was also considered. At this stage of the development of scientific thought, there are many studies that provide information about such a multidimensional and truly complicated process of human higher mental activity as imagination. But despite the extensive scientific contributions made by scientists from all over the world, the process of imagination still remains not fully understood. Also, the fact is that the mechanism of its functioning often raises questions among researchers up to this day. Creative imagination developed to a sufficient extent can also determine the level of psychological well-being, which is especially important for younger teenagers only entering the difficult period of adolescence. That is why various types of creative activity have a particular relevance for teenagers, provided by such processes of the higher mental activities like thinking, memory, imagination, etc. It is important to notice that in the adolescence period these two psychological phenomena can be developed, namely character accentuation and alexithymia in the personality structure, which in the context of other risk factors can serve as a premorbid background for the development of borderline mental disorders, of many addictions and also for physical and psychological distress manifestations. It should be emphasized that the presence of alexithymia in younger adolescents with a high degree of probability can cause a negative impact on their general development, personality development and psychological well-being. It largely determines the prospects of the study of this problem. Thus, it is possible to put forward a hypothesis that the problem of alexithymia among adolescents has quite serious prospects for further research. The prevalence of this phenomenon among young people suggests the need for taking preventive measures and carrying out corrective actions.

**Keywords:** creative imagination; alexithymia; adolescents; development; prevention; correction personality.

УДК 159.9.07

## **ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ И СЕМЕЙНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК НА ПРИНЯТИЕ РОДИТЕЛЯМИ ОСОБОГО РЕБЕНКА**

**И.Н. Галасюк<sup>1</sup>, О.В. Митина<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия

<sup>2</sup>Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

E-mail: igalas64@gmail.com; omitna@inbox.ru

**Аннотация.** Представленное исследование посвящено выявлению личностных характеристик родителей, специфических характеристик семейного функционирования, способствующих эмоциональному и когнитивному принятию родителями особого ребенка.

**Ключевые слова:** родительское отношение; принятие; ребенок с нарушениями в развитии; личностные ресурсы; личностная зрелость.

Вопросы качества жизни семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями развития, связаны с изучением специфики семейной атмосферы и тех ресурсов, которые помогают родителям в воспитании ребенка. Многолетний опыт работы с семьями данной категории позволил нам констатировать, что одной из важных составляющих ресурсов семьи является родительская любовь. Наряду с понятием родительской любви, в литературе используют термин «принятие» (А.Я. Варга, Е.И. Захарова, О.А. Карбанова, Р.В. Овчарова, Л.Б. Шнейдер и др.). В отношении ребенка с нарушениями интеллекта можно наблюдать как безусловное принятие и любовь родителей, так и дистанцирование, вплоть до желания забыть о его существовании (И.Н. Галасюк, О.В. Чарова, Л.М. Шипицина и др.). Родитель в данной ситуации эмоционально отчуждается от ребенка, не принимая его диагноз на когнитивном уровне, что выражается в неадекватности предъявляемых ребенку требований и представлений о перспективах его социализации [1, 2]. Негативные характеристики взаимодействия родителей с особыми детьми связаны с непониманием, непринятием родителями их поведения и проявления эмоций. Это усугубляет дефект ребенка и снижает возможности его социализации [6, 9, 10].

К психологическим детерминантам, способствующим возникновению и проявлению родительской любви, относят личностные особенности родителей (положительное отношение к себе: самооценка, самопринятие; объективность; плодотворность личности во многих жизненных сферах и др.) [4, 5, 7, 8], а также психологическую атмосферу в семье, стиль воспитания, который зависит от родительского отношения к ребенку (А.Я. Варга, 1986). В этой связи актуальным является изучение специфических характеристик функционирования семьи с особым ребенком и личностных особенностей родителей, способствующих принятию личности и нарушений ребенка [2, 3, 9, 10], чему посвящено представленное исследование.

В исследовании принимали участие 137 человек в возрасте от 25 до 62 лет – родители, бабушки и дедушки, а также замещающие (приемные) родители, воспитывающие детей с нарушениями в развитии. Все респонденты опрашивались в специализированных центрах, детских домах-интернатах для детей с умственной отсталостью. В табл. 1 представлены демографические характеристики выборки.

Т а б л и ц а 1

**Описание выборки**

<b>Степень родства с ребенком</b>	
Отцы	42
Матери	88
Бабушки / дедушки	7
<b>Экономический статус семьи</b>	
Высокий	84
Средний	51
Низкий	2
<b>Тип семьи</b>	
Полная семья	100
Неполная семья	17
Замещающая семья	20
<b>Пол ребенка</b>	
Девочки	45
Мальчики	92
<b>Степень нарушения в развитии</b>	
Умеренная	31
Средняя	70
Тяжелая	36
<b>Место проживания ребенка</b>	
Социальное учреждение	81
Семья	56
<b>Средний возраст респондентов</b>	
Родители	41,60±8,79
Дети	9,63±3,68

*Личностные характеристики родителей* исследовались с помощью личностных опросников, направленных на изучение смысложизненных ориентаций («Тест смысложизненных ориентаций»; Леонтьев), жизнестойкости («Тест жизнестойкости» С. Мадди; Леонтьев, Рассказова), психологического благополучия («Шкала психологического благополучия» К. Рифф; Шевеленкова, Фесенко), самоэффективности («Шкала общей самоэффективности» Р. Шварцера и М. Ерусалема; Ромек), а также на изучение системы отношений личности к временному континууму («Опросник временной перспективы» Ф. Зимбардо; Сырцова, Соколова, Митина 2007), оценки диспозиционной ориентации человека на действие или состояние в ситуации реализации намерения, неудаче и принятии решения (Опросник «Контроль за действиями» Ю. Куля, адаптированный на русский язык; Васильев, Митина, Шапкин 2011), толерантности к неопределенности («Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности» Т.В. Корниловой), типа перфекционизма («Дифференциальный тест перфекционизма» Золотарева).

*Особенности внутрисемейных отношений* изучались с помощью шкалы семейных отношений («Шкала семейного окружения» (ШСО) в адаптации С.Ю. Куприянова), в рамках которой диагностировались такие показатели, как отношения между членами семьи, значимые для семьи направления личностного роста, организационная структура и нарушения семейных ролей; опросника для родителей ребенка с нарушениями в развитии Галасюк, Митина (модификация «Опросника родительского отношения (ОРО)» А.Я. Варги и В.В. Столина); анкеты «Определение воспитательских умений у родителей детей с отклонениями в развитии» В.В. Ткачевой; опросника «Конструктивно-деструктивная семья» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса, модифицированного И.Н. Галасюк, О.В. Митиной. Помимо этого, были сформулированы вопросы анкеты, выявляющие общие социально-демографические данные.

*Отношение родителя к болезни ребенка* изучалось с помощью методики диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР) В.Е. Кагана и И.П. Журавлевой.

Для обработки данных использовался пакет SPSS.

В ходе анализа было установлено, что единственный социально-демографический фактор, который оказывает влияние на силу связи между личностными и семейными характеристиками и положительным отношением к ребенку, – это «тип родственного отношения», иными словами, у отцов и матерей эти связи выражены по-разному. В силу малочисленности группы бабушек мы не включили этих респондентов в сопоставительный анализ.

Для определения уровня привязанности мы взяли в качестве показателя процент пунктов, на которые был дан ответ совпадающий с ключом опросника для родителей ребенка с нарушениями в развитии (модификация «Опросника родительского отношения (ОРО)» А.Я. Варги и В.В. Столина). В табл. 2 представлены характеристики данного показателя по выборке в целом и по подвыборкам матерей и отцов.

Т а б л и ц а 2

**Распределение первичного показателя принятия в разных подвыборках**

	<b>Выборка в целом</b>	<b>Матери</b>	<b>Отцы</b>
Минимально	0,114	0,229	0,143
Максимально	1,000	1,000	1,000
Среднее	0,794	0,828	0,741
Стд. откл.	0,221	0,180	0,256
Асимметрия	-1,614	-1,757	-1,202
Ст.ош. Ас.	0,207	0,257	0,365
Экссесс	1,931	3,085	0,402
Ст.ош. Экс.	0,411	0,508	0,717

Показатели описательной статистики, представленные в табл. 2, указывают на то, что выраженность принятия в данной выборке респондентов имеет сильно выраженное ненормальное распределение. Р-значение по критерию Колмогорова–Смирнова во всех трех случаях меньше 0,05. Чаще всего на дихотомические вопросы опросника респонденты дают положительные ответы, поэтому выборка была разделена на 8 подгрупп в зависимости от степени выраженности привязанности по правилу, представленному в табл. 3.

Т а б л и ц а 3

**Соотношение между первичной переменной принятия и категориальной переменной, содержащей 8 уровней принятия**

<b>Уровень принятия</b>	<b>Первичная переменная принятия</b>		<b>% респондентов, показавших данный уровень принятия</b>
	<b>Нижняя граница (включительно)</b>	<b>Верхняя граница (исключительно)</b>	
1	0,00	0,20	4,38
2	0,20	0,49	7,30
3	0,49	0,70	9,49
4	0,70	0,80	16,79
5	0,80	0,90	19,71
6	0,90	0,92	15,33
7	0,92	0,98	13,87
8	0,98	1,00	13,14

Т а б л и ц а 4

**Описательная статистика переменной «уровень принятия»**

	<b>Выборка в целом</b>	<b>Матери</b>	<b>Отцы</b>
Среднее	5,073	5,330	4,619
Стд. откл.	1,954	1,786	2,106
Асимметрия	-0,236	-0,055	-0,158
Ст.ош. Ас.	0,207	0,257	0,365
Экссесс	-0,742	-0,859	-1,011
Ст.ош. Экс.	0,411	0,508	0,717
Минимальное	1	2	1
Максимальное	8	8	8

Описательная статистика переменной «уровень принятия» свидетельствует о том, что ее распределение в нашей выборке близко к нормальному, а потому дальнейшие процедуры статистического анализа на выявление связи между привязанностью и личностными / семейными характеристиками мы будем проводить именно с ней.

В табл. 5 представлены корреляции между личностными и семейными характеристиками и уровнем принятия для отцов и матерей, а также указаны значимые различия. В таблицу включены корреляции только при условии, что как минимум для одной из подвыборок корреляция с принятием оказалась значимой. Для установ-

ления корреляции мы использовали коэффициент корреляции Пирсона и параллельно вычисляли коэффициент ранговой корреляции Спирмена, так как не везде данные были распределены нормально. Во всех приведенных в таблице случаях тенденции, выявленные с помощью ранговой и параметрической корреляции, совпали.

Таблица 5

**Коэффициенты корреляции личностных и семейных характеристик с показателем принятия в подвыборках отцов и матерей и сопоставление различий**

Название показателя	Подвыборки		Значимость различий в коэффициентах корреляции		
	Матери	Отцы			
<b>Шкала семейного окружения</b>					
Сплоченность	0,137	0,585	*	+	
Независимость	0,188	0,541	*	+	
Интеллектуально-культурная ориентация	-0,047	0,340	*	+	
<b>Методика «Воспитательные умения»</b>					
Эмоциональное принятие	0,474	*	0,751	*	+
<b>Супружеский коппинг</b>					
Позитивность	0,254	*	0,661	*	+
Самообвинение	-0,318	*	-0,598	*	+
<b>Шкала семейного окружения</b>					
Конфликт	-0,330	*	-0,640	*	+
Экспрессивность	0,305	*	0,530	*	+
<b>Опросник «Конструктивно-деструктивная семья»</b>					
Влияние	-0,527	*	-0,655	*	+
Фрустрация	-0,615	*	-0,656	*	+
Информация	-0,438	*	-0,686	*	+
Отчуждение	-0,564	*	-0,715	*	+
<b>Дифференциальный тест перфекционизма</b>					
Нормальный перфекционизм	-0,182		-0,555	*	+
<b>Тест жизнестойкости</b>					
Общий показатель жизнестойкости	0,381	*	0,548	*	+
Вовлеченность	0,365	*	0,626	*	+
Контроль	0,375	*	0,449	*	+
Принятие риска	0,247	*	0,395	*	+
<b>Смысложизненные ориентации</b>					
Общий показатель	0,404	*	0,359	*	+
Ориентация на процесс	0,341	*	0,330	*	+
Ориентация на результат	0,523	*	0,453	*	+
Локус контроля-Я	0,331	*	0,353	*	+
<b>Шкала общей самооффективности</b>					
Общая самооффективность	0,357	*	0,367	*	+
<b>Шкала психологического благополучия</b>					
Позитивные отношения с окружающими	0,292	*	0,508	*	+
Управление средой	0,453	*	0,384	*	+
Цели в жизни	0,346	*	0,357	*	+
<b>Опросник ориентации на действие / состояние</b>					
Ориентация на действие при неудаче	0,311	*	0,408	*	+
Ориентация на действие при планировании	0,316	*	0,373	*	+
<b>Опросник толерантности к неопределенности</b>					
Интолерантность	0,305	*	0,323	*	+

*Примечание.* Знак «\*» рядом со значением коэффициента корреляции указывает на его значимое отличие от 0 (p – значение нулевой гипотезы <0,05). Знак «+» указывает наличие значимых различий в коэффициентах корреляции в двух подвыборках.

Во всех случаях мы видим, что у пап корреляции по абсолютной величине больше, чем у мам. В некоторых случаях это оказывается статистически значимо.

Также мы разделили респондентов на тех, кто положительно ответил на вопрос «Довольны ли вы своим ребенком?», и тех, кто негативно ответил на этот вопрос. Далее мы сравнили выраженность личностных и семейных показателей отдельно у отцов и отдельно у матерей. В табл. 6, 7 представлены показатели, по которым в выборках матерей и отцов существуют значимые различия в зависимости от того, положительный или отрицательный ответ дают на вопрос о том, довольны ли они своим ребенком.

Таблица 6

Личностные и семейные показатели, по которым значимо различаются матери в зависимости от того, положительно или отрицательно они отвечают на вопрос: «Довольны ли вы своим ребенком?»

Показатели	Не довольны	Довольны
<b>Методика «Воспитательные умения»</b>		
Эмоциональное принятие	<i>0,802</i>	<i>0,946</i>
<b>Опросник «Конструктивно-деструктивная семья»</b>		
Влияние	0,256	0,114
Фрустрация	<i>0,325</i>	<i>0,082</i>
Информация	<i>0,313</i>	<i>0,186</i>
Отчуждение	<i>0,219</i>	<i>0,071</i>
<b>Супружеский копинг</b>		
Позитивность	<i>2,866</i>	<i>3,219</i>
<b>Шкала семейного окружения</b>		
Ориентация на активный отдых	0,339	0,503
<b>Тест жизнестойкости</b>		
Общий показатель жизнестойкости	<i>2,760</i>	<i>2,938</i>
Контроль	2,604	2,890
<b>Дифференциальный тест перфекционизма</b>		
Патологический перфекционизм	3,885	4,384
<b>Шкала психологического благополучия</b>		
Управление средой	3,944	4,281
Цели в жизни	4,154	4,495
Самопринятие	3,667	4,129
<b>Смыслжизненные ориентации</b>		
Общий показатель	4,785	5,401
Ориентация на цели	5,102	5,804
Ориентация на процесс	5,000	5,869
Ориентация на результат	4,387	5,254
Локус контроля-Я	4,863	5,643
<b>Шкала общей самооффективности</b>		
Самооффективность	2,844	3,102

Таблица 7

Личностные и семейные показатели, по которым значимо различаются отцы в зависимости от того, положительно или отрицательно они отвечают на вопрос: «Довольны ли вы своим ребенком?»

Показатели	Не довольны	Довольны
<b>Методика «Воспитательные умения»</b>		
Эмоциональное принятие	<i>0,500</i>	<i>0,872</i>
<b>Опросник отношения к болезни ребенка</b>		
Нозогнозия	3,781	2,923
Контроль активности	3,109	2,327
Общая напряженность	3,315	2,868
<b>Опросник «Конструктивно-деструктивная семья»</b>		
Фрустрация	<i>0,375</i>	<i>0,085</i>
Информация	<i>0,450</i>	<i>0,208</i>
Отчуждение	<i>0,363</i>	<i>0,062</i>
<b>Супружеский копинг</b>		
Конфликтный стиль	2,214	1,712
Самообвинение	2,365	1,938
Позитивность	<i>2,974</i>	<i>3,514</i>
<b>Шкала семейного окружения</b>		
Сплоченность	0,523	0,880
Экспрессивность	0,521	0,801
Конфликт	0,396	0,188
Интеллектуально-культурная ориентация	0,328	0,663
Ориентация на активный отдых	0,286	0,610
Морально-нравственные аспекты	0,575	0,785
<b>Тест жизнестойкости</b>		
Общий показатель жизнестойкости	<i>2,822</i>	<i>3,123</i>
Вовлеченность	2,972	3,333
<b>Шкала психологического благополучия</b>		
Позитивные отношения с окружающими	3,875	4,538

В табл. 6, 7 курсивом выделены характеристики, которые дают значимые различия у мужчин и женщин. Если сопоставить, то можно говорить о том, что у женщин разделение происходит в большей степени по личностным чертам, а у мужчин – по семейным.

**Выводы.** В нашем исследовании важно было выделить те личностные особенности и особенности семейных отношений, которые коррелируют с показателем «принятие», что является важным при планировании интервенций в работе с родителями особых детей. Проведенный математико-статистический анализ позволил определить, что принятие родителями ребенка с нарушениями в развитии находится во взаимосвязи как с показателями личностных характеристик, которые свойственны высокому уровню зрелости, так и с показателями внутрисемейных отношений. Показатель шкалы «Принятие» сопряжен с высокой осмысленностью жизни, жизнестойкостью, психологическим благополучием и позитивными отношениями в семье.

Проведенный анализ позволил выяснить, что родители, обладающие высоким личностным потенциалом, в большей степени позитивно относятся к своему ребенку. Эмоциональный элемент родительского отношения – принятие родителем ребенка – связан с уровнем осмысленности жизни, жизнестойкости, психологического благополучия родителя, позитивной семейной организацией и глубиной отношений в семье. Влияние данных детерминант в большей степени проявляется у отцов. Показатель принятия ребенка матерями значимо выше и слабее обусловлен характеристиками личности и семьи. Анализ личностных характеристик респондентов в зависимости от их ответа на вопрос «Довольны ли вы своим ребенком?» показал: матери, положительно ответившие на этот вопрос, характеризуются более высокими показателями наличия целей в жизни и уровня самопринятия, в то время как для отцов определяющими являются позитивные отношения в семье, спокойное отношение к болезни ребенка, вовлеченность в ситуацию.

Интерпретируя полученные результаты, можно заключить, что принимающий родитель имеет более тесный эмоциональный контакт с ребенком, склонен проявлять к нему ласку и получать удовольствие от совместного досуга. Такой родитель осознает, что его ребенок имеет проблемы в развитии, а также признает возможность позитивной динамики развития ребенка за счет своего личного участия и помощи ему.

#### *Литература*

1. Варга А.А. Структура и типы родительского отношения : дис. ... канд. психол. наук. М., 1986.
2. Галасюк И.Н. Родительские позиции в семье, воспитывающей ребенка с нарушениями интеллектуального развития // Вестник Московского государственного областного университета. Сер. Психологические науки. 2014. № 3. С. 52–64.
3. Галасюк И.Н., Митина О.В. Психологические факторы, влияющие на принятие родителями особого ребенка // Прикладная психология на службе развивающейся личности : сб. науч. ст. и материалов XV науч.-практ. конф. с междунар. участием «Практическая психология образования XXI века. Прикладная психология на службе развивающейся личности», 9–10 февраля 2017 г. / под общ. ред. Р.В. Ершовой. Коломна : Гос. и социально-гуманитарный ун-т, 2017. С. 42–48.
4. Захарова Е.И. Освоение родительской позиции как траектория возрастного-психологического развития в зрелом возрасте // Педагогическое образование в России. 2015. № 11 С. 151–156.
5. Калина О.Г., Холмогорова А.Б. Роль отца в психическом развитии ребенка. М. : Форум, 2011. 112 с.
6. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. В.И. Селиверстова. М. : ВЛАДОС, 2003.
7. Махоргова Г.Х. Зависимость эмоциональных переживаний детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста от характера внутрисемейных отношений : дис. ... канд. психол. наук. М., 2006.
8. Смирнова Е.О., Соколова М.В. Методика диагностики структуры родительского отношения и его динамики в онтогенезе ребенка // Психологическая наука и образование. 2005. № 4.
9. Чарова О.Б. Особенности материнского отношения к детям с нарушением интеллекта : дис. ... канд. психол. наук. Орел, 2003.
10. Шипицина Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе: социализация детей с нарушением интеллекта. 2-е изд., перераб. и доп. СПб. : Речь, 2005. 477 с.

#### **INFLUENCE OF PERSONALITIES AND FAMILY CHARACTERISTICS ON PARTICIPATION OF PARENTS OF SPECIAL CHILD**

**Galasyuk I.**, PhD, assistant professor, department of the neuro and pathopsychology of development (clinical and special psychology faculty), Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia. E-mail: igalas64@gmail.com

**Mitina O.**, PhD, associate professor, leading research associate laboratory of psychology of communication and psychosemantics, department of psychology, Moscow State University M.V. Lomonosov, Moscow, Russia. E-mail: omitna@inbox.ru

**Abstract.** The presented research is devoted to revealing the personal characteristics of parents, the specific characteristics of family functioning, which contribute to the emotional and cognitive acceptance of a special child by the parents. The study involved 137 parents of children with developmental disorders attached to specialized centers in Moscow. The age of participants is from 25 to 62 years old, among whom are members of complete, incomplete and substitute families. The analysis made it possible to find out that parents with high personal potential are more positive about their child. The emotional element of the parental relationship – the parent's acceptance of the child – is related to the level of meaningfulness of the life, vitality, psychological well-being of the parent; positive family organization and depth of relations in the family. The influence of these determinants is more pronounced in the fathers. The indicator of adoption of a child by mothers is significantly higher and is weaker due to the characteristics of the individual and the family. In complete families, as a rule, parents of both sexes evaluate their relationship with the child as safe.

**Keywords:** parental attitude; adoption; a child with developmental disabilities; personal resources; personal maturity.

## ИНТЕНЦИЯ К ТРАНСУ КАК БАЗИС ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ПОСТИНФОРМАЦИОННОМ ОБЩЕСТВЕ

Е.С. Гольдшмидт

Кемеровский государственный университет, Кемерово, Россия  
E-mail: goldschmidtes@yandex.ru

*Работа выполнена в рамках гранта РФФИ. Проект № 16-46-420035.*

**Аннотация.** Обсуждается подход к интегральной концепции здоровья как возможности формирования реальности в онтогенезе человека. Такая перспектива представлена в виде многомерной, полионтичной, виртуализованной реальности. Базовым механизмом предполагается транс, связанный с активностью правого полушария мозга.

**Ключевые слова:** здоровье; интенциональность; транспектива; развитие; кризис; смыслы; ценности; виртуальность; многомерность; синергетика.

Конец XX и начало XXI в. охарактеризовались бурным ростом экономической, политической, идеологической, климатической, геологической и всеми другими возможными видами неустойчивостей. С субъективной точки зрения, как и с объективной, такая ситуация в первую очередь влияет на самочувствие и здоровье.

В начале XXI в. проблема здоровья становится одной из самых обсуждаемых не только в медицине (а также в гигиене и профилактике, в психиатрии), но и в различных разделах психологии (психологии здоровья, медицинской психологии, психофизиологии, психологии личности, возрастной психологии, акмеологии, геронтопсихологии и т.д.), в теории и практике физической культуры и спорта, а также в относительно молодой науке валеологии (собственно науке о здоровье).

До сих пор в этой области знания в основном используются пороговые принципы оценки, соответствующие нормоцентрическому подходу. Например, в Толковом словаре русского языка С.И. Ожегова можно прочесть: «Здоровье – это нормальное состояние правильно функционирующего, неповрежденного организма» или «правильная, нормальная деятельность организма».

Тем не менее становится все более очевидно, что здоровье не может быть ограничено рамками нормальности, так как в таком случае игнорируются принципы системности, целостности и эволюционизма. Здоровье и болезнь относятся к числу таких взаимодополняющих понятий, которые в принципе не могут быть однозначно определены, и их постоянное переосмысление, переформулирование приводит к формированию нового знания, более целостному взгляду на феномен человека.

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) заявлен один из наиболее широких, универсальных подходов к здоровью («здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов»), в значительной степени пересекающийся с глубинным, цивилизационным смыслом рассматриваемого понятия, феномена. Правда, необходимо отметить, что на практике данный принцип реализуется во всей своей полноте крайне редко!

Этимологически слово «здоровье» имеет праславянский корень *sbdorvb*, давший современное слово «здоров», образованное из приставки *sb*, имеющей такое же значение, как древнеиндийское *su* – «хороший», и основы *dorvb* – «дерево», «дуб». Первоначально прилагательное «здоровый» имело значения «из хорошего (крепкого) дерева», «крепкий, как дуб», «невредимый» и очевидно включало в себя компонент развития, преобразования, так как дерево растет. Важно отметить, что образ дерева несет в себе как отражение базовых архетипов эволюции мироздания («Дерево познания» и «Дерево жизни»), так и возможность отображения онтогенеза человеческой индивидуальности, его мышления и направленности (например, в известном проективном тесте «Нарисуй дерево»).

Включение в рассматриваемый феномен высших аспектов феномена человека требует ввести новые понятия – «психологическое здоровье», «личностное здоровье», «душевное здоровье», «духовное здоровье». В этой связи достаточно логичным является утверждение Б.С. Братуся (1988) о том, что для все большего числа людей становится характерным диагноз «психически здоров, но личностно болен».

Проблема формирования более целостного, интегративного понимания феномена здоровья (в том числе и психического, психологического, духовного) в существенной степени связана с переменами в современном мире, носящими приставку «пост-»: развитие постнеклассической парадигмы в науке, постмодернизма в культуре и философии, формирование постиндустриального, постинформационного и даже постэкономического общества [6]. В этом отношении наибольший интерес в контексте данной работы представляет позиция В.Е. Клочко, разработавшего концепцию транспективного анализа в рамках теории психологических систем (ТПС) [5].

В.Е. Клочко рассматривает процесс становления и функционирования психики не как инструмента человека для... (выживания и т.д.), а как аспекта становления системы, включающей «внутренний», «внешний» и «промежуточный» миры, в том числе и прошлое, настоящее, будущее. Психика порождает многомерный мир, обеспечивающий онтологичность развития человека. В ходе такого развития формируется некий результат вза-

имодействия материального и духовного, что и проявляется в психическом, душевном [5]. Важнейшим аспектом формирования и функционирования в этом случае является синергия (синергетичность), системность, интегральность развивающегося образования [4, 5].

Целостность, гармоничность, да и сама возможность развития человека обусловлена в первую очередь наличием основополагающих, его сущностных свойств: потенциальной универсальности (многомерности), потенциальной бесконечности и способности быть разным (собой и другим) [8]. Именно потенциальная возможность развития, творчества, выхода за пределы обыденного, изведенного и может являться основой здоровья во всех его аспектах. В узком смысле этого феномена такая возможность может быть названа саногенным потенциалом, реализуемым в виде иерархии частных потенциалов различных уровней организации целостности [2].

Субъективно потенциал человека проявляется в его интенциях (интенциональности), направленности к взаимодействию с различными аспектами Мира [3]. Осознаются интенции в виде мотиваций, желаний, интересов, намерений, целей и ценностей. Существует множество различных классификаций мотивационно-потребностной, инстинктивной сферы человека, но практически во всех присутствует базовая поляризация, наиболее явно выраженная у П.В. Симонова, – деление на дефицитарные и избыточные [3].

Если первый полюс относится в основном к биологическому и частично к социальному уровням, то второй – к культурно-духовному, реализация которого требует постоянной трансценденции, выхода за пределы освоенного, стабильного, комфортного существования. «Человек есть существо принципиально незавершенное...» [5, с. 132]. Процесс трансценденции происходит на протяжении всей жизни и сначала связан с усвоением культурных образцов, а затем переходит в сферу индивидуального поиска смыслов в Мире. Усвоение ценностей, этических принципов взаимодействия с людьми, природой, Миром, смыслов существования и их производство являются обязательным условием здоровья развивающейся личности.

Культура является «терапевтом» личности, успокаивая беспокойную душу человека, но достаточно развитая (развивающаяся) личность бросает вызов культуре, заглядывая в будущее и, по возможности, создавая его [7]. Одним из способов такого созидания будущего является стремление к этическим императивам – Справедливости, Нравственности, Взаимопомощи, являющимся, по мнению выдающегося представителя мистического анархизма П.А. Кропоткина, всеобщим мировым законом эволюции [5].

Однако задачи этики, особенно в XXI в., существенно расширились и охватывают взаимоотношения уже не только с культурой, обществом, но и с Природой, Землей, Космосом. Явно проявляющиеся в этом веке тенденции единения естественнонаучного и гуманитарного знания, науки и религии «позволяют» гармонично включить в этот смысловой ряд Бога. Данный процесс соответствует формирующейся парадигме постинформационного общества, ориентирующегося на создание новых смыслов и «искреннее» проживание их в многомерных онтологических пространствах.

Механизм расширения психического Мира может быть описан с различных точек зрения, с использованием многих концепций. Среди отечественных психологических школ первой является культурно-историческая психология Л.С. Выготского, нашедшая свое наиболее яркое выражение в антропологии В.И. Слободчикова и Е.И. Исаева [10]. Но нас сейчас интересует не столько процесс формирования зоны ближайшего развития через интериоризацию культурных смыслов и последующую экстериоризацию, сколько сам механизм выхода за пределы. Таковой описан в работах по виртуальной психологии (виртуалистике) школы Н.А. Носова [9].

Носов вводит понятие полионтичности бытия, означающего существование множества несводимых друг к другу реальностей, в которых человек существует каждый раз как в единственных. При этом возможны два крайних типа реальностей: константные (консуэральные – привычные, нормальные, ординарные, социально одобряемые) и виртуальные (с измененным сознанием, телесностью, статусом личности и воли). Важно, что виртуальные состояния переживаются как внешне навязанные, не зависящие от воли субъекта, происходящие «сами по себе». Виртуальные состояния также имеют две крайних формы: с зауженными пространством реализации и возможностями; с расширенными возможностями и пространством. Практически все необычные состояния (сновидческие, гипнотические, галлюцинаторные, экстатические, экстремальные, творческие озарения, медитативные), в которых есть чувство необычности, переживание выхода за пределы обыденности (транса), являются виртуальными.

Важно то, что практически любой психологический кризис, стресс, конфликт, болезнь, формирование психологических новообразований, прорыв в новую реальность сопровождается виртуализацией психики, выходом за пределы обыденности, трансом. Но в ходе онтогенеза периоды с преобладанием виртуального состояния чередуются с преимущественно константными периодами. На каждом этапе онтогенеза какое-то из доминирующих свойств психики, ведущий процесс сначала развивается как виртуальный, захватывая новые сферы пространства, потом (при эффективном освоении) становится константным, в котором происходит девиртуализация, разделение (удвоение) соответствующей реальности на внутреннюю, «субъективную» и внешнюю, «объективную» [9].

Так, если после рождения ребенок находится в состоянии виртуальной телесности (неразделенность внешнего и внутреннего пространства восприятия), то примерно в 3 года (кризис Я) происходит удвоение телесности (разделяются и конституируются тело, Я и внешние объекты, не-Я). К 7 годам происходит девиртуализация сознания (отделение собственного сознания, собственных мыслей от чужих). В пубертатный кризис происходит девиртуализация (раздвоение) личности – ребенок может реагировать на события индивидуально-личностно. Юношескому кризису (около 17 лет) соответствует процесс девиртуализации воли (смысло-жизненных ориентаций). К возрасту 28–30 лет девиртуализуется внутренний человек, появляется внутренняя

психическая, психологическая, духовная жизнь. Дальнейшие кризисы онтогенеза не описаны автором с позиции виртуалистики, но нет сомнения, что это можно и нужно сделать.

В случае нарушения процесса виртуализации–девиртуализации происходит нарушение онтогенеза с патологическими (нейро- и психопатологическими) последствиями. Нарушается формирование ментальных пространств, пространств смысла и ценностей, что влечет за собой утрату (или даже несформированность) здоровья.

Механизм становления многомерного мира человека, его сознания сходным образом описывается в ТПС [5]. Так же как и в виртуалистике, в ТПС предметом исследования является порождение психической реальности, которая условно делится на субъективную компоненту (образ мира, действительность), деятельность (образ жизни) и окружающую реальность (многомерную, полионтичную основу).

Размерность психической реальности человека после рождения соответствует таковой у животных и может быть приравнена к четырем измерениям (трем пространственным и одному временному). К кризису 3 лет формируются пятимерный мир и предметное (культурное) сознание (что соответствует удвоению телесности, появлению вещей, предметов). Пубертатный кризис связан с формированием шестимерного мира и смыслового, ценностного сознания (соответствует удвоению сознания, мышления, появлению индивидуальности). Общий вектор развития (транспектива) человека идет постоянно в сторону усложнения его Мира, увеличения его мерности, что автоматически влечет за собой кризисы и виртуализацию психики, необходимость периодического транса как в узком смысле (гипнотического, медитативного, экстрасенсорного...), так и в широком – транспективы сознания.

Еще один возможный подход к описанию механизма развития психики – изучение онтогенетической и функциональной динамики асимметрии (А) мозга, а точнее, всего человека. Многочисленные авторы в своих исследованиях показывают, что кризисы любого типа сопровождаются сдвигом А влево (усиление правополушарной активности, рост иррациональности), а стабильные, нормативные состояния соответствуют преобладанию правой А (правшество, левополушарная активность, рациональное мышление). В первом состоянии преобладает нечетко дифференцированное, размытое, интегральное, холистическое взаимодействие с Миром, тогда как во втором – дуальное, фрагментированное, нормированное взаимодействие. Эти особенности соответствуют различным этапам онтогенеза, на которых чередуются периоды с преимущественным доминированием сначала левой А, а затем (после кризиса) правой А по соответствующей данному этапу преобладающей психической функции, процессу, психической функциональной системе [2].

Современная жизнь демонстрирует многочисленные факты функционирования человека, различных групп и даже слоев, страт в режиме виртуального сознания, в режиме правополушарности, иррациональности. Во многих случаях это, вероятно (но не обязательно), связано с девиациями психики, задержками развития и болезнями (зависимости, посттравматические состояния, органические поражения мозга и т.д.), но сюда можно отнести и творческую, природосообразную и экстремальную деятельность, необычных детей, которых рождается все больше (растет доля левшей и правополушарных, вундеркиндов, индиго и др.).

Все это происходит на фоне эпидемии психических расстройств, роста преступности, поведенческих и культурных девиаций, усиления терроризма на индивидуально-групповом и даже государственном уровнях. Растет общее потребление лекарств в мире, количество хронических и новых заболеваний, психических отклонений. Очень тревожно обстоит дело с рождаемостью и здоровьем новорожденных. При этом резко увеличивается количество различных деструктивных виртуальных пространств (Интернет), которые имеют тенденцию к реализации вовне. И все это так же связано с А мозга.

Отдельная проблема сегодняшнего времени – этноконфессиональные конфликты и интеграция малых народов. Сюда же можно отнести и проблему массового алкоголизма малых народов, их агрессивность и трудности в адаптации к западному обществу. В.С. Ротенберг и В.В. Аршавский (1984) убедительно продемонстрировали обусловленность менталитета этнических культур по преимуществу полушарной А головного мозга. Люди, воспитанные в разных этнопсихологических, этнокультурных условиях, воспринимают мир совершенно по-разному, у них формируется такой способ переработки информации, который обеспечивает гармоничное функционирование индивидуума и сообщества в данной среде. Данный подход согласуется с концепцией Л.С. Выготского о том, что сложные психические функции формируются в ходе исторически обусловленных видов деятельности и изменяются в процессе эволюции. Менталитет культур не сводится только к особенностям психофизиологических закономерностей, но в значительной степени определяется характером межполушарных отношений.

С точки зрения виртуалистики, ТПС и А мозга согласование позиций всех заинтересованных сторон в случае этноконфессионального, этнокультурного, этноцивилизационного конфликта возможно, во-первых, при соответствующей интенции; во-вторых, при формировании (взаимопроникновении) различных психических, ментальных семантических пространств при активном содействии виртуальных, трансовых методов, состояний. До тех пор, пока не сформировалось некое единое пространство смыслов, рациональный подход, реализуемый некоторыми сторонами конфликтов, бесполезен и даже вреден. Формированию же новых психических пространств эффективно способствуют методы виртуалистики и активация полушарий, их связи с помощью гимнастики мозга (П. Деннисон, Г. Деннисон, 2015).

Выход из тупика, в который зашло общество, видится как переход к новым пространствам, формированию в них новых смыслов, базирующихся на уже сформированных культурных матрицах, архетипах, парадигмах. Таковыми (по крайней мере для России) могут являться: национальные традиции взаимодействия с При-

родой, Миром; традиция русского космизма и вышедшая из нее концепция ноосферизма; идеи синергетики и современные физические концепции (квантовая концепция многомирия, идея голографической вселенной, сетевой подход...); синтез научного и религиозного знания. Большие возможности представляются при использовании концепции «Общества мечты» Рольфа Йенсена, который через баланс разума и эмоций, через насыщение мира новыми образами, идеями и смыслами стремится найти выход из тупика информационного общества.

**Заключение.** Разумеется, в обзорной статье такого рода невозможно учесть все подходы, как невозможно и представить полное изложение проблематики интегрального, интенционального, трансового подхода к здоровью. В стране только начинается робкое движение в данном направлении, и мы лишь слегка освящаем его. Бурное распространение в последние десятилетия опыта зарубежных исследователей явно оказывает каталитическое влияние на антропологические науки, позитивную переоценку отечественного опыта, что постепенно и проявляется. Данная статья – пример такого влияния. Это не столько исследование, сколько некий манифест, призыв к более зрелому, многомерному, миро- (приподо-, ноо-, космо-, тео-)центрическому подходу к здоровью. Здоровью как пространству расширяющихся возможностей человека, но никак не сохраняющихся, стандартных.

### *Литература*

1. Гольдшмидт Е.С. Периодизация развития и ее применение в развивающем образовании // Вопросы теории и практики развивающего образования : сб. статей. Кемерово : Кузбассвузиздат, 1997. Вып. 2. С. 47–52.
2. Гольдшмидт Е.С. К проблеме реализации саногенного потенциала личности в современных условиях // Личность в посткризисном социокультурном пространстве: риски, потенциалы развития : сб. научных статей / под ред. И.С. Морозовой. Кемерово, 2010. С. 162–166.
3. Гольдшмидт Е.С. Интенционально-поведенческие аспекты развития / Интегральная психология: контуры, уровни, линии развития / под ред. И.С. Морозовой. Кемерово, 2010. С. 57–69.
4. Гольдшмидт Е.С. Интегральное здоровье – теоретико-системный, синергетический подход // Актуальные проблемы современной психологии : сб. науч. статей. Кемерово : Редактор и Ко, 2011. С. 112–125.
5. Ключко В.Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в трансспективный анализ). Томск : Том. гос. ун-т, 2005. 174 с.
6. Мацевич И.Я. Феномен «постинформационного общества» как объект концептуализации // Медиафилософия II. Границы дисциплины : сб. науч. ст. / под ред. В.В. Савчука, М.А. Степанова. СПб. : СПбГУ, 2009.
7. Налимов В.В. На грани третьего тысячелетия. Что осмыслили мы, приближаясь к XXI веку. М. : Лабиринт, 1994. 73 с.
8. Непомнящая Н.И. Психодиагностика личности: теория и практика : учеб. пособие. М. : ВЛАДОС, 2003. 192 с.
9. Носов Н.А. Виртуальная психология. М. : Аграф, 2000. 432 с.
10. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Основы психологической антропологии. Психология человека: введение в психологию субъективности. М. : Школа-Пресс, 1995. 384 с.

### **INTENTION TOWARDS TRANCE AS A BASIS FOR THE FORMATION OF MENTAL HEALTH IN THE POST-INFORMATION SOCIETY**

**Goldschmidt E.S.**, PhD., associate professor in the Department of psychological sciences, Socio-Psychological Institute, Kemerovo State University (Kemerovo, Russia). E-mail: goldschmidtes@yandex.ru

**Abstract.** The article discusses the phenomenon of health in terms of a multidimensional integral concept dealing with different aspects of health (physical, mental, psychological, and spiritual) in the process of formation of a psychological reality in human ontogenesis. A symbol, a metaphor of health, is the Tree reflecting both the origins and prospects of development. The man himself, his integrity, harmony, and possibility of development are primarily due to the presence of fundamental, intrinsic properties of a person: the potential universality of (multidimensional) potential infinity and the potential ability to be diverse (different roles). Psychological reality is considered based on N. A. Nosov's virtualistics and V. E. Klochko's theory of psychological systems in the form of multidimensional, poliontic, virtualized reality that provides multidimensionality, infinity and diversity. Harmonious ontogenesis, providing all kinds of health, appears in the form of a series of virtualization-devirtualization of psyche during life crises with an increase in the dimension of its space. The underlying mechanism of development includes trance associated with the activity of the right hemisphere of the brain. Trance practices, involving transpective aspects, can contribute to the solution of many problems, including ethnic and global ones. The prospects of human development in the post-information society are largely dependent upon the effectiveness of creating new meanings and new spaces for the formation of new values. A way out of the impasse where the western "civilized" society has come to is the transition to a new psychological space for new meanings based on the already established and emerging cultural matrices, archetypes, paradigms. These matrices can be: national traditions; harmonious synergy with nature, with the world; the tradition of Russian cosmism and the concept of noosphere; ideas of synergy and some modern physical concepts; the synthesis of scientific and religious knowledge. Good perspectives show up when using the concept of Rolf Jensen stated in his book *The Dream Society*. It is through the balance of mind and emotions, through the saturation of the world with new images, ideas and meanings the author seeks to find a way out of the impasse of the information society.

**Keywords:** health; intentionality; transpective; development; crisis; meanings; values; virtuality; multidimensionality; synergetics.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

**М.В. Григорьев**

Сухумская городская детская поликлиника, Сухум, Республика Абхазия  
E-mail: info\_grigoriev@mail.ru

**Аннотация.** Работа посвящена проблеме медико-психологической диагностики и психолого-педагогической коррекции заболевания детский аутизм.

**Ключевые слова:** аутизм; задержка психического развития; диагностика; психолого-педагогическая коррекция; умственная отсталость; нарушения интеллекта; специальная педагогика; расстройства аутистического характера.

Рост количества детей с аутизмом подчеркивает необходимость рассмотрения разных подходов к его определению, поскольку наряду с классическим аутизмом существуют и другие схожие с ним расстройства аутистического спектра. Распространенность аутизма в разных странах колеблется от 4 до 26 случаев на 10 тыс. детского населения, причем у мальчиков распространенность в 4–4,5 раза выше, чем у девочек [5, с. 62].

Впервые термин «аутизм» был введен в 1912 г. Э. Блейлером для обозначения особого состояния аффективной сферы и мышления, а в 1943 г. описан Л. Каннером [2]. Название синдрома раннего детского аутизма происходит из анализа «экстремального одиночества» [1, с. 65]. Аутизм является психическим расстройством, характеризующимся выраженным дефицитом навыков общения, а также личностных, речевых, социальных сторон развития [4, с. 26].

Согласно Международной классификации болезней, детский аутизм относится к общим расстройствам психологического развития (F84). Для идентификации связанных с данными нарушениями заболевания либо выявления умственной отсталости приняты дополнительные коды – атипичный аутизм (F84.1); синдром Ретта (F84.2); другое первазивное (дизинтегративное) расстройство детского возраста (F84.3); синдром Аспергера (F84.5). В соответствии с «Руководством по диагностике и статистике психических расстройств» Американской психиатрической ассоциации в новом классификаторе диагноза аутизма изменены на категорию «расстройства аутистического спектра» [10, с. 174].

Классический аутизм (инфантильный, детский аутизм) (F84.0) – это тип общего нарушения развития, обусловленного аномалиями и задержками развития, проявляющимися у ребенка до трех лет, психопатологическими изменениями в социальных взаимодействиях, стереотипностью и ограниченностью поведенческих и коммуникативных функций; он представляет собой сложнейшее нарушение развития и относится к категории первазивных расстройств. Ведущие диагностические системы МКБ-10, DSM-IV едины в наличии триады симптомов для постановки диагноза аутизма. Согласно МКБ-10 для диагностики аутистического расстройства необходимо наличие следующих симптомов: качественные нарушения социального взаимодействия; изменения коммуникации; ограниченные и повторяющиеся стереотипные шаблоны в поведении, интересах, деятельности; неспецифические проблемы; манифестация симптомов до трехлетнего возраста [3, с. 5].

В соответствии с международными стандартами ранний детский аутизм трактуется как «общее расстройство развития» и характеризуется неравномерностью развития основных психических функций [7]. Аутизм рассматривается как вариант искаженного типа развития с аффективными нарушениями, служащими первичными факторами патогенеза. Ранний детский аутизм представляет собой группу синдромов разного происхождения в рамках разных нозологических форм, чаще характерен для детей раннего возраста. Психический дизонтогенез искаженного типа развития с преобладанием недоразвития инстинктов и аффективной сферы является общим для всех групп синдромов РДА. Аномальное развитие наблюдается в трех сферах: социального взаимодействия, нарушенного речевого общения и ограниченного повторяющегося поведения [6].

Согласно П. Каннеру, для раннего детского аутизма характерна следующая совокупность симптомов: невозможность осуществления социальных контактов (экстремальное одиночество); игнорирование средовых раздражителей; отгороженность от внешнего мира; сопротивление к изменениям привычной обстановки; стремление к постоянству; нарушения речевой коммуникации; нарушения в установлении эмоциональных контактов; стереотипность поведения; задержка развития Образа Я [2, с. 87]. В зависимости от характера и степени проявления симптомов в настоящее время принято выделять 4 группы РДА: полная отрешенность от происходящего в реальном мире; активное отвержение окружающей среды; увлеченность интересами, характерными для аутизма, проявляющимися в стереотипной форме; трудность взаимодействия с окружающей средой.

В зарубежных научных источниках различными авторами среди вариантов раннего детского аутизма называются «психогенный аутизм» и «органический (соматогенный) аутизм». Первый наблюдается преимущественно до 3–4-летнего возраста, что обуславливается условиями эмоциональной депривации ребенка, и характеризуется эмоциональной индифферентностью, пассивностью, безучастностью, задержками речи, психомоторики, а также нарушениями коммуникативной сферы. Органический аутизм является одним из резидуально-

органических психических расстройств, которые обусловлены внутриутробными, перинатальными и наследственными факторами.

Существует две модели диагностики аутизма: психологическая (опросник для диагностики аутизма (ADI-R), шкала наблюдения для диагностики аутизма (ADOS), шкала рейтинга детского аутизма (CARS), поведенческий опросник для диагностики аутизма (ABC), контрольный список оценки показателей аутизма (АТЕС), опросник по аутизму у маленьких детей (CHAT), социально-коммуникативный опросник (SCQ1)) и медицинская (УЗИ головного мозга, ЭЭГ, проверка слуха у сурдолога).

Для диагностики детского аутизма в рамках психологической модели используют тестирование при помощи специальных опросников: опросник для диагностики аутизма (ADI-R), автор Лорд; шкала наблюдения для диагностики аутизма (ADOS), автор Давид Гродберг; шкала рейтинга детского аутизма (CARS); поведенческий опросник для диагностики аутизма (ABC); контрольный список оценки показателей аутизма (АТЕС); опросник по аутизму у маленьких детей (CHAT) (Фейн Робинс и Бартон); социально-коммуникативный опросник – SCQ1 (Майкл Раттер). Среди российских ученых можно отметить Н.В. Симашкову, Г.В. Козловскую, М.В. Иванова, авторов анкеты для родителей по выявлению нарушений психологического развития, риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста (до 2 лет).

В числе отечественных исследователей в сфере диагностики аутизма в рамках медицинской модели можно выделить В.М. Башину, Н.Л. Горбачевскую, Т.П. Ключник, Н.В. Симашкову, среди зарубежных – Чарли Чилберга. Клинико-лабораторные техники диагностики аутизма, несмотря на описание картины патологического состояния, не описывают критерии постановки диагноза, исключают трактовку уровня социального взаимодействия, психического развития ребенка.

В последнее время более актуальными становятся инструментальные методы медицинской диагностики: УЗИ головного мозга; ЭЭГ; проверка слуха. Молекулярно-генетическая диагностика расстройств аутистического спектра представлена сочетанием цитогенетических методов (исследование кариотипа, тест на ломкость X-хромосомы, кариотипирование с G-окрашиванием, флуоресцентная гибридизация *in situ* (FISH), хромосомный микроматричный анализ), позволяющих установить генетическую патологию [10]. Также для выявления расстройств аутистического спектра сейчас широко применяется метод нейровизуализации – магнитно-резонансная томография (МРТ).

По DSM-IV диагностика детского аутизма опирается на следующие медицинские критерии: устойчивые дефициты в социальной коммуникации и социальном взаимодействии; ограниченность, повторяемость в поведенческих сценариях, интересах, действиях; симптомы должны присутствовать в раннем периоде развития; симптомы вызывают клинически значимое ухудшение в важных сферах функционирования; нарушения не объясняются нарушениями интеллектуального развития или общей задержкой развития.

Психолого-педагогическая коррекция заболевания детский аутизм характеризуется многообразием подходов. Так, в США, Японии, Германии, Норвегии, Южной Корее, ряде арабских стран при коррекции аутизма ориентируются преимущественно на оперантное обучение (бихевиоральная психология) и программу ТЕАССН (Treatment Education of Autistic Children and Children with relative Handicap). Помимо этого, на Западе активно применяют холдинг-терапию (М. Уэлш), терапию «ежедневной жизнью» (К. Китахар), терапию «оптимальными условиями» (Б. Кауфман).

Среди отечественных подходов для коррекции аутизма наиболее распространенной является методика комплексной медико-психолого-педагогической коррекции (К.С. Лебединской и О.С. Никольской), основанная на коррекции эмоциональной сферы посредством эмоционального тонизирования ребенка.

Оперантное обучение (поведенческая терапия) основано на создании внешних условий, способствующих формированию желаемого поведения в разных аспектах – социально-бытовом, речевом, и др. ТЕАССН-программа (Э. Шоплер, Р. Райхлер, Г. Месибов) ориентирована на обеспечение адаптации ребенка к реальной жизни в искусственно созданных условиях при решении задач развития невербальной коммуникации, опоры на визуализацию.

Поведенческая терапия направлена на выработку у ребенка способов поведения и адекватного решения задач в ходе оперантного обусловливания посредством использования подкреплений. Генерализация терапевтического эффекта обеспечивается при включении родителей, других членов семьи, сверстников в заполнение жизненного пространства ребенка. Групповая терапия как элемент поведенческой терапии направлена на обучение детей в рамках интегрированного обучения групповой норме и имитации выработанной модели поведения. Удерживающая терапия – «форсированная поддержка» (M. Welch) – заключается в активизации тактильных ощущений с преодолением ребенком первоначального отторжения матери [3, с. 5].

Одним из ведущих направлений при организации коррекционной работы с такими детьми является эстетотерапия, позволяющая использовать всю совокупность видов деятельности в жизнедеятельности ребенка. Музыкальная терапия содействует раскрытию эмоциональных переживаний, расширению возможностей эмоционального общения. Креативная терапия способствует развитию у детей потребности во взаимодействии, театральная терапия раскрывает потенциальные возможности ребенка и оптимизирует общение, эвритмия предоставляет возможность создания паттернов диалогического общения при обмене информацией посредством языка телодвижений. Эффективностью обладают и разнообразные игры и занятия, подобранные с учетом

степени и сложности заболевания, индивидуальных потребностей и особенностей ребенка (A. Alvarez, S. Reid, S. Hodges) [9, с. 59].

Среди педагогических методов коррекции детского аутизма наибольшей результативностью обладают методы, направленные на развитие сенсорного восприятия и взаимодействия с людьми и предметами, развитие навыков самообслуживания, речевых навыков. «МБА терапия» – современный метод мотивации через поощрение; «FLOOR TIME – игровое время» – метод оказания психокоррекционной помощи ребенку в прохождении последовательных стадий развития (интерес к миру, привязанность, двусторонняя коммуникация, осознание себя, эмоциональные идеи и мышление) с помощью игровой деятельности [1]. «АВА» (Applied Behavior Analysis – прикладной поведенческий анализ) – одна из наиболее апробированных методик модификации поведения с закреплением правильных действий до автоматизма и пресечением неправильных действий с целью предоставления ребенку возможностей для самостоятельного освоения окружающего мира.

Таким образом, диагностика аутизма производится в рамках как психологической (специальные опросники), так и медицинской (инструментальные методы) моделей. Ведущими симптомами для выявления и установления аутистического расстройства являются качественные нарушения социального взаимодействия и коммуникации, ограниченные и повторяющиеся стереотипные шаблоны в поведении, интересах и деятельности. Психолого-педагогическая коррекция заболевания детский аутизм представлена многообразием как зарубежных (оперантное обучение, программа ТЕАССН, холдинг-терапия и т.д.), так и отечественных (методика комплексной медико-психолого-педагогической коррекции и др.) подходов. С учетом различий степени аутистических нарушений применяются элементы методов оказания помощи – поведенческой, эмоционально-уровневой терапии, эстетотерапии, эвритмии, МБА терапии, FLOOR TIME, АВА и т.д.

### *Литература*

1. Аршатская О.С. Сочетание игровых занятий и холдинг-терапии в психологической помощи ребенку с выраженными проблемами детского аутизма // Дефектология. 2011. № 2. С. 62–70.
2. Каннер Л. «Аутистические нарушения аффективного контакта» в переводе В.Е. Кагана // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2010. Т. 10, № 1. С. 85–98.
3. Либлинг М.М. Проблема выбора методов коррекционной помощи при аутизме и расстройствах аутистического спектра // Дефектология. 2015. № 3. С. 3–7.
4. Никольская О.С. Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода // Дефектология. 2014. № 4. С. 23–33.
5. Новоселова О.Г., Каркашадзе Г.А., Журкова Н.В., Маслова О.И. Перспективы диагностики расстройств аутистического спектра у детей // Вопросы современной педиатрии. 2014. № 13 (3). С. 61–68.
6. Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию / пер. М. Щербакова. М., 2012. 240 с.
7. Шрамм Р. Детский аутизм и АВА. М., 2013. 208 с.
8. Шустов Е.А. Психологические особенности детей с расстройствами аутистического спектра и их диагностика. Шадринск : Шадр. Дом Печати, 2017. 158 с.
9. Alvarez A., Reid S., Hodges S. Autism and play – the work of the tavistock autism workshop // Child Language Teaching and Therapy. 2017. Vol. 1. P. 53–64.
10. Beaudet A.L. Baylor College of Medicine. The utility of chromosomal microarray analysis in developmental and behavioral pediatrics // Child Dev. 2013. № 84 (1). P. 121–132. DOI: 10.1111/cdev.12050.

### **MODERN METHODS OF MEDICAL-PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS AND PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF THE DISEASE INFANTILE AUTISM**

**Grigoryev M.V.**, clinical psychologist in Child health center, Sukhum, Republic of Abkhazia. E-mail: info\_grigoriev@mail.ru

**Abstract.** The article deals with actual problem of research of modern methods of medical-psychological diagnostics and psychological correction of the disease "infantile autism". The text presents the history of the introduction into scientific circulation the term autism, as well as the views of leading Russian and foreign authors on pathognomic symptoms of the disease. In this work, we presented diagnostic criteria that are provided for the leading diagnostic classifications of diseases international classification of diseases revision 10 and the American diagnostic and statistical manual of mental diseases DSM IV which testify to a common understanding of clinical fullness of symptoms that are typical in childhood autism. During the consideration of the medical model of diagnosis presented the methods of instrumental and laboratory diagnosis carried out when the diagnosis of infantile autism, which are accepted in the clinic at the present stage of development of medical science, are presented in the article. When considering the question of psychological diagnostics of diseases of childhood autism, a list of the most common test methods in the form of special questionnaires, is provided such as the ADI-R, ADOS, CARS, etc., which are successfully and widely used for the diagnosis of Autism both abroad and on the territory of the Russian Federation. In the framework of the problem of psycho – pedagogical correction of children suffering from disease infantile autism the article deals with the views of foreign and Russian psychological schools. Among foreign correctional programs the article shows the prevalence of trends such as for example: "Operant learning" (behavioral school), "holding therapy", therapy "Daily life" therapy "Optimal conditions" and among the Russian correctional program, the prevalence of "Medical-psychological-pedagogical correction". Among pedagogical correction methods of infantile autism the article presents methods aimed at the development of sensory perception, interaction with people and objects, as well as the development of other social skills including "IBA-therapy" and "Game time." In General, the work is an attempt to summarize the contemporary views of scientists – researchers and practitioners on the problem of diseases of childhood autism in the framework of the system approach.

**Keywords:** autism; mental retardation; diagnostics; psycho-pedagogical correction; mental retardation; intellectual disabilities; special education; autism spectrum disorders nature.

## СПЕЦИФИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БУДУЩЕГО НАРКОЗАВИСИМЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

О.С. Гурова

Алтайский государственный университет, Барнаул, Россия

E-mail: o-gurova@bk.ru

**Аннотация.** Проанализированы особенности психологического будущего наркозависимых, находящихся в процессе реабилитации и в устойчивой ремиссии.

**Ключевые слова:** психологическое время; временная перспектива; психологическое будущее; наркозависимые.

**Введение.** Проблема времени становится все более актуальной в современной психологии. Важность и значимость изучения психологического времени определяется тем, что на всем протяжении онтогенеза временной фактор выступает важнейшей детерминантой в становлении и развитии личности, является одним из важнейших компонентов, определяющих психическое равновесие человека, его успешную социализацию.

В связи с этим в современных психологических исследованиях на первый план все чаще выходит так называемая «жизненная» проблематика – анализ развития личности во времени жизни, – обозначенная как «психология жизненного пути» (С.Л. Рубинштейн, Б.Г. Ананьев, К.А. Абульханова-Славская, В.И. Ковалев, Р. Кастенбаум, Т. Коттл и др.).

Особое значение при разработке психологии жизненного пути приобретает феномен «психологического времени личности». Большой вклад в исследование данной научной области внесли Ш. Бюлер, К. Левин, С.Л. Рубинштейн, Б.Г. Ананьев, Е.И. Головаха, А.А. Кроник, В.С. Мухина и другие ученые, в работах которых раскрываются закономерности восприятия личностью прошлого, настоящего и будущего, предвидения предстоящих событий, выдвижения целей и выбора путей их достижения.

Время как психологический конструкт является связующим звеном между всеми структурами реальности, пронизывает все сферы жизнедеятельности человека. Ф. Зимбардо и коллеги утверждают, что временная перспектива – это основной аспект в построении психологического времени, который возникает из когнитивных процессов, разделяющих жизненный опыт человека на временные рамки прошлого, настоящего и будущего [7].

На формирование временной ориентации могут повлиять ситуативные силы (угроза жизни, экстремальные ситуации, социальные перемены, изменение в статусе личности). Эти неожиданные изменения представляются как угроза онтологической безопасности с длительным воздействием на личную идентичность относительно ожидаемого будущего, приводят к деформации временной ориентации личности. Будущее становится проблемным, не предсказуемым и утрачивает свою позитивную валентность, настоящее хаотично, а доступ к прошлому, которое может быть ресурсом, прекращается.

Многие современные исследования психологического будущего как квинтэссенции прошлого опыта, актуальных событий и жизненных ожиданий доказали его ведущую роль в управлении личностью временем собственной жизни, показали, что опорой планирования будущего служат жизненные цели, поставленные адекватно ее способностям, возможностям, системе знаний и опыта, а также способы их реализации в актуальном социальном контексте. Спланированная будущая перспектива помогает субъекту направлять усилия в нужное русло, целенаправленно формировать личные достижения, ощущать осмысленность собственных действий и планомерность прохождения жизненных этапов, оценивать значимость принимаемых решений, структурировать время собственной жизни [2–4, 6].

Сегодня становление и развертывание отношений личности к своим перспективам осложняется кризисными условиями существования российского общества, затрудняющими связь опыта прошлого и ценностей сегодняшнего дня, задающими ощущение зыбкости настоящего, вселяющими тревогу за завтрашний день, а порой депривирующими полноценное развитие личности. Это является своеобразным сдерживающим фактором перспективного планирования и управления временем собственной жизни. Особенно уязвимым в таких условиях становится человек, переживающий переломные события, опыт переживания которых нередко приводит к трансформации образа будущей жизни, проявляющейся в форме, нарушающей регулируемую и организационную функцию перспективы [6].

Одним из жизненных событий, способных «переломить» ход развертывания индивидуальной истории, является последствие злоупотребления наркотическими веществами. За последние годы в нашей стране количество людей, принимающих наркотические вещества, увеличилось в 10–15 раз [1]. Принято считать, что наркомания – неизлечимое хроническое заболевание. И действительно, несмотря на возрастающее число реабилитационных центров и появление разнообразных программ для лечения наркоманов, процент излечения остается довольно низким (10–30%), и это является еще одной объективной причиной для поиска новых психологических подходов к данной глобальной проблеме [8]. В психологии проблема человека, находящегося в си-

туации заболевания, рассматривается не как сугубо медицинская, а как проблема социальная и психологическая (А.В. Гнездилов, А.Е. Колосов, А.Ш. Тхостов, Н.Б. Шиповников и др.).

Психологические работы, реализованные в настоящее время, констатируют деформацию внутреннего мира наркозависимого (Б.С. Братусь, С.В. Березин, К.С. Лисецкий, А.Е. Личко, О.П. Зинченко, В.Д. Менделевич и др.) [5].

В связи с этим детальное внимание к проблеме наркотической зависимости в контексте психологического времени в целом и психологического будущего в частности в перспективе может принести свою лепту в разработку качественно новых реабилитационных и профилактических программ для уже зависимых больных.

Нами было осуществлено эмпирическое исследование, которое проводилось на базе реабилитационных центров «Новый путь», г. Москва, АНО ЦСА «Омега ДВ», г. Хабаровск, «Анонимные наркоманы» г. Бийск. В исследовании принимали участие мужчины от 20 до 45 лет (всего 40 человек). Выборку составили наркозависимые, прошедшие реабилитацию и находящиеся на стадии устойчивой ремиссии (19 человек), а также наркозависимые, проходящие реабилитацию (21 человек).

В работе использовался следующий комплекс психологических методик: «Циклический тест времени» Т. Коттла, «Временные перспективы» Ф. Зимбардо, «Шкала временных установок» Ж. Нюттена. Обработка результатов проводилась с использованием статистического пакета «SPSS Statistics» 21.00.

**Основные результаты исследования.** Качественный анализ результатов, полученных с помощью методики «Циклический тест времени» Т. Коттла, свидетельствует о том, что для наркозависимых больных на этапе реабилитации, характерна очень низкая степень связанности временных зон ( $1,8 \pm 0,79$ ) – прошлого, настоящего и будущего. В то же время структура временных представлений у мужчин в данной группе имеет следующий вид: круги в 65% случаев представляют собой атомарную картинку, характеризующую восприятие ими времени как прерывного, фрагментарного. Нарисованные круги отстоят друг от друга, и в то же время диаметр нарисованных кругов очень мал (в среднем  $1,7 \pm 2,7$  см). Соотношение прожитого, настоящего и грядущего отрезков времени для них выглядит следующим образом: прошлое – 32%, настоящее – 33%, будущее – 33%.

Нужно отметить, что у большей части респондентов данной группы временная перспектива сильно сокращена или не определена; значительное количество наркозависимых испытывают временную дезориентацию (неопределенность временной ориентации); настоящее время оценивается как исключительно негативный процесс, а будущее – как безнадежный.

На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что у наркозависимых на этапе реабилитации происходит разрушение связи между временными ретроспективами и перспективами. Это объясняется тем, что характерными особенностями картины жизненного пути у наркозависимых является то, что они не осознают свою жизнь как единый временной континуум «прошлое – настоящее – будущее». Для них характерно «сужение» субъективно значимого биографического времени в прошлом и особенно в будущем. Для больных наркоманией важно лишь то, что происходило в недавнем прошлом или что будет происходить в ближайшем будущем. Текущий период жизни оценивается наркозависимыми как событийно пустое и малопродуктивное время, что может быть проявлением депрессии. Болезнь «сковывает» человека в настоящем, будущее становится неопределенным. Новая жизненная программа еще не сформирована, человек не видит новых путей в дальнейшей самореализации.

Далее для выявления специфики психологического времени наркозависимых в процессе реабилитации нами использовалась методика временных ориентаций Ф. Зимбардо. Были получены средние баллы по шкалам «негативное прошлое» ( $M=3,35$ ), «гедонистическое настоящее» ( $M=3,43$ ), «будущее» ( $M=3,41$ ), «позитивное прошлое» ( $M=2,73$ ) и «фаталистическое настоящее» ( $M=2,8$ ).

По результатам исследования у наркозависимых в процессе реабилитации отмечает высокие показатели по шкале «негативное прошлое» и низкие показатели по шкале «позитивное прошлое». Ориентация на негативное прошлое может говорить о поведении, потенциально угрожающем здоровью, и отсутствии чувства контроля. Зависимость от наркотиков была для наркозависимых центром, вокруг которого организовалось их время. Типичный распорядок дня был определен заботами о том, где достать «дозу».

Высокие показатели по шкале «фаталистическое настоящее» говорят о том, что в целом настоящее для них выглядит неконтролируемым. Они полагаются на специалистов, которые оказывают им помощь, а из-за строгого режима и распорядка дня в реабилитационном центре наркозависимые не могут позволить себе наслаждаться настоящим, и от них ничего не зависит. Их жизненный путь контролируется силами, на которые они не могут повлиять. Следует отметить, что очень малый процент мужчин этой группы верит в собственный успех в борьбе с зависимостью, характеризуя свое будущее как бесперспективное, а 50% полагаются на волю «высших сил».

Низкий балл по шкале «будущее» обуславливается, прежде всего, стрессом и переживанием по поводу неизвестности, возможным страхом перед будущим. Человек не может заранее предугадать ход своей жизни на большой период. В ответах на вопрос о долгосрочных планах встречалось несколько типов ответов: «нет никаких планов», «загадывать не хочу, а так – живу только сегодняшним днем», «вот за будущее не могу ничего сказать, как оно будет. Как покажется – так и будет».

Такие данные говорят о том, что у наркозависимых в данной группе имеются деформации субъективной картины жизни. Будущее становится проблемным, непредсказуемым и утрачивает свою позитивную валентность.

Для более детального анализа психологического будущего инструментом исследования стала методика «Шкала временных установок» Ж. Нюттена. Так, наркозависимые, проходящие реабилитацию, характеризуются отношением к будущему, как к неприятному (5,2), пустому (5,13), ужасному (5), теплomu (5,2), неудачному (4,9), интересному (5), темному (5,4), безнадежному (5,4), медленному (5), тяжелому (3,3), неважному (5,7), долговому (5,2), активному (5,4) и закрытому (5).

Далее для определения содержательной структуры образа будущего мы применили факторный анализ, с помощью которого было выделено 3 фактора, объясняющих 81% дисперсии.

В первый фактор, объясняющий 50% дисперсии, с большим весом вошли следующие характеристики будущего: неприятное ( $a=968$ ), пустое ( $a=968$ ), ужасное ( $a=927$ ), неудачное ( $a=957$ ), темное ( $a=932$ ), безнадежное ( $a=888$ ), медленное ( $a=943$ ), неважное ( $a=765$ ), закрытое ( $a=930$ ) и незнакомое ( $a=700$ ). Данный фактор можно обозначить как «аффективную установку» по отношению к будущему.

Практически у всех наркозависимых на этапе реабилитации наблюдается существенный пробел в планировании конкретных событий будущего. В лучшем случае от них можно услышать достаточно туманные формулировки: «Перестану колоться, найду хорошую работу, заведу семью». Но эти заверения не подкреплены никакими представлениями о том, как, каким образом это будет сделано, какие усилия они сами будут принимать для реализации своих целей. Будущее представлено только в фантазиях, мечтах, как нечто, что по-явится само собой, либо вообще никак не представлено.

Во второй фактор, объясняющий 25% дисперсии, с большим весом вошли следующие характеристики будущего: активное ( $a=948$ ), теплое ( $a=740$ ), интересное ( $a=966$ ), легкое ( $a=659$ ), близкое ( $a=627$ ), постоянно меняющееся ( $a=781$ ), долгое ( $a=890$ ) и мое личное ( $a=829$ ). Данный фактор можно охарактеризовать как «ценность будущего». Такая ориентация характеризуется наличием планов и целей и поведением, направленным на их осуществление. Эта группа испытуемых склонна полностью отказываться от употребления наркотиков и испытывает минимальные ограничения состояния здоровья на повседневную активность.

В третий фактор, объясняющий 9% дисперсии, с большим весом вошли следующие характеристики будущего: привлекательное ( $a=818$ ) и тяжелое ( $a=612$ ). Данный фактор можно обозначить как «наполненное будущее».

С увеличением длительности реабилитации повышаются показатели самочувствия: улучшается физическое функционирование и состояние в целом, что немаловажно, значительно снижается интенсивность болевого синдрома, повышается социальное функционирование и психологическое состояние, то есть тревожные и депрессивные состояния возникают все реже. А за счет этого видение образа будущего характеризуется привлекательностью.

Рассмотрим результаты исследования психологического будущего наркозависимых, находящихся в устойчивой ремиссии. С помощью методики «Циклический тест времени» Т. Котгла для этой группы были получены результаты, свидетельствующие о низкой степени связанности временных зон (1,87,±1,18) – прошлого, настоящего и будущего. А соотношение прожитого, настоящего и грядущего отрезков времени для них выглядит следующим образом: прошлое – 29%, настоящее – 28%, будущее – 43%.

Соответственно, в качестве доминирующих временных ориентаций в группе наркозависимых в период устойчивой ремиссии выступает ориентация на будущее. Это возможно объясняется тем, что факт прохождения ремиссии является осознанным, важным и ожидаемым решением, имеющим положительную эмоциональную окраску. В этом случае человек способен видеть приемлемые способы организации своей жизнедеятельности на предстоящих этапах жизненного пути и стремится найти ресурсы для преодоления кризисной ситуации в будущем.

В то же время структура временных представлений у наркозависимых в период устойчивой ремиссии имеет следующий вид: круги, изображенные ими, в 45% случаев представляют атомарную картинку, характеризующую восприятие ими времени как прерывного, фрагментарного.

На основании полученных данных, можно сделать вывод о том, что у наркозависимых появляется способность действовать в настоящем, они учатся постепенно строить свою жизнь ради надежды на светлое будущее. В этом процессе формируется ответственность наркозависимого по отношению к самому себе, к своему здоровью, возникает более реалистичное восприятие жизни, которое дает человеку перспективу.

Далее для выявления специфики психологического времени наркозависимых на этапе устойчивой ремиссии, нами использовалась методика временных ориентаций Ф. Зимбардо. Были получены средние баллы по шкалам «негативное прошлое» ( $M=3,1$ ), «гедонистическое настоящее» ( $M=3,1$ ), «будущее» ( $M=3,22$ ), «позитивное прошлое» ( $M=2,7$ ) и «фаталистическое настоящее» ( $M=2,6$ ). Так, высокие показатели по шкале «негативное прошлое» и низкий балл по шкале «позитивное прошлое» можно объяснить как раз тем, что плохое самочувствие, ощущение утомления способствовали возникновению депрессивных переживаний. А это, в свою очередь, отразилось на способности эффективно управлять жизненными обстоятельствами. Высокий балл по негативному прошлому говорит о большой значимости прошлого для наркозависимых этой группы.

Очень низкий балл по шкале «будущее» определяется, прежде всего, стрессом и переживанием по поводу неизвестности, возможным страхом перед будущим. Здесь немалую роль играет, скорее всего, успех ремиссии, состояние здоровья, самочувствие в этот промежуток времени. От него же зависит и восприятие будущего негативным или позитивным. Таким образом, нарушается целостность картины будущей жизни, обусловленной зависимостью.

Для более детального анализа психологического будущего инструментом исследования стала методика «Шкала временных установок» Ж. Нюттена. Так, наркозависимые на этапе устойчивой ремиссии характеризуются отношением к будущему, как к приятному (2,9), полному (3,1), привлекательному (5,4), прекрасному (2,8), теплomu (5,3), интересному (5,37), светлomu (2,7), полному надежд (2,5), важному (3), личному (5,27), активному (5,7).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наркозависимые на этапе устойчивой ремиссии в целом имеют положительную аффективную установку по отношению к своему будущему.

Для определения содержательной структуры образа будущего мы применили факторный анализ, с помощью которого было выделено 3 фактора, объясняющих 81% дисперсии.

В первый фактор, объясняющий 46% дисперсии с большим весом вошли следующие характеристики будущего: привлекательное ( $a=936$ ), теплое ( $a=897$ ), интересное ( $a=902$ ), стремительное ( $a=695$ ), близкое ( $a=905$ ), активное ( $a=668$ ), постоянно меняющееся ( $a=664$ ). Данный фактор можно охарактеризовать как «счастливое будущее».

По всей видимости, с увеличением срока отказа от наркотиков, при снижении постабстинентной симптоматики, с появлением новых интересов и, безусловно, при поддержке близких и участников реабилитационных центров растут вера в свои силы и подконтрольность собственной будущей жизни.

Таким образом, можно сделать вывод, что с увеличением ремиссии увеличиваются показатели ориентации на привлекательное будущее.

Во второй фактор, объясняющий 19% дисперсии с большим весом вошли следующие характеристики будущего: темное ( $a=906$ ), закрытое ( $a=868$ ), безнадежное ( $a=899$ ), ужасное ( $a=654$ ), пустое ( $a=644$ ), неприятное ( $a=870$ ). Данный фактор можно охарактеризовать как «мрачное будущее».

Такие результаты можно объяснить тем, что плохое самочувствие, а порой длительное лечение отразились в способности эффективно управлять жизненными обстоятельствами. Необходимо понимать, что иногда, излечивая от наркозависимости, мы отбираем у личности смысл жизни – наркотическую иллюзию. Поэтому прежде чем отбирать, необходимо подумать о замене этой иллюзии на достойную. В связи с этим немалую роль играют, скорее всего, успех ремиссии, состояние здоровья, самочувствие в этот промежуток времени. От него же зависит и восприятие будущего безнадежным, неприятным и темным.

В третий фактор, объясняющий 16% дисперсии с большим весом вошли следующие характеристики будущего: долгое ( $a=886$ ), мое личное ( $a=847$ ), легкое ( $a=664$ ), активное ( $a=577$ ), пустое ( $a=558$ ). Данный фактор можно обозначить как «личная ценность будущего».

Такая установка, скорее всего, характерна для наркозависимых, которые положительно оценивают процесс ремиссии и всерьез настроены на прохождение программы ремиссии в полном объеме. Будущее для них – возможность получить новый опыт, выйти за рамки привычной жизни. Замысел о будущем возникает по мере того, как человек видит, как меняется его жизнь и жизнь других зависимых, учится новому, берет ответственность за свою жизнь. К жизни добавляется новое измерение, позволяющее не бороться бесконечно с проблемой зависимости, а подняться над ней. В результате появляется намерение и дальше жить чем-то большим, чем собственные потребности и развлечения. Появляются мечты, планы, «зарисовки» будущего.

Для проверки достоверности различий психологического времени у наркозависимых, находящихся в процессе реабилитации и в устойчивой ремиссии, мы проводили процедуру сравнения с помощью непараметрического критерия Крускала–Уоллиса для независимых выборок.

Так, было выявлено достоверное различие по следующим показателям психологического будущего наркозависимых, находящихся в процессе реабилитации и устойчивой ремиссии: взаимосвязанность временных зон ( $p<0,001$ ), предпочтение и значимость прошлого ( $p<0,001$ ), настоящего ( $p<0,001$ ) и будущего ( $p<0,003$ ); по отношению к будущему были получены следующие различия: приятное / неприятное ( $p<0,003$ ), полное / пустое ( $p<0,011$ ), прекрасное / ужасное ( $p<0,004$ ), светлое / темное ( $p<0,002$ ), полное надежд / безнадежное ( $p<0,001$ ), важное / не важное ( $p<0,002$ ).

Полученные результаты еще раз свидетельствуют о том, что для наркозависимых, находящихся в процессе реабилитации, характерна низкая степень связанности временных зон – прошлого, настоящего и будущего. Они склонны негативно оценивать пройденный отрезок жизни. Прошлое для них не служит ресурсом для борьбы в настоящем. Им больно вспоминать свое прошлое. А в своем предполагаемом будущем наркозависимые не могут назвать каких-либо конкретных позитивных содержаний, будущее описывается ими через отрицание прошлого.

Как было установлено, наркозависимые в устойчивой ремиссии в будущем ожидают больше позитивного, счастливого и надеются на разрешение кризисной ситуации, что говорит о том, что у данной группы присутствуют жизненные цели. Наркозависимые, проходящие реабилитацию, перестают осознавать необратимость течения времени, временная перспектива выглядит как некоторая повторяемость, исключая сама возможность будущего как возникновения чего-то нового, чего раньше не было. В связи с этим возникают вопросы, каким образом все же удастся вырваться из этой бесконечной повторяемости и начать жить по-другому? Как у наркозависимого человека в процессе реабилитации «появляется» будущее?

Исходя из полученных данных, можно сделать выводы о том, что у наркозависимых отсутствует ощущение ценности времени. Время не осознается как необратимо текущее, а представляет собой бесконечное и бессмысленное повторение.

## **Выводы:**

1. Характерными особенностями психологического времени у больных наркоманией является то, что они не осознают свою жизнь как единый временной континуум «прошлое – настоящее – будущее». Для них характерны «сужение» субъективно значимого биографического времени в прошлом и особенно будущем, переживание короткой жизненной перспективы, снижение стратегичности жизненного замысла. Психологическое время наркоманов зависит от тяжести заболевания – чем дольше человек употребляет наркотики, тем выше указанные нарушения более серьезные.

2. Психологическое время наркозависимых, находящихся на этапе устойчивой ремиссии, выражается переживаниями времени как менее приятного, но привлекательного и важного. Ведущая временная ориентация – будущее, что говорит об организованности и целеустремленности. Следовательно, для наркозависимых данной группы характерна достаточно высокая оценка своих сил для изменения чего-либо в своем будущем. Эти люди постоянно готовы самосовершенствоваться, думают о своем здоровье, настойчивы.

3. Психологическое время наркозависимых, находящихся в процессе реабилитации, выражается переживаниями времени как неорганизованного, раздробленного, неприятного с ориентацией на фатальное, невзрачное восприятие настоящего и печальное будущее. Возможным объяснением этого являются тревожность, страх перед будущим. Это объясняется не только психологическим напряжением, но и физиологическими изменениями, происходящими в организме.

В целом можно сказать, что наркозависимые перестают осознавать необратимость течения времени, а живут в бесконечной повторяемости одних и тех же событий. Потребность в приеме наркотиков является центром, вокруг которого организуется время наркозависимого. Временная перспектива наркозависимого не содержит будущего как такового, поэтому в процессе реабилитации ему некуда меняться. Нет необратимого течения времени, есть лишь различные правила жизни – «дома» и в центре реабилитации. Вовлеченность в жизнь реабилитационного центра дает возможность «оторваться» от прошлого и начать жить по-другому. Наркозависимый человек получает новый опыт, связанный с коренным изменением образа жизни, приобретением новых знаний и навыков, участием в общих делах.

Таким образом, результаты проведенного исследования могут быть использованы для составления реабилитационных программ с целью удлинения и наполнения психологического будущего наркозависимых. Также необходима разработка программ, способствующих психологическому сопровождению наркозависимых с устойчивой ремиссией с целью снижения риска воспроизводства аддиктивного поведения.

## *Литература*

1. Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А. Опыт реабилитационной работы в системе помощи лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами // Российский медицинский журнал. 2013. № 4. С. 45–49.
2. Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности. Киев : Наукова думка, 1984. 201 с.
3. Гурова О.С., Ральникова И.А. Проблема изучения жизненных перспектив личности как системного образования на примере исследования представлений о будущем участников локальных войн // Личность: психологические проблемы субъектности. Барнаул, 2005. С. 230–244.
4. Ипполитова Е.А., Ральникова И.А. Особенности представлений о жизненных перспективах личности, переживающей кризис 35–45 лет // Личность: психологические проблемы субъектности. Барнаул, 2005. С. 244–258.
5. Менделевич В.Д. Сравнительные особенности стандартов лечения опиоидной зависимости в отечественной и мировой наркологии // Практическая медицина. 2007. № 3. С. 32–34.
6. Ральникова И.А., Гурова О.С., Ипполитова Е.А. Жизненные перспективы личности: риски воспроизводства девиантного поведения. Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2012. 286 с.
7. Сырцова А., Соколова Е.Т., Митина О.В. Методика Ф. Зимбардо по временной перспективе // Психологическая диагностика. 2007. № 1. С. 85–106.
8. Шайдукова Л.К. Современные подходы к реабилитации наркозависимых // Казанский медицинский журнал. 2013. Т. 94, № 3. С. 402–405.

## **SPECIFICS OF THE PSYCHOLOGICAL FUTURE IN DRUG ADDICTS UNDERGOING A REHABILITATION PROCESS**

**Gurova O.S.**, cand. of sci. (psychology), assistant professor of the department of social psychology, Altai State University, Barnaul, Russia. E-mail: o-gurova@bk.ru

**Abstract.** The article outlines the leading role of the psychological future as the quintessence of past experience, actual events and life expectations in the management of a person's time of his/her own life. The planned future perspective helps the subject to direct efforts in the right direction, to purposefully form personal achievements, to sense the meaningfulness of his/her actions and the planned life stages, to assess the significance of the decisions made and to structure the time of his/her life. The negative impact of social crisis changes occurring in the modern world on the long-term planning and managing the time of one's own life is indicated. Particularly vulnerable under these conditions is a person experiencing a turning point; such experience often leads to a transformation of the image of one's future life manifested in a form that violates the regulatory and organizational function of the time perspective. One of the life events that can "break" the course of one's individual history is the consequences of abusing narcotic substances. The article presents an analysis of the psychological time, temporal orientations and the psychological future of drug addicts in the process of their rehabilitation and in the state of stable remission. Also, all indicators were compared between the two groups

of subjects to reveal the features of the psychological future of drug addicts in the process of rehabilitation and in stable remission. Thus, it was found out that drug addicts in stable remission expect more positive and happy events in the future and hope for resolving the crisis situation, i.e. this group has life goals. Drug addicts who undergo rehabilitation are no longer aware of the irreversibility of the time flow, their temporary perspective looks like some kind of repeatability, excluding the very possibility of the future as the emergence of something new, something that did not exist before and the structure of life as a whole. In general, it can be said that drug addicts are no longer aware of the irreversibility of the passage of time, but live in the endless repeatability of the same events. Involvement in the life of the rehabilitation center makes it possible to "break away" from the past and start living in a different way. The addicted person gains new experience connected with a radical change in his/her way of life, acquiring new knowledge and skills and participating in common activities.

**Keywords:** psychological time; time perspective; psychological future; drug addicts.

УДК 159.9.99

## ПОЛЬЗОВАТЕЛЬСКАЯ КУЛЬТУРА СЕЛЬСКИХ РОДИТЕЛЕЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕЛЬСКИХ ПОДРОСТКОВ

Б.А. Дашиева<sup>1</sup>, С.В. Тюлюпо<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, Россия

<sup>2</sup> Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия  
E-mail: bairma2009@mail.ru; svetdy@mail.ru

**Аннотация.** Описаны характеристики поведения родителей как пользователей медицинского сервиса и их связи с эффективностью реабилитации подростков.

**Ключевые слова:** сельские родители; сельские подростки; медицинский сервис; медицинская активность; перинатальное поражение ЦНС.

Актуальность данной статьи определена взаимосвязью двух феноменов, имеющих причинную силу по отношению к уровню здоровья детского населения, достигаемому в пределах социокультурных условий сельских сообществ того или иного региона. Первым из них является поведение родителей как основной фактор, обеспечивающий онтологический базис развития и здоровья ребенка, вторым – специфический социокультурный ландшафт и архитектура социальной инфраструктуры конкретной сельской общины, являющейся средой и для развития ребенка, и для существования его семьи. Эти два феномена и спектр репрезентирующих их явлений сопряжены сложными и многоуровневыми связями.

В научном и управленческом дискурсе на тему здоровьесбережения утверждение о крайне неблагоприятном состоянии здоровья сельских жителей вообще и детей в частности является сегодня общим и статистически обоснованным утверждением [1–3]. Однако принципиальные различия в профиле здоровья у городских и сельских детей обнаруживаются не только в Российской Федерации. Такое состояние дел в принципе характерно для регионов с неоднородной социальной инфраструктурой [1]. Уровень социально-экономического развития в таком случае определяет только номинально достигаемый детьми уровень качества жизни. Глубину разрыва между показателями здоровья у сельских и городских детей определяет множество факторов иной природы. Социокультурный уклад, свойственный конкретным малым сообществам, опосредует влияние на здоровье и развитие ребенка макросредовых факторов. Семья, уклад ее жизни, специфика отношений в родительских и детско-родительских подсистемах, поведение членов семьи составляют спектр наиболее мощных микросредовых посредников. В рамках данной статьи мы фокусируем внимание на поведении родителей как легитимных представителей интересов ребенка в поле медицинского сервиса. Как таковые, именно они обеспечивают доступ ребенка к технологическим возможностям медицинского сервиса.

Формы и характеристики родительского поведения, обеспечивающего эффективную реабилитацию ребенка, описываются в терминах представлений о комплаенсе, приверженности лечению, о компетентности родителей как пользователей медсервиса или как субъектов информированного согласия. Родительские навыки, входящие в структуру комплаентного поведения, рассматривают как ключевой фактор установления релевантного задачам реабилитации отношения фактической терапии к терапевтическому стандарту [4]. Именно родительское поведение описывают как узел, связывающий в единую коммуникативную сеть самого пациента, врачей и медработников, обеспечивающих терапию, и стандарты терапии. При этом устойчивые формы поведения, реализуемого родителями в педиатрической сети, в свою очередь, несут отпечаток влияния множества факторов социального, экономического и культурного характера. Медицинская активность городских и сельских родителей несет выраженный отпечаток специфики городской и сельской среды [3]. Она в значительной степени определяется уровнем образования, профессионально-трудовым статусом, уровнем экономической компетентности, религиозными установками родителей.

В фокусе нашего сообщения мы хотели бы удерживать специфические черты медицинской активности родителей детей школьного возраста, проживающих в селах с доступной медицинской инфраструктурой.

В данной статье мы представляем данные, полученные в процессе разработки модели медико-психологического сопровождения образовательного процесса на базе средней общеобразовательной школы села Лучаново Томского района. Нашей задачей было обосновать организационные решения, позволяющие наряду с оптимизацией педагогического процесса обеспечить психологически безопасную школьную среду. Ретроспективная оценка статуса здоровья подростков, входящих в целевую группу нашей деятельности, осуществлялась нами на основании клинико-биографического и деконструктивного анализа карт индивидуального развития ребенка. Представленные в статье результаты базируются на данных 153 документов.

Специфика медицинской активности родителей выявлялась нами в двух аспектах: так, как она фиксирована в содержании карт индивидуального развития ребенка, и так, как она раскрывалась в беседе с родителями в процессе консультации. В данном сообщении мы хотим показать те аспекты родительской медицинской активности, которые удалось реконструировать на основании работы с картами.

Карта индивидуального развития ребенка является основным документом, отражающим историю развития ребенка и историю взаимодействия специалистов медсервиса с его родителями.

Дизайн ретроспективного доступа к оценке медицинской активности родителей разработан нами ранее на основании идей Жака Деррида. Динамика клинического статуса ребенка рассмотрена как результат совместных усилий родителей и специалистов медсервиса. Мы оценивали ее, сопоставляя клинико-биографические данные карты с актуальным клиническим статусом ребенка. Оценить уровень объективно существующей потребности детей в комплексной медицинской реабилитации нам позволил классический клинико-биографический анализ этих документов. Единицу анализа составлял законченный паттерн медицинской курации ребенка: от обращения родителей или установления диагноза врачом до полного выполнения рекомендаций родителями и контрольного врачебного осмотра. Выделяя варианты поведения родителей, мы уделяли особое внимание полноте врачебного освидетельствования и объему диагностических и терапевтических мероприятий в двух принципиально различных ситуациях. Во-первых, в случаях самообращения родителей, обнаруживших неблагополучие в здоровье ребенка самостоятельно. Во-вторых, в случае обнаружения такового врачом или другим медработником, работающим с ребенком. Возможность выделения этих типов ситуаций обусловлена стандартными требованиями Минздрава РФ к ведению медицинской документации. Логика анализа текста карты, обеспечивающая эмпирический доступ к поведению родителей как пользователей медицинского сервиса, подробно раскрыта нами ранее в диссертационном исследовании и ряде публикаций [5]. Социальный паспорт семьи на момент рождения ребенка (обязательный раздел карты) также дал нам основания для оценки социального и социально-демографического статуса семьи на момент рождения ребенка.

Условием включения каждого из документов в выборку являлось присутствие хотя бы одного признака из следующих. Во-первых, наличие в карте индивидуального развития в ранний период развития ребенка диагноза «Перинатальное поражение центральной нервной системы» (ППЦНС) или указаний на клинические симптомы его резидуальных состояний. Во-вторых, наличие клинических признаков резидуальных симптомов ППЦНС при обращении ребенка на консультацию. Критерием исключения из выборки являлось наличие тяжелых поражений нервной системы, при которых компенсация достижима лишь при применении высокотехнологичных средств, недоступных в условиях первичного звена сельского здравоохранения.

Чем мы руководствовались, выбирая в качестве критерия включения в выборку наличие клинических маркеров именно этой нозологии? В отечественной педиатрической практике ППЦНС является наиболее распространенным диагнозом, устанавливаемым на ранних этапах онтогенеза. Связанная с этим диагнозом проблематика проявляется на протяжении длительного периода развития в широком спектре симптомов [6]. Они накладывают отпечаток на функционирование всех уровней системной организации жизнедеятельности. Диапазон клинических проявлений включает вариативные соматические дисфункции, неврологические синдромы, затруднения в формировании высших психических функций, нарушения эмоциональной регуляции и поведенческие нарушения. В тоже время обусловленная этой патологией проблематика в большинстве случаев хорошо поддается коррекции, вплоть до ее полной редукции [7]. Ключевым условием достижения устойчивой компенсации первичного поражения является не столько использование высокотехнологичных средств современной медицины, сколько последовательность усилий родителей в использовании элементарных возможностей поликлинического медицинского сервиса. Это фармакотерапия, физиотерапия, массаж, лечебная гимнастика, логопедическая коррекция. Все это дало нам основания рассматривать активность родителей, направленную на решение проблематики ППЦНС и отраженную в текстах карт индивидуального развития, как частный эмпирический референт более общего феномена – их поведения как пользователей массово доступного медицинского сервиса.

Характеризуя статус здоровья детей, родители которых составили целевую группу нашего исследования, следует отметить высокую распространенность в этой группе нарушений здоровья, прямым или косвенным образом сопряженных с наличием резидуальных последствий ППЦНС. Так, около 45% обследованных детей имели нарушения психического функционирования; 27% детей имели диагнозы неврологических нарушений. Еще 18,3% детей имели нарушения донологического регистра. Более подробные характеристики адаптивного статуса обследованной группы детей нами раскрывались ранее в ряде публикаций. Таким образом, состояния, в происхождении которых минимальные поражения центральной нервной системы играли ведущую роль, в вариативных формах встречались у большинства детей. Между тем состояния этого рода в значительной степени

могли быть скорректированы последовательными реабилитационными мероприятиями. Наши респонденты не имели каких-либо организационных препятствий для их проведения. Жители села имеют широкие возможности получать медицинскую помощь и по месту жительства, и на территории лечебных учреждений Томска, от которого село находится в шаговой доступности. Но в какой степени поведение родителей действительно способствовало коррекции описанных нами состояний детей?

Изучение продольного среза поведения родителей позволило нам обнаружить следующее. Диапазон ситуаций, в которых родители вообще обращались к врачу, был крайне узок. Первая по частоте встречаемости группа таких ситуаций была сопряжена с соблюдением обязательного регламента профилактического дискурса медицинской курации. Это были посещения врача с целью проведения вакцинации или оформления ребенка в детское дошкольное учреждение. Однако в традиции российского здравоохранения вопрос о том, прививать ли ребенка, зачастую решается родителями под выраженным социальным давлением медперсонала. Без соответствующего медицинского обследования ребенка попросту не допустят в детский коллектив, будь то сад или школа. То есть в ситуациях данной группы поведение родителей в значительной степени детерминировано внешними факторами. Возможно, именно этим объясняется встречаемое нами в некоторых документах неукоснительное выполнение родителями прививочного календаря даже в тех случаях, когда прививке предшествовало перенесенное острое заболевание.

Вторую по встречаемости группу ситуаций составили случаи, связанные с возникновением соматического заболевания. В этих обстоятельствах большинство карт отражало крайне короткий период посещений родителями врача в случаях возникновения острых заболеваний. Независимо от возраста ребенка или тяжести заболевания родители могли сделать не более одного двух-трех посещений на протяжении курации даже в весьма тяжелых случаях. С возрастом обращения родителей в ситуации соматических заболеваний практически полностью ускользали из дискурса медицинской курации. Так, в обстоятельствах, когда тяжесть заболевания не предполагала госпитализации, период взаимодействия родителей с врачом мог составлять буквально 2–3 дня с момента первого обращения, которое часто бывало отсроченным от начала заболевания на неделю и более. При возникновении или обострении заболеваний хронического регистра поведение родителей мало менялось. Оно оставалось фрагментарным независимо от объема рекомендаций врача по обследованию ребенка, необходимого для установления диагноза или реабилитации. Вполне возможно, что именно такое поведение родителей становилось причиной позднего обнаружения хронической патологии. Так, например, симптомы хронических заболеваний (чаще всего это были заболевания желудочно-кишечного тракта или мочевыделительной системы) выявлялись случайно при плановой диспансеризации учащихся старших классов, проводимой уже без активного участия родителей.

Особую группу случаев, в которых родители закономерно обращались за консультацией специалиста, составили ситуации, связанные с регулярными нарушениями подростком социальных норм поведения. В большинстве подобных случаев обращения родителей к специалисту были инициированы педагогами. При детальном клинико-биографическом исследовании мы обнаруживали взаимосвязь подобных нарушений со спецификой симптомокомплекса ППЦНС. При этом неврологический диагноз мог быть установлен уже в раннем возрасте. Проявления нарушенного поведения были заметными для родителей. При их расспросе оказывалось, что нарушения охватывали достаточно широкий спектр ситуаций. Тем не менее родители не обращались к психоневрологу. Нередко наличие неврологической патологии впервые устанавливалось на медико-психолого-педагогической комиссии, проводимой по инициативе школы.

Еще одна группа ситуаций была сопряжена с регламентом получения социальных льгот, связанных с установлением и поддержанием статуса инвалидности. В нашей выборке всего 4 таких наблюдения. Тем не менее эти ситуации отражают достаточно выраженный уровень активности родителей. В российском здравоохранении регламент установления и поддержания статуса инвалидности предполагает необходимость множественных и многоуровневых обследований ребенка. В их число входит реабилитация на базе стационаров и местных санаториев. Таким образом, данные случаи отражали состоятельность сельских родителей реализовать широкий доступ к возможностям здравоохранения. Однако их поведение в клинических ситуациях, не связанных с инвалидизирующей патологией, оставалось фрагментарным. Рекомендации врача выполнялись лишь частично. Мы предполагаем, что природа таких рассогласований в поведении родителей, имеющих детей-инвалидов, в значительной степени объяснима их рентными установками. Хотя, безусловно, это явление имеет более сложную природу и включает вариативные факторы социально-психологического и психологического характера, связанные иногда парадоксальным образом [8].

Еще один обнаруженный нами феномен можно описать как сужение спектра жалоб, активно предъявляемых врачу. Например, характерным для записи невропатолога было сочетание фраз типа «жалоб не предъявляют» или «жалоб нет» с последующим указанием на выраженные неврологические симптомы, легко распознаваемые городскими родителями (косоглазие, тремор подбородка, неправильная установка стоп при ходьбе), или задержку формирования умений и навыков (ползания, ходьбы, речи) [5]. Достаточно редко родители обращали внимание врача и на проявление таких симптомов неблагополучного физического развития, как искривление конечностей, уплощение затылка, задержка прорезывания зубов, низкая прибавка веса или отставание в росте. По всей видимости, сельские родители либо не распознавали эти состояния ребенка, либо не воспринимали их как повод для обращения к врачу.

Индикаторные проявления последствий ППЦНС появлялись в жалобах родителей, иногда впервые, после помещения ребенка в детский коллектив. Как правило, в подобных случаях родители предъявляли жалобы только при наличии грубых, социально очевидных проявлений. Например, недержание кала или мочи в ситуациях, когда ребенка оформляют в детский сад или летний лагерь. Вплоть до младшего школьного возраста, а часто и дольше, родители практически не предъявляли жалоб на дисфункцию эмоциональной сферы ребенка (страхи, пугливость, плаксивость, повышенная тревожность), как и на проблематику его когнитивного развития. В начальной школе на первый план в жалобах выходили уже проблемы социального поведения и обучения.

Таким образом, в подавляющем большинстве карты отражали крайне узкий диапазон ситуаций, в которых родители обращались к врачу. Чаще всего такие ситуации были сопряжены необходимостью доступа к тем или иным социальным ресурсам: получение льгот, пособий, допуск в детское дошкольное учреждение или школу. В этих обстоятельствах родители бывали достаточно последовательны и активны для того, чтобы полностью завершить цикл взаимодействия со специалистами медицинского сервиса. Такой последовательности не наблюдалось, когда ребенку требовалась реабилитация по чисто клиническим показаниям, без возможности ренты.

Однако в нескольких случаях (около 9%) врачебная курация носила принципиально иной характер. При установлении диагноза ППЦНС карты отражали развернутый план реабилитационных мероприятий, реализованных родителями амбулаторно. Отсроченное установление диагноза, как правило, было сопряжено с активным предъявлением этими родителями различных жалоб, которые отражали как нервно-психическую, так и соматическую компоненту статуса ребенка. В курацию ребенка были включены невропатолог, хирург-ортопед, психоневролог, логопед. Реабилитация детей часто осуществлялась на базе профильных специализированных учреждений (детский реабилитационный центр, логопедические отделения). Родители использовали возможности санаторно-курортного лечения и технологической базы научных медицинских учреждений областного центра. Такая последовательность обнаруживала себя и в случае возникновения острых инфекционных заболеваний. Родители обращались к специалистам в первые дни болезни, завершали лечение контрольным визитом к врачу, выполняли полный объем рекомендаций по обследованию и лечению. Их тактика отличалась расширенным спектром ситуаций, в которых они обращались к специалистам медицинского сервиса (как правило, узким специалистам учреждений областного центра). Таким образом, поведение этих родителей в поле педиатрического сервиса составило полярную противоположность скудному и фрагментарному дизайну ранее описанной родительской активности. При этом оказалось, что эти два варианта родительской активности практически полностью охватывают всю выборку изученных нами документов. Пренебрежение рекомендациями врача не является исключительной прерогативой сельского населения и обнаруживается в поведении городских пациентов [5]. Однако ранее, изучая те же аспекты поведения родителей городской группы, мы обнаружили большую вариативность реализуемых ими стратегий [6]. Каковы причины сужения диапазона их варьирования в сельской группе?

Плачевное состояние врачебного наблюдения детей сельской общности в отечественной традиции принято объяснять низким качеством организации системы медицинской помощи детям села, низкой квалификацией специалистов, обеспечивающих медицинскую реабилитацию детей, связанной с этими факторами тенденцией гиподиагностики состояний здоровья, требующих последовательной коррекции [1, 2]. Но наличие карт, отражающих полноценные паттерны реабилитации детей, указывает на явные ограничения объяснительной состоятельности приведенного выше аргумента.

Пытаясь найти релевантное объяснение данного феномена, мы обратились к социально-демографическим характеристикам семей, отраженным в картах. Все родители, систематически и последовательно использующие возможности медицинского сервиса, имели высокий образовательный уровень и социальный статус. По-видимому, это облегчало им навигацию в весьма сложном поле социальных регламентов, определяющих доступ к возможностям медсервиса. Напротив, группа родителей, использующая их фрагментарно, характеризовалась низким образовательным уровнем. Около 3% родителей не закончили даже среднюю школу. Никто из родителей не имел высшего образования. 59% были заняты в сфере низкоквалифицированного труда; 28% матерей и 16% отцов не имели постоянной работы. Таким образом, дефицит промежуточных стратегий поведения в поле медсервиса оказался в некоторой степени взаимосвязанным с полярностью социальных характеристик семей, составляющих сельскую общность.

Наши результаты указывают на то, что контроль рисков снижения здоровья детей, проживающих в регионах со слабой социальной структурой, требует не только инженерных решений в современной медицине. Описанный нами статус медицинской активности родителей села способен свести к минимуму эффект внедрения любых инноваций: будь то телемедицинская и аптечная сети, с развитием которых сегодня связывают стабилизацию показателей здоровья населения регионов со слабой социальной инфраструктурой, или повышение имиджа и компетентности врача. В свете всего сказанного очевидно, что базовой предпосылкой эффективности любой технологической новинки в сфере сельского здравоохранения должна стать соответствующая пользовательская культура населения сельской глубинки. Ее формирование требует уже масштабных решений гуманитарного характера.

#### *Литература*

1. Юргель Н.В., Хубиева М.Ю. Вопросы повышения качества и доступности медицинской помощи сельскому населению // Вестник Росздравнадзора. 2008. № 2. С. 39–42.

2. Юрова И.Ю. и др. Проблема здоровьесбережения сельского населения современного российского общества // *Фундаментальные исследования*. 2014. № 7-5. С. 1065–1069. URL: <http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=34830> (дата обращения: 10.10.2017).
3. Якушенко С.С. Сельское здравоохранение: особенности функционирования, дифференцированный подход к решению проблем на примере Комсомольского муниципального района // *Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России*. 2014. № 2. URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20142/2014205.aspx> (дата обращения: 10.10.2017).
4. Allen K.D., Warzak W.J. The problem of parental nonadherence in clinical behavior analysis: Effective treatment is not enough // *J. Appl. Behav. Anal.* 2000. № 33. P. 373–391.
5. Тюлюпо С.В. Структурно-функциональная модель материнской компетентности в прогнозе здоровья ребенка. Томск, 2011. 280 с.
6. Новые подходы к диагностике перинатальных поражений центральной нервной системы у детей первого года жизни и их классификация / Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины // *Педиатрия. Журнал им. Г.К. Сперанского*. 2004. С. 2–5.
7. Николаева Е.И., Меренкова В.С. Влияние особенностей привязанности матери к ребенку первых лет жизни и ее реагирование в эмоциональной ситуации на здоровье ребенка // *Вопросы психологии*. 2010. № 2. С. 65–72.
8. Морозова Е.В. Парадоксы и факторы детерминации социальных и личностных конфликтов, связанных со статусом «инвалид» // *Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика : электрон. науч. журнал*. 2013. № 1 (1). URL: <http://medpsy.ru/climp>.

#### THE CUSTOMER CULTURE OF RURAL PARENTS AND THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION OF RURAL ADOLESCENTS

**Dashieva B.A.**, professor of medicine, Federal State Budgetary Institution “Mental Health Research Institute” TNRC RAS, Tomsk, Russia. E-mail: [bairma2009@mail.ru](mailto:bairma2009@mail.ru)

**Tyulyupo S.V.**, PhD, Tomsk State University, Tomsk, Russia. E-mail: [svetdy@mail.ru](mailto:svetdy@mail.ru)

**Abstract.** The relevance of the article is due to the social importance of the problem of critical reduction in the health indicators of the rural population in general and children in particular. The authors dispute the reducibility of the arguments explaining this phenomenon to the theses about low objective accessibility of quality medical, in particular pediatric services to the villagers. The features of the behavior of rural parents in the space of pediatric services accessible to them are revealed, the technological possibilities of which provide quite sufficient conditions for effective rehabilitation of their children. Clinical manifestations of the symptom complex of perinatal brain damage were used as a clinical indicator of the child's need for medical care. The data of 153 cards of individual development of children aged 7-18 years were used, which required rehabilitation measures in connection with residual phenomena of perinatal damage to the central nervous system. Texts of Cards are retrospectively analyzed. The unit of analysis was the completed pattern of medical supervision of the child: from the treatment of the parents or the establishment of the diagnosis by the doctor, before the control examination. The completeness of the medical examination and the volume of diagnostic and therapeutic measures in two fundamentally different situations were assessed. Firstly, in cases when parents consulted the doctor themselves, finding the trouble in the health of their child. Secondly, when they sought preferential access to any social resources or examined the child under the pressure of the demands of a doctor or teachers. The characteristics of parental behavior as users of medical services are described. They include a poor set of complaints; a narrow range of situations of contacting a doctor; fragmented behavior during diagnostic activities; partial implementation of medical recommendations; strict adherence to the norms of the examination of the child when registering social benefits. An extreme polarization of rural parents' behavioral strategies has been discovered within the limits of the pediatric services available to them. The main reason for this phenomenon is the polarity of the social characteristics of the families that make up the rural community. The necessity of forming a custom culture of rural parents as users of the pediatric version available to them and the feasibility of attracting the potential of modern humanitarian technologies for these purposes is substantiated.

**Keywords:** parents in rural areas; medical activity; compliance; pediatric services; perinatal brain damage.

УДК 159.96

### СТЕПЕНЬ РИСКА ДЕЗАДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ В ОЦЕНКАХ ПОДРОСТКОВ, ИХ РОДИТЕЛЕЙ И УЧИТЕЛЕЙ

**Л.И. Дементий**

Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского, Омск, Россия  
E-mail: [dementiy@univer.omsk.su](mailto:dementiy@univer.omsk.su)

*Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ, Правительства Омской области, проект № 17-16-55013.*

**Аннотация.** Обсуждаются различия в оценках подростков, учителей и родителей риска дезадаптивного поведения подростков.

**Ключевые слова:** дезадаптация; подростковый возраст; индикаторы дезадаптивного поведения; симптомо-комплексы.

Проблема школьной адаптации–дезадаптации на разных возрастных этапах всегда привлекала внимание педагогов, психологов и других специалистов, работающих с детьми. Наибольший интерес вызывают пробле-

мы дезадаптации подростков в связи с тем, что дезадаптация в школе часто становится причиной отклоняющегося поведения, разрушительно влияет на формирование многих сфер личности ребенка.

Подростковый возраст в силу его специфических особенностей является наиболее критичным в контексте формирования различных эмоциональных и поведенческих отклонений. Именно в данный период возникают определенные возрастные новообразования, которые могут стать предпосылками для появления различного рода девиаций: смена авторитетов в пользу сверстников, неустойчивость самооценки, начало формирования волевых качеств и ценностных ориентаций, стремление казаться взрослее. В.О. Францева и Ю.В. Тихонова, изучая возрастные особенности проявления риска девиантного поведения, выделяют ряд особенностей подростков, склонных к девиантному поведению: рассеянность внимания, непонимание взрослыми подростковых проблем, в силу чего часто возникают конфликты подростка со взрослыми, отсутствие теплых отношений с родителями, трудности взаимодействия с представителями противоположного пола, трудности контроля эмоций и др. [4].

С.А. Кулаков подробно описал признаки детей «группы риска» в разных сферах – поведенческой, когнитивной, аффективной и потребностно-мотивационной [3].

Следует отметить, что признаков дезадаптивного поведения выделяется разными авторами достаточно много. Сопоставив многие точки зрения, мы определили следующие индикаторы дезадаптивного поведения, которые и стали предметом нашего исследования: наличие недоверия к новым людям, ситуациям, астенические проявления, склонность к самоотстранению, тревога за принятие взрослыми и интерес с их стороны, неприятие взрослых, тревога за принятие другими детьми, асоциальность, конфликтность с детьми, неусидчивость, эмоциональная незрелость, невротические симптомы, болезни, особенности физического развития.

Для решения всего круга вопросов, связанных с дезадаптацией подростка, необходима своевременная и точная диагностика степени дезадаптации и ее видов. При этом, как показывают наши более ранние исследования, следует четко выделять показатели дезадаптации и их идентификацию в поведенческих и эмоциональных проявлениях школьника как самим школьником, так и учителями и родителями.

Исследуя проблемы насилия в образовательной среде, мы обратили внимание на тот факт, что многие нарушения поведения со стороны школьников не считаются таковыми учителями. К ним мы отнесли следующие нарушения: «намеренно привлекает к себе внимание всего класса»; «не реагирует на замечания учителя»; «излишне эмоционально реагирует на замечания учителя»; «отказывается разговаривать»; «игнорирует учителя»; «отвлекает других школьников»; «мешает делать что-либо конкретно учителю» (разговаривает, использует технику и т.д.) [2]. Эти данные позволяют нам констатировать, что многие деструктивные формы поведения стали практически нормой в школе. Учителя не воспринимают их в качестве нарушений, хотя очевидно, что они повышают степень стрессовости в деятельности учителя, а следовательно, могут быть отнесены к действиям, наносящим вред здоровью учителя.

Эти данные побудили нас провести исследование, в котором мы решили проверить гипотезу о том, что школьники (в нашем случае подростки) более критичны к своему поведению, чем родители и учителя.

В исследовании приняли участие школьники одной из школ города Омска (80 человек, средний возраст 13 лет), их родители (преимущественно матери – 80 человек) и учителя этой школы, работающие с данными подростками (11 человек).

Для оценки степени дезадаптивности школьников была использована модифицированная карта наблюдений Л. Стотта [1], которая, как известно, дает возможность получить картину эмоционального состояния школьника. В методике рассматриваются 16 симптомокомплексов, которые являются критериями дезадаптивного поведения и предпосылками к развитию девиаций, – недоверие к людям, вещам, ситуациям, депрессия, уход в себя, тревожность по отношению к взрослым, враждебность по отношению к взрослым, тревожность по отношению к детям, враждебность по отношению к детям, асоциальность как негативизм, неусидчивость, эмоциональное напряжение, эмоциональная незрелость, невротические симптомы, неблагоприятные условия среды, сексуальное развитие, физические дефекты, умственная отсталость, физическое здоровье. По совокупности баллов всех симптомокомплексов у каждого подростка измеряется общий коэффициент дезадаптации.

Карту заполняли подростки, оценивая свое поведение, их родители и учителя.

Представим результаты исследования.

По результатам анализа коэффициента дезадаптивности подростков можно сделать вывод, что большинство, а именно 60% испытуемых, имеют средний уровень выраженности данной характеристики. Далее по убыванию низкий (27%) и высокий уровни (13%). Таким образом, признаки дезадаптации в той или иной мере присущи большинству школьников.

Анализ выраженности отдельных симптомокомплексов показал, что наиболее характерными для подростков симптомокомплексами (по их собственным оценкам) являются недоверие к новым людям и ситуациям, а также депрессивные наклонности (родители так же отмечают выраженность этих комплексов). Подростки низко оценивают свои умственные способности и испытывают тревожность и враждебность по отношению к взрослым. Наблюдается критичное отношение к собственным физическим данным.

Сама школьная среда предполагает наличие конфликта, в основе которого лежит противоречие между стремлением ребенка подчеркнуть свою индивидуальность, с одной стороны, и необходимостью подстраиваться под общепринятые нормы – с другой. Главными носителями и регуляторами этих норм являются окружаю-

щие взрослые, которые воспринимаются подростком диктующими и навязывающими определенные образцы поведения, не всегда внутренне принимаемое ребенком. Результатом навязанных норм становится враждебное, агрессивное отношение подростков к родителям и учителям. Чаще всего дезадаптивное поведение мы наблюдаем в том случае, когда описанный нами конфликт между подростком и взрослыми приобретает открытый характер.

Как известно, подростковый возраст характеризуется неустойчивой самооценкой, основанной на постоянном сравнении себя с другими. Школьники начинают оценивать свои внешние и интеллектуальные данные, замечают феномен социального неравенства. В ходе данного процесса большинство подростков очень критично относятся к собственным недостаткам, которые также основаны на субъективном сравнении себя с другими. Чувствуя неуверенность и собственную неполноценность, подросток начинает проявлять агрессию, отстранение, появляются явно выраженные астенические симптомы, которые выступают признаками нарушенной адаптации.

При сравнении оценок выраженности симптомокомплексов подростков, родителей и учителей мы обнаружили достоверные различия. В таблице представлены результаты сравнительного анализа.

#### Сравнение показателей подростков с значениями экспертов (родители и учителя) по шкале дезадаптивности

Группа	Значения по критерию Краскала–Уоллиса
Подростки	104,04*
Родители	72,63*
Учителя	48,39*

*Примечание.* \* Значимость достоверна при  $p \leq 0,001$ .

Данные показывают, что самооценка уровня дезадаптивности подростков кардинально отличается от оценки экспертов (учителей и родителей). Наиболее низкая выраженность данной характеристики наблюдается в ответах учителей (при этом подростки оценивают свою дезадаптивность в два раза выше), родители чаще склонны замечать в поведении своих детей признаки дезадаптивности, однако выявлены значимые различия между оценками родителей и самих подростков.

Результаты удивительны тем, что методика «Карта наблюдений» содержит в себе вопросы, преимущественно связанные с поведением ребенка в школе. Учитывая этот факт, мы ожидали большей критичности от учителей, так как родители не всегда могут объективно оценить поведение ребенка в школе. Кроме того, родители обычно более благоприятно, по сравнению с учителями, оценивают поведение своих детей, часто видя причину трудностей подростков именно в поведении учителя. Одну из возможных причин полученных результатов мы видим в трудностях объективного оценивания каждого подростка в условиях многозадачности учителя и его рабочей загруженности.

При этом следует отметить, что в беседе учителя высказывали жалобы по поводу недисциплинированности, неорганизованности учеников, их неуважительного отношения к процессу учения. Достаточно часто учителя высказывают мнение о том, что не имеют достаточного влияния на поведение учеников.

Таким образом, мы видим явные противоречия между оценками поведения подростков, которые даются учителями, и реальными проблемами, с которыми они сталкиваются во взаимодействии со школьниками.

Объяснить данное противоречие, на наш взгляд, можно следующим образом: учителя используют стратегию избегания решения проблем в связи с тем, что при обнаружении серьезных показателей дезадаптации подростков станет необходимым проведение работы с самим подростком и его родителями. Очень часто современные учителя избегают обсуждать с родителями и администрацией трудности, с которыми они сталкиваются в работе с подростками.

Кроме того, следует констатировать тот факт, что существует тенденция относиться к дезадаптивному поведению школьников как к неизменной данности, педагоги чувствуют себя бессильными при столкновении с явными нарушениями поведения, и, чтобы избежать возникновения чувства вины или конфликтов с окружением ребенка, предпочитают оценивать его поведение как нормативное.

Тесно связана с желанием избежать решения проблем тенденция воспринимать деструктивные модели поведения как норму, особенно при анализе поведения подростков. Данная тенденция, по нашему мнению, также могла быть причиной выявленных противоречий. Подростковый возраст действительно сопровождается определенными новообразованиями, которые влияют на взаимоотношения школьника со взрослыми и сверстниками, но зачастую многие проявления дезадаптивности (агрессивность, конфликты со сверстниками и взрослыми, неуважительное отношение к взрослым, отстранение от окружающих и пр.) являются признаками риска нарушений поведения и могут перерасти в девиации.

В целом можно заключить, что расхождения в оценках уровня дезадаптации подростков у экспертов и самих испытуемых свидетельствуют о том, что учителя и родители недостаточно глубоко знают и понимают своих детей / учеников, следовательно, существует вероятность упустить формирование делинквентных форм поведения.

Однако мы полагаем, что полученные в нашем исследовании результаты вскрывают более серьезные проблемы современной школы.

Во-первых, это проблема «размывания» границ адаптивного и дезадаптивного поведения. Многие нарушения, которые становятся нормой с точки зрения взрослых (учителей и родителей) и не корректируются, создают новую разрушительную среду для подростков, в которой личность формируется.

Во-вторых, многие проблемы, возникающие в школе во взаимодействии учителей и школьников, в силу разных причин не озвучиваются родителям и администрации школы, что очень часто приводит к серьезным нарушениям поведения подростков, а также к трагическим ситуациям.

В-третьих, у учителей формируется феномен выученной беспомощности в общении со школьниками и родителями, приводящий к хроническим конфликтам в школе, основой которых становятся взаимные претензии.

Наконец, результаты нашего исследования показывают, что взрослые недооценивают риск девиантного поведения, а следовательно, может быть упущено время для превентивных мер.

Результаты данного исследования отражают лишь небольшую часть серьезных и глубоких противоречий в современной школе, необходимость изучения которых резко возрастает.

### *Литература*

1. Гурова Е.В., Седова Н.Н., Шляхта Н.Ф. Диагностика психического развития детей : учеб.-метод.е пособие. М. : Ин-ут молодежи, 1992.
2. Дементий Л.И. Руденко А.П. Виды и степень встречаемости насилия в школе по отношению к учителям // Личность и ее жизненный мир : материалы Всерос. науч.-практ. конф. / под ред. Л.И. Дементий. Омск : Изд-во Омск. гос. ун-та, 2013. С. 345–350.
3. Кулаков С.А. На приеме у психолога – подросток. СПб. : Питер, 2001. 471 с.
4. Тихонова Ю.В., Францева В.О. Характеристика частоты распространения признаков девиаций среди различных возрастных групп школьников // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. 19 с.

### **A DEGREE OF MALADAPTIVE BEHAVIOUR RISK IN SCHOOLCHILDREN BASED ON THE ASSESSMENTS BY ADOLESCENTS, THEIR PARENTS AND TEACHERS**

**Dementiy L.I.**, Omsk State University. F.M. Dostoevsky (Omsk, Russia). E-mail: dementiy@univer.omsk.su

**Abstract.** Differences in the assessments made by adolescents, their teachers and parents regarding schoolchildren's maladaptive behaviour risk are discussed. It is shown that adolescents are more critical about their behavior than their parents and teachers. In an empirical study involving a sample of 171 respondents (80 adolescents, 80 parents, and 11 teachers) signs of maladaptive behavior in adolescents were revealed, as well as risk groups were identified. Problems of the modern school are formulated in the context of teachers' objective assessment of adolescents' behaviour based on the study results.

**Keywords:** disadaptation; adolescence; indicators of maladaptive behavior; symptom-complex.

УДК 159.97

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СНИЖЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ БРАКОМ В СЕМЬЕ С НОВОРОЖДЕННЫМ В КОНТЕКСТЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СУПРУГОВ**

**Е.В. Егорова**

Центр психолого-педагогической поддержки молодежи «Родник», Сибирский независимый институт, Новосибирск, Россия  
E-mail: egorova\_eva@mail.ru

**Аннотация.** Рассматриваются факторы снижения удовлетворенности браком супругов с новорожденным.

**Ключевые слова:** психическое здоровье; нормативный кризис семьи; семья с новорожденным; удовлетворенность браком; родительские установки; ролевые ожидания и притязания в браке.

Психическое здоровье – категория многогранная и междисциплинарная. Ее рассматривают и в психотерапии, и в психиатрии, и в медицинской психологии и в других научных дисциплинах. Психическое здоровье рассматривается как в контексте отсутствия патологии, симптомов, синдромов, так и в контексте наличия ресурсов и возможностей. И.Я. Стоянова отмечает, что «в рамках патопсихологической (медицинской) модели психическое здоровье определяют как отсутствие симптомов и синдромов заболеваний, жалоб и болей, объективных нарушений в функционировании разных систем организма, в рамках санцентрической (психологической) модели здоровье определяют с учетом наличия индивидуальных ресурсов и возможностей человека, его способности к развитию, самореализации и самосовершенствованию» [9, с. 307]. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает психическое здоровье как составляющую общего здоровья человека, его общего физического, психического и социального благополучия. Вот как психическое здоровье определяет О.В. Бойко: «Психическое здоровье – это состояние индивида, которое характеризуется цельностью и согласованностью всех психических функций организма, обеспечивающих чувство субъективной психической комфортности, способность к целенаправленной осмысленной деятельности и адекватные (с учетом этнокультур-

ных критериев) формы поведения» [2, с. 8–9]. С понятием психического здоровья также тесно связаны психическое благополучие, равновесие, гармония, психические состояния, психологическая безопасность.

Среди факторов, влияющих на психическое здоровье, рассматриваются биологические, социальные и психологические факторы по отдельности и в их единстве и взаимозависимости.

Семья является главным из социальных факторов. Ее влияние на состояние психического здоровья можно проследить в любом возрасте. Семейные отношения, как правило, являются наиболее важными, значимыми для человека, и этим объясняется их ведущая роль в формировании психических нарушений [5].

Особенности супружеских отношений как части семейных отношений также имеют большое значение для психического благополучия, гармонии, ощущения психологической безопасности супругов. Важным показателем в супружеских отношениях является удовлетворенность браком. Следовательно, удовлетворенность браком является одним из факторов психического здоровья и благополучия человека и одним из основных компонентов удовлетворенности жизнью в целом.

Супружеские отношения меняются с течением времени, семья проходит разные стадии в своем развитии и периодически встречается с кризисами. Семейные кризисы могут быть нормативными и ненормативными. Для нас особенное значение имеют нормативные кризисы, так как это кризисы, связанные с переходом семьи с одной стадии жизненного цикла на другую, через них проходят, так или иначе, все семьи. Проблематикой семейных нормативных кризисов занимались А.Я. Варга, Н.И. Олифирова, Т.А. Зинкевич-Куземкина, Т.Ф. Велента, Е.М. Дюваль, Э.Г. Эйдемиллер и др. [3, 6]. Одним из наиболее сильных, острых нормативных кризисов является кризис, связанный с рождением в семье первого ребенка. А.Я. Варга выделяет два наиболее сильных и острых нормативных кризиса: рождение в семье первенца и «синдром опустевшего гнезда» [3]. Острота кризиса подтверждается статистикой разводов, показывающей, что большой процент распада браков приходится на первый год после появления на свет первого ребенка [1]. В это время стабильность семейной системы расшатывается, отношения трансформируются, дистанция между супругами увеличивается, так как появляется третий, требующий внимания, заботы и переключения семейных ресурсов, появляются новые (родительские) роли.

В моменты кризиса удовлетворенность браком может снижаться, следовательно, может ухудшаться психическое здоровье и благополучие. В научной литературе имеются доказательства этого предположения.

Например, проведенный С.С. Савеньшиевой анализ исследований динамики удовлетворенности браком супругов с течением времени показывает, что и для пар, имеющих детей, и для пар, не имеющих детей, свойственно понижение степени удовлетворенности браком постепенно, однако в семьях с детьми оно проявлено интенсивнее и встречается непосредственно после рождения ребенка [8].

С.Ф. Шамухаметова [10] провела исследование взаимосвязи психических состояний с различными особенностями отношений между супругами на разных этапах развития семьи. Исследование показало, что самый низкий уровень удовлетворенности браком наблюдается у женщин в период развития семьи от 6 до 12 лет. График удовлетворенности браком носит V-образный характер, т.е. в течение первых 20 лет постепенно снижается, а потом начинает повышаться. Однако были выявлены также половые различия: в первые годы супружества удовлетворенность браком выше у женщин, но начиная с периода 6–12 лет совместной жизни уровень удовлетворенности браком становится выше у мужчин. Самый высокий уровень удовлетворенности браком наблюдается у женщин в первый год совместной жизни, у мужчин, наоборот, – в период от 18 до 26 лет. Также С.Ф. Шаймухаметовой была выявлена взаимосвязь между удовлетворенностью браком и психическими состояниями. Оказалось, что такие состояния, как радость, счастье и спокойствие, отмечают все супруги, но в периоды совместной жизни до 1 года, 6–12 лет и 18–26 лет у мужчин, не удовлетворенных браком, состояния счастья и спокойствия выражены менее интенсивно; в период совместной жизни 1–6 лет состояние счастья отмечается только у женщин, удовлетворенных браком, в период развития семьи 12–18 лет состояния радости и спокойствия также отмечают только у женщин, удовлетворенных браком. Состояние удовлетворенности в период совместной жизни 1–6 лет отмечают только супруги, удовлетворенные браком. Состояние обиды и раздражительности более характерно для супругов, не удовлетворенных браком. Особенно интенсивно выражено состояние обиды у мужчин, не удовлетворенных браком, в период совместной жизни 1–6 лет.

И.А. Колесников, Е.Н. Беляева, И.В. Добряков, И.Е. Зазерская, Л.И. Вассерман [5] исследовали роль семейных отношений в возникновении депрессивных расстройств у женщин во время беременности и после родов. Исследование показало, что в семьях беременных с депрессивным расстройством и женщин с послеродовой депрессией выявлены дисгармония супружеских отношений, нарушения структуры семьи. Авторы исследовали такие параметры, как семейная адаптация и семейная сплоченность. Понятие «семейная адаптация» отражает способность семьи приспосабливаться к изменяющимся условиям жизнедеятельности. Понятие «семейная сплоченность» определяет тип эмоциональной близости членов семьи. «Семейная адаптация и сплоченность могут быть организованы на экстремальном (разобщенный и сцепленный, ригидный и хаотичный) и сбалансированном уровнях (структурный и гибкий, разделенный и связанный). Экстремальные уровни обычно рассматриваются как проблематичные, ведущие к нарушениям функционирования семейной системы, тогда как сбалансированные определяют ее успешность» [5, с. 266]. Оказалось, что для семей беременных и женщин после родов с депрессивными расстройствами характерно доминирование экстремального типа функционирования

ния и практически отсутствие сбалансированного типа по параметрам «семейная адаптация» и «семейная сплоченность», причем по параметру «семейная сплоченность» наблюдается динамика ухудшения отношений.

Автор статьи совместно с Я.Х. Федоровой проводила исследование взаимосвязи родительских установок и удовлетворенности браком после рождения в семье первенца [4]. Мы предположили, что между удовлетворенностью браком и родительскими установками супругов после рождения в семье первенца есть взаимосвязь, которая имеет следующий характер: удовлетворенность браком будет высокой при установлении эмоционального контакта с ребенком и преобладании у родителей собственных притязаний в воспитании детей над ожиданиями активной родительской позиции брачного партнера.

Для проверки предположения были использованы следующие методики: «Тест-опросник удовлетворенности браком» (В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко); «Опросник измерений родительских установок» Е. Шефер и К. Белл (адаптирован Т.В. Архиреевой); шкала ролевых притязаний и ожиданий в сфере родительства опросника «Ролевые ожидания и притязания в браке» (А.Н. Волкова).

В исследовании приняли участие 40 человек в возрасте от 26 до 34 лет: 20 мужчин, 20 женщин, находящихся в официальном браке, имеющих одного ребенка в возрасте до 1 года.

Практическое исследование показало следующие результаты.

Значительная неудовлетворенность браком была выявлена у 8 испытуемых. Из них у 7 определена высокая степень эмоциональной дистанции с ребенком, а низкая степень эмоционального контакта определена у всех 8 испытуемых со значительной неудовлетворенностью браком. У 5 испытуемых со значительной неудовлетворенностью браком были определены высокие ролевые ожидания исполнения родительских функций от другого супруга и у 7 испытуемых со значительной неудовлетворенностью браком были определены слабые ролевые притязания на реализацию роли родителя.

Значительная удовлетворенность браком была выявлена у 6 испытуемых; из них у 4 выявлена высокая степень эмоционального контакта с ребенком, у 3 испытуемых определена низкая степень эмоциональной дистанции с ребенком. У 3 человек определены слабые ролевые ожидания и у всех 6 человек определены высокие ролевые притязания на реализацию роли родителя.

Для проверки достоверности предварительных взаимосвязей был проведен корреляционный анализ (с помощью коэффициента Спирмена).

Результаты показали, что удовлетворенность браком достоверно коррелирует со всеми рассмотренными показателями родительских установок, при этом были выявлены три прямые корреляции и две обратные.

Удовлетворенность браком достоверно прямо коррелирует со степенью эмоционального контакта с ребенком ( $r = 0,84$ ,  $p < 0,001$ ), со степенью концентрации на ребенке ( $r = 0,19$ ,  $p < 0,05$ ), с ролевыми притязаниями на выполнение родительской роли ( $r = 0,85$ ,  $p < 0,001$ ).

Удовлетворенность браком достоверно обратно коррелирует со степенью эмоциональной дистанции с ребенком ( $r = -0,77$ ,  $p < 0,01$ ), с ролевыми ожиданиями на выполнение родительской роли супругом ( $r = -0,79$ ,  $p < 0,01$ ).

Таким образом, был определен следующий характер взаимосвязи между удовлетворенностью браком и родительскими установками супругов, в семье которых родился первый ребенок:

1) высокая удовлетворенность браком супругов взаимосвязана со следующими факторами:

- оптимальный эмоциональный контакт родителя с ребенком (выражается в поощрении активности ребенка; товарищеских отношениях между родителями и детьми);
- концентрированность родителя на ребенке (забота, оберегание ребенка от трудностей, исключение внешних влияний);
- высокие ролевые притязания в сфере родительства (сильная ориентация на собственные обязанности по воспитанию детей);

2) низкая удовлетворенность браком супругов взаимосвязана со следующими факторами:

- эмоциональная дистанция родителей с ребенком (строгость, раздражительность, избегание общения с ребенком);
- высокие ролевые ожидания в сфере родительства (установка на активную родительскую позицию брачного партнера).

Исследование психического здоровья и благополучия не входило в предмет нашего исследования, однако некоторые особенности психических и соматических состояний были выявлены в процессе беседы с испытуемыми. Так, супруги, показавшие низкую удовлетворенность браком, часто жаловались на сниженный фон настроения, повышенную усталость, отсутствие или снижение сексуального желания. При эмоциональном дистанцировании с ребенком в беседе выявлено большое количество жалоб на раздражительность, нарушение сна, ухудшение взаимодействия с супругом, «тяжесть» бремени заботы о ребенке. Подобные жалобы предъявляли и испытуемые, имеющие низкие ролевые притязания и высокие ролевые ожидания в сфере родительства. Оказалось, что подобные жалобы невротического характера нарастают. Эти жалобы косвенно свидетельствуют об эмоциональном психическом напряжении супругов, формирующем риск нарушения психического здоровья.

Анализ научной литературы и собственное пилотное исследование показали, что тема психического здоровья супругов после рождения в семье первенца еще очень мало изучена, остается много вопросов, на которые пока нет достоверно подтвержденного ответа. Поэтому в следующих исследованиях мы планируем изучить особенности психического здоровья супругов в семье с новорожденным-первенцем. Особенно нас интересуют

такие факторы, влияющие на психическое здоровье в этот период развития семьи, как функциональный ресурс семьи, удовлетворенность браком и взаимоотношения между супругами, родительские установки и готовность к родительской роли.

#### *Литература*

1. Архиреева Т.В. Психология родительства и детско-родительских отношений : учеб.-метод. пособие. Великий Новгород, 2006. 216 с.
2. Бойко О.В. Охрана психического здоровья : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М. : Академия, 2004. 268 с.
3. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. СПб. : Речь, 2001. 144 с.
4. Егорова Е.В., Федорова Я. Взаимосвязь удовлетворенности браком и родительских установок после рождения в семье первенца // Современные проблемы клинической психологии и психологии личности : материалы всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Новосибирск : ИПЦ НГУ, 2017. С. 232–237. URL: <https://fp.nsu.ru/nauchnaya-deyatelnost/konferentsii/Sbornik%20конференции%202017.pdf>
5. Колесников И.А., Беляева Е.Н., Добряков И.В., Зазерская И.Е., Вассерман Л.И. Депрессивные расстройства у женщин во время беременности и после родов: роль семейных отношений // Современные проблемы клинической психологии и психологии личности : материалы всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Новосибирск : ИПЦ НГУ, 2017. С. 259–268. URL: <https://fp.nsu.ru/nauchnaya-deyatelnost/konferentsii/Sbornik%20конференции%202017.pdf>
6. Олифиревич Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов. СПб. : Речь, 2008. 360 с.
7. Романова Е.С. Факторы, оказывающие влияние на удовлетворенность браком // Психология, социология и педагогика. 2014. № 6.
8. Савенышева С.С. Динамика супружеских отношений при переходе к родительству: анализ зарубежных исследований // Психологические исследования. 2016. № 9 (47), 11. URL: <http://psystudy.ru>
9. Стоянова И.Я. Психологическая безопасность как фактор психического здоровья в научной и практической работе медицинских психологов // Современные проблемы клинической психологии и психологии личности : материалы всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Новосибирск : ИПЦ НГУ, 2017. С. 307–312. URL: <https://fp.nsu.ru/nauchnaya-deyatelnost/konferentsii/Sbornik%20конференции%202017.pdf>
10. Шаймухаметова С.Ф. Психические состояния супругов на разных этапах развития семьи : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Казань, 2010. 23 с.

#### **PSYCHOLOGICAL FACTORS IN THE DECLINE IN MARRIAGE SATISFACTION IN THE FAMILY WITH A NEW-BORN IN THE CONTEXT OF THE MENTAL HEALTH OF SPOUSES**

**Egorova E.V.**, teacher-psychologist, teacher of psychology, Center for Psychological and Pedagogical Support of Youth "Rodnik", Siberian Independent Institute, Novosibirsk, Russia. E-mail: [egorova\\_eva@mail.ru](mailto:egorova_eva@mail.ru)

**Abstract.** The article discusses psychological and social factors affecting the mental health of spouses. The concepts of "mental health", "normative family crisis", "a normative family crisis associated with the birth of the first child." The term "mental health" is considered as a component of overall health and mental well-being. The term "normative family crisis" considered the crisis associated with the transition of the family from one stage of the life cycle to another. A brief review of the literature on the relationship of mental health and the characteristics of the relationship of the spouses. The peculiarities of satisfaction with marriage after the birth of a child. The role of family, characteristics of the marital relationship and satisfaction with marriage as factors of occurrence of mental disorders. The article also describes the factors for the decrease in marriage satisfaction in families with a newborn. In particular, it presented research on the relationship of satisfaction with the marriage and parental attitudes, role expectations and aspiration in the field of parenting in a family with a newborn. The study revealed a direct relationship between the degree of marriage satisfaction and the degree of emotional contact with the child's, degree of concentration on the child, role claims on the parental role. Also there was an inverse relationship between the degree of marriage satisfaction and a degree of emotional distance with the child, role expectations of the parental role spouse. Was indirect evidence for emotional mental stress of the spouses, which can create the risk of mental health disorders. In particular, irritability, sleep disturbance, reduced sexual desire, deterioration of relations with her husband. At the end of the article defined the prospects of further research. In the following research, the author plans to explore the features and factors of mental health of spouses in the family with a newborn-firstborn. Especially the factors influencing mental health in this period of development of the family such as a functional resource of the family, satisfaction with marriage and relationships between spouses, parental attitudes and willingness to parent role.

**Keywords:** mental health; normative family crisis; a family with a newborn; marital satisfaction; the parent installation; role expectations and claims in marriage.

## ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЛИЧНОСТИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ ВУЗА

С.Ю. Жданова, А.В. Печеркина

Пермский государственный национальный исследовательский университет, Пермь, Россия  
E-mail: svetlanaur@gmail.com; pecherkina.a@gmail.com

**Аннотация.** Рассматривается проблема обеспечения психологической безопасности личности в образовательной среде вуза.

**Ключевые слова:** психологическая безопасность личности; образовательная среда; образовательное пространство.

В связи с происходящими в обществе социокультурными изменениями, повышением темпа деятельности на фоне требований к конкурентоспособности специалиста, все возрастающими требованиями к личности и ее профессионализму особо актуальным становится вопрос обеспечения психологически безопасной и комфортной образовательной среды, способствующей личностному развитию. Актуальные на сегодняшний день тенденции современного образования – модернизация содержания, оптимизация процесса преподавания в учебных заведениях, переосмысление целей, задач, определение новых критериев эффективности образовательной деятельности – не только повышают требования к участникам образовательного процесса, увеличивая нагрузку на когнитивную и эмоциональную сферы, но также влияют на специфику межличностных отношений.

Психологическая безопасность образовательного пространства достаточно часто становится объектом исследования в рамках педагогической и социальной психологии, так как образовательная среда выступает как система влияний и условие формирования личности. Теоретико-методологические принципы в данной исследовательской области активно развиваются в работах И.А. Баевой, Н.В. Тарабриной, О.Н. Богомыжковой, Е.Б. Лактионовой, О.О. Андронниковой. Психологическая безопасность является ключевой категорией в описании образовательной среды, поскольку определяется развивающим характером и является основой для формирования психолого-педагогических условий развития личности и укрепления психологического здоровья. Психологическая безопасность, переживаемая участниками как состояние защищенности от психологического насилия, удовлетворенности основных потребностей в личностно-доверительном общении, является условием, запускающим позитивные возможности психического и профессионального развития всех субъектов образовательного процесса: детей, родителей и педагогов [4].

В работах как отечественных (Г.В. Грачев, Т.С. Кабаченко, И.А. Баева), так и зарубежных (R. Johnson, M. Lipsey, H.M. Walker, B.J. Wise) исследователей показано, что психологический комфорт, безопасность и защищенность являются факторами адаптации, эффективности образовательного процесса, формирования социальной компетентности и ориентации на позитивные отношения в социуме [1]. Психологический комфорт среды способствует формированию навыка построения эмоционально близких отношений, обеспечивает психоэмоциональную стабильность, снижает уровень стресса, обеспечивая более высокую продуктивность деятельности.

Уровень психологической безопасности личности в образовательной среде определяется на основе нескольких показателей, к которым относятся: состояние самой образовательной среды и уровень психологической культуры; система межличностных отношений и референтная значимость среды; уровень рисков и угроз, а также удовлетворенность участников самим образовательным процессом [5]. Другими словами, психологически комфортной является та среда, в которой субъекты защищены от различных форм насилия и демонстрируют удовлетворенность отношениями.

Обращение к категории безопасности образовательной среды связано с тем, что на сегодняшний день она является также критерием качества предоставляемого образования. Однако если в рамках среднего образования забота о создании психологически комфортной среды уже давно стала обязательным целевым ориентиром, который выражается в наличии соответствующих компетенций у учителей и требованиях к психологическому сопровождению образовательного процесса, то в условиях высшего образования вопрос о безопасности до сих пор остается проблемным.

Сложившаяся ситуация может быть объяснена совокупным действием нескольких факторов. Во-первых, отсутствие устоявшейся практики психологического сопровождения образовательного процесса в высших учебных заведениях. Психологические центры и службы в университетах начали создаваться сравнительно недавно, а количество занятых в этой сфере психологов оказывается недостаточным в сопоставлении с количеством студентов, преподавателей и сотрудников вузов для осуществления мониторинга и комплексных мероприятий по профилактике психологической безопасности личности.

Во-вторых, особенности психологической культуры университетов делают данную среду в большей степени закрытой для проведения исследований, получения обратной связи от обучающихся, преподавателей и сотрудников по определенным проблемам. Между тем невозможность обсудить и урегулировать конфликтные моменты в отношениях между участниками образовательного пространства зачастую являются ключевым фак-

тором развития неудовлетворенности деятельностью и возникновения состояния эмоционального выгорания и истощения.

В-третьих, открытым остается вопрос обеспечения психологической безопасности иностранных студентов, в особенности тех, чья родная культура существенным образом отличается и в какой-то степени даже противоречит русской культуре. Данная категория студентов чаще всего испытывает психологический дискомфорт в связи с новыми климатическими условиями, объективно существующим языковым барьером и возможными стереотипами в отношении их культуры. Важным здесь является не только процесс их адаптации к новым условиям образовательного пространства другой страны, но также и сопровождение в процессе обучения в России. Программа обеспечения психологической безопасности иностранных студентов должна быть разработана с учетом культурных и языковых особенностей и включать в себя как совместные с русскими студентами мероприятия, так и индивидуальные (например, возможность получить психологическую консультацию на иностранном языке). В настоящее время реализовать такие практики особенно сложно, поскольку университету должна быть как минимум возможность проводить психологические консультации на английском языке, а как максимум – на языке самого студента.

В-четвертых, обеспечение психологической безопасности личности предполагает наличие комфортного физического пространства, где человек может восстановить свои ресурсы. Если в учебных заведениях дошкольного, общего и среднего образования, как правило, присутствуют кабинеты психологической разгрузки, сенсорные комнаты, то в университетах такая возможность является редким исключением. Между тем интенсивная когнитивная деятельность необходимо влечет за собой возникновение потребности в отдыхе, однако в стенах университетов для этого отсутствуют условия. Оптимальным было бы выделение рекреационных зон, доступных для всех участников образовательного пространства. Важно подчеркнуть, что в настоящее время не сформированы условия для поддержания именно психологического здоровья участников образовательного процесса.

Пятый фактор – недостаточная обеспеченность материально-технической базы, отсутствие необходимой инфраструктуры для обучения студентов с особыми потребностями здоровья, недостаточная методическая обеспеченность. Психологическая безопасность личности не может быть обеспечена в связи с тем, что не обеспечен базовый физический комфорт, необходимый для эффективной образовательной деятельности.

Влияние и взаимовлияние данных факторов оказывает непосредственное воздействие на функционирование и развитие личности в образовательной среде и, как следствие, может проявляться в негативном отношении к образовательному учреждению, неудовлетворенности деятельностью, получении психологических травм [3].

Несмотря на высокую значимость психологической безопасности личности в образовательной среде и необходимости создания соответствующих условий для полноценного функционирования, данному фактору в настоящее время уделяется недостаточное внимание в высших учебных заведениях. Количество стрессовых ситуаций, конфликтных случаев в межличностных отношениях участников образовательного процесса только увеличивается. Однако зачастую эти ситуации не получают своего разрешения, в связи с чем возникает общая неудовлетворенность университетской средой.

В процессе обеспечения психологической безопасности личности важно уделять внимание всем участникам образовательного пространства. Работа по психологическому сопровождению традиционно обращена к обучающимся и не затрагивает педагогический состав, в то время как именно среди педагогического состава высока вероятность появления рисков, связанных с психологической нагрузкой в результате тесного и интенсивного взаимодействия с обучающимися, коллективом и руководителями, а также в связи с выполнением значительных объемов методической деятельности.

Данные особенности могут быть нивелированы посредством внедрения в практику вузов систематического психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса. В исследованиях В.В. Коврова показано, что создание психологически безопасной образовательной среды строится на следующих принципах: принцип опоры на развивающее обучение и воспитание, принцип психологической защиты личности, принцип помощи в формировании социально-психологической умелости [2].

Реализация данных принципов возможна за счет повышения уровня психологической культуры образовательной организации, психолого-педагогических компетенций педагогов, руководителей, применения техник совладания со стрессовыми факторами в соответствующих ситуациях. Необходимым условием является оказание помощи в разрешении личностных и межличностных проблем, а также сложностей с профессиональным определением, что является актуальным как для обучающихся, так и для сотрудников образовательных организаций.

Таким образом, психологический аспект безопасности личности в образовательной среде должен быть реализован специалистами психологической службы. Направления работы психолога, традиционно относящиеся к созданию безопасной и комфортной среды в образовательном учреждении, – это психологическая профилактика, психологическое консультирование, психологическая коррекция, психологическая реабилитация и социально-психологическое обучение [6].

**Психологическая профилактика** в вузе предполагает содействие полноценному развитию личности, предупреждение возможных конфликтов в межличностных отношениях, профилактику профессиональных деформаций педагогического состава. В рамках психолого-профилактической деятельности повышается психолого-педагогическая компетентность участников образовательного процесса. Безусловно, профилактическая деятельность является ключевым направлением обеспечения психологической безопасности личности.

Профилактические мероприятия в первую очередь должны включать в себя действия по созданию комфортной среды как на физическом, так и на социальном уровнях. Возвращаясь к проблеме материально-технической оснащённости, отметим, что в профилактических и реабилитационных целях необходимо создание зон отдыха с возможностью снять нервно-психическое и мышечное напряжение.

Психолого-педагогическая профилактическая работа может быть осуществлена посредством организации социальной среды, которая способствует предупреждению конфликтности в межличностных отношениях. В рамках данного направления сопровождения необходимо систематически проводить мероприятия, направленные на повышение уровня психолого-педагогических компетенций. Наиболее результативными являются форматы просветительских мастер-классов, тренингов и дискуссий. Соответствующая деятельность направлена на понимание и закрепление социально-психологических знаний, развитие способности к пониманию себя и окружающих, снятие психологических барьеров. К организации среды привлекаются участники образовательного пространства: педагогический состав, сотрудники вуза и обучающиеся, посредством обсуждения актуальных для данной организации тем.

Следующей возможной формой профилактической работы в вузе является информирование. Информирование может осуществляться посредством проведения открытых научно-популярных лекций, дискуссий, просмотров соответствующих фильмов и их обсуждения. Данный вид деятельности актуален как для обучающихся, так и для педагогического состава. Преподавателей важно заранее информировать об индивидуальных особенностях обучающихся. Обязательным условием является индивидуальная качественная обратная связь. Входя в аудиторию, преподаватель должен владеть данными не только о составе группы, но также о культурных особенностях студентов (в случае с иностранными студентами), особенностях здоровья (для студентов с ОВЗ), а также возможных дополнительных факторах (пережитых событиях или травмах) для обеспечения комфортного и безопасного межличностного взаимодействия.

Активизация личностных ресурсов и позитивное функционирование личности. В этом направлении работы внимание уделяется активности личности, раскрытию личностного потенциала и формированию устойчивости к негативному внешнему воздействию. Возможными формами работы в данном направлении являются как традиционные виды внеучебной деятельности, предлагаемые в университетах (спортивная, творческая, научная), так и те, что еще только набирают популярность среди студентов: профессиональное волонтерство (деятельность, непосредственно связанная с направлением получаемого образования), проектные мастерские, интеграция в профессиональное сообщество. Данные новые виды деятельности способствуют легкой и безопасной интеграции в профессиональное сообщество, повышают адаптивность, развивают профессиональные навыки, а также позволяют эффективно преодолеть кризис 3-го курса, связанный с проблемой профессионального самоопределения и самоидентификации.

Главными принципами реализации мероприятий по психолого-педагогической профилактике являются экологичность, позитивная направленность, систематичность, последовательность, ориентация на личностный потенциал участников.

**Психологическое консультирование** участников образовательного процесса в связи с клиентским запросом является направлением качественного индивидуального сопровождения личности. Оно способствует снятию тревожности, разрешению межличностных и внутриличностных конфликтов, формированию позитивного самоотношения, достижению эмоционального комфорта. Безусловными преимуществами такого направления являются индивидуальная форма работы и возможность осознанно достичь поставленной цели.

Важным аспектом психологического консультирования как одного из направлений деятельности психологической службы в образовании является возможность получить психологическую помощь своевременно и бесплатно. Конструктивный опыт взаимодействия с психологом-специалистом способствует не только разрешению клиентской проблемы, но также формированию позитивного образа психолога в обществе, разрушению стереотипов психологической деятельности и формированию к ней доверия.

**Психологическая коррекция** в вузе предполагает особые направления работы, например способствование формированию конструктивной мотивации личности, совершенствование саморегуляции и психической устойчивости, снятие нервно-психического напряжения, повышение уровня социальной адаптивности. Стоит отметить, что данное направление работы является особо актуальным для студентов младших курсов.

**Психологическая реабилитация** связана с нормализацией психического состояния и восстановлением нарушенных психических функций в результате действия психотравмирующих обстоятельств. Как правило реализуется с использованием антикризисных технологий, программ комплексного сопровождения в системе с семьей, одноклассниками или коллегами.

**Социально-психологическое обучение** основано на активном взаимодействии обучающихся между собой, применении тренинговых технологий и достижении различных целей (формирование устойчивости к негативным внешним факторам среды, формирование жизненных навыков и др.). Данные технологии особенно эффективны в случае активной интеграции в курсы по различным дисциплинам, поскольку способствуют повышению эффективности межличностной коммуникации, снятию коммуникативных барьеров, созданию в группе атмосферы доверия.

В заключение стоит отметить, что проблема обеспечения психологической безопасности личности в образовательной среде вуза является комплексной и требует активного участия всех участников образовательного

пространства. Это, с одной стороны, готовность к осуществлению безопасного взаимодействия на уровне мотивации и понимание важности данного аспекта. С другой стороны – выполнение ряда задач, которые последовательно формируют условия для психологически комфортного и безопасного функционирования личности. К данным задачам в первую очередь относятся: создание необходимой инфраструктуры и физического пространства, ориентированного на поддержание психологического здоровья личности; развитие психологической культуры и повышение психолого-педагогической компетентности; способствование развитию культуры межличностной коммуникации; реализация комплекса профилактических мероприятий в превентивных целях для предотвращения возникновения угроз и рисков внутри образовательного пространства; создание условий для реализации личности и ее активного функционирования в образовательной среде. Психологическая безопасность должна реализовываться и поддерживаться на всех структурных уровнях образовательной организации, в таком случае предпринятые меры будут способствовать поддержанию психологического здоровья личности.

#### *Литература*

1. Андронникова О.О. Психологическая безопасность образовательной среды и ее роль в формировании и обучении личности // Актуальные проблемы специальной психологии образования : материалы VI и VII межрегион. науч.-практ. конф. «Здоровьесберегающие технологии в семье и в школе (1–2 ноября 2006 г. и 26–27 ноября 2007 г.)». Новосибирск : Изд-во НГПУ, 2008. С. 19–27.
2. Ковров В.В. Современные вызовы психологической безопасности образовательной среды // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2013. № 158. С. 56–66.
3. Лактионова Е.Б. Представление педагогов-психологов о рисках в образовательной среде. Безопасность образовательной среды : сб. статей / отв. ред. и сост. Г.М. Коджаспирова. М. : Экон-Информ, 2008. 158 с.
4. Обеспечение психологической безопасности в образовательном учреждении : практическое руководство / под ред. И.А. Баевой. СПб. : Речь, 2006. 288 с.
5. Проблемы психологической безопасности / отв. ред. А.Л. Журавлев, Н.В. Тарабрина. М. : Ин-т психологии РАН, 2012. 440 с. (Психология социальных явлений).
6. Психологическая безопасность образовательного пространства / под ред. О.Н. Богомягковой. Пермь, 2013. 66 с.

#### **ENSURING PERSONAL PSYCHOLOGICAL SAFETY IN THE UNIVERSITY EDUCATIONAL ENVIRONMENT**

**Zhdanova S.**, Ph.D., associate professor, head of the department of developmental psychology, Perm State National Research University, Perm, Russia. E-mail: svetlanaur@gmail.com

**Pecherkina A.V.**, assistant of the department of developmental psychology, post-graduate student, Perm State National Research University, Perm, Russia. E-mail: pecherkina.a@gmail.com

**Abstract.** In the article presented, the problem of ensuring one's personal psychological safety in the university educational environment is considered. It is noted that traditionally this issue becomes a subject of research with respect to students. However, creating comfortable conditions for the educational process requires systematic work, which includes raising the level of psychological culture of the educational organization, the development of psycho-pedagogical skills of teachers and students' parents, the development of special programs of support for foreign students. Despite the fact that psychological safety is a phenomenon that has been widely studied, from the psychological practice perspective the implementation of corresponding programs encounter some difficulties. Factors that complicate the process of providing personal psychological safety include the lack of a comfortable physical infrastructure for people with different educational needs, underestimation of the importance of psychological support for the educational process, a small number of psychologists in universities and the faculty members' closeness for sharing their experience. In connection with the specifics above, the paper suggests the directions of a psychologist's work in a higher educational institution for creating comfortable and psychologically safe conditions for the educational environment: psychological prevention, psychological counselling, psychological correction, psychological rehabilitation and socio-psychological education. Primary and secondary psychopedagogical prophylaxis is the most effective. It presupposes a system of work that includes psychological and pedagogical education and information (educational workshops, trainings and discussions). Activation of personal resources implies activities aimed at one's positive functioning and development. It is noted that it is especially important to include in the process of preventive measures all the participants of the educational space: teachers and university staff. Since high and intensive cognitive loading leads to emotional burnout, this can affect both the effectiveness of interpersonal interaction and the state of psychological health of students, teachers and university staff.

**Keywords:** psychological security of the personality; educational environment; educational space.

УДК 159.99

### **РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ И НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИБИРСКОГО ФИЛИАЛА ФКУ ЦЭПП МЧС РОССИИ**

**В.Г. Заборовская, Е.В. Куричкова, В.О. Штумф**

Сибирский филиал Центра экстренной психологической помощи МЧС России, Железногорск, Россия

E-mail: ceppsibir@yandex.ru

**Аннотация.** Характер профессиональной деятельности сотрудников МЧС России актуализирует необходимость сохранения здоровья и профессионального долголетия. С этим связана важность создания специализированных учреждений и появления в их составе служб сопровождения, обеспечивающих разработку и реализацию

эффективных методов профилактики и реабилитации. В статье описаны область ответственности и специфика Сибирского филиала ФКУ ЦЭПП МЧС России, направления работы (с акцентом на научно-исследовательский отдел медико-психологической реабилитации). Рассмотрены виды и особенности разработанных и реализуемых отделом программ реабилитации: «Общездоровительной (базовой)», «Общездоровительной, усиленной модулями коррекции: сердечно-сосудистой системы, системы органов дыхания, костно-мышечной системы, обмена веществ». Рассмотрены используемые аппаратные диагностические и коррекционные методы воздействия. Представлено содержание научно-исследовательской деятельности филиала с 2013 по 2017 г.

**Ключевые слова:** Сибирский филиал ФКУ ЦЭПП МЧС России; научно-исследовательский отдел медико-психологической реабилитации; программы реабилитации; научно-исследовательская деятельность.

**Введение.** Профессиональная деятельность специалистов экстремального профиля, в том числе сотрудников МЧС России, представляет собой непрерывную цепочку стресс-факторов, для которой характерны опасность для собственной жизни и здоровья, напряженный режим труда, информационная перегрузка в условиях дефицита времени, внезапность возникновения экстремальной ситуации. Способность сохранять спокойствие, принимать верные решения, контролировать свое поведение и целенаправленно действовать даже в самых сложных условиях являются базовыми навыками выживания и успешной профессиональной деятельности специалистов. Особую актуальность здесь приобретает необходимость психологического сопровождения сотрудников МЧС России, что является основной задачей Центра экстренной психологической помощи, и в частности его Сибирского филиала.

**Основная часть.** Сибирский филиал ФКУ ЦЭПП МЧС России был развернут 16 июля 2013 г. на базе учебно-тренировочного центра МЧС России в г. Железногорске Красноярского края в рамках реализации «Концепции развития психологической службы МЧС России на 2009–2014 гг.». В Филиале трудятся специалисты психологического и медицинского профиля.

Областью ответственности филиала выступает Сибирский федеральный округ, расположенный в четырех часовых поясах и образованный двенадцатью субъектами Российской Федерации. Это определяет специфику профессиональной деятельности в сибирском регионе, включающую большие дистанции, труднодоступные территории, сложные климатические и географические условия, высокую сейсмическую активность, большое количество промышленных предприятий, многонациональный состав населения и особую социально-экономическую ситуацию.

В состав Сибирского филиала входит четыре специализированных отдела, реализующих выполнение задач по оказанию экстренной психологической помощи населению, пострадавшему при чрезвычайных ситуациях, и психологическому сопровождению деятельности специалистов системы МЧС России:

- отдел экстренного реагирования выполняет задачи по психологическому сопровождению аварийно-спасательных и других неотложных работ, в том числе оказание экстренной психологической помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях и пожарах;

- отдел психологической и психофизиологической диагностики решает круг задач, связанных с психодиагностическим обеспечением мероприятий по сопровождению деятельности профессиональных контингентов МЧС России;

- отдел психологической подготовки и психологического консультирования занимается организацией и реализацией мероприятий для различных категорий специалистов МЧС России, направленных на усвоение психологических знаний, навыков и умений в области психологии, формирование и развитие профессионально-важных качеств;

- научно-исследовательский отдел медико-психологической реабилитации осуществляет деятельность по сохранению, восстановлению психоэмоционального состояния и соматического здоровья сотрудников МЧС России и членов их семей.

Целью медико-психологической реабилитации (далее – МПР) является коррекция неблагоприятных последствий профессиональной деятельности, сохранение профессионального здоровья и продление профессионального долголетия специалистов МЧС России [4].

МПР включает в себя медицинские и психологические консультации, психопрофилактические и психокоррекционные занятия, реабилитационные мероприятия, реализуемые в рамках индивидуальных программ. В рамках филиала представлены программы: «Общездоровительная базовая» и «Общездоровительная, усиленная модулями коррекции: сердечно-сосудистой системы, системы органов дыхания, костно-мышечной системы и обмена веществ».

Отделом ведется не только реабилитационная, но и научно-исследовательская работа по оценке эффективности реализуемых программ [1–3].

Общездоровительная (базовая) программа направлена на оптимизацию психоэмоционального состояния, повышение работоспособности и выносливости, предотвращение развития психосоматических расстройств, повышение стрессоустойчивости.

Программа для коррекции сердечно-сосудистой системы повышает резервные возможности ССС, толерантность (чувствительность) к физическим нагрузкам, способствует профилактике острых сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт, инсульт).

Программа для коррекции системы органов дыхания активизирует иммунную систему организма, способствует увеличению резервных возможностей дыхательной системы, развивает выносливость.

Программа для коррекции нарушений костно-мышечной системы направлена на укрепление костно-мышечного, связочного и суставного аппарата организма, нормализацию мышечного тонуса, повышение толерантности к физическим нагрузкам с учетом индивидуальных функциональных возможностей.

В рамках разработанных программ используются методы общей и локальной криотерапии, аппаратного и ручного лечебно-оздоровительного массажа, мануальной терапии, кинезотерапии, ЛФК, механотерапии, тренировок с биологической обратной связью (далее – БОС) на электронном устройстве «Стабилотренажер ST-150», кислородотерапии, спа-, фито-, паротерапии.

Восстановление оптимального психофизиологического состояния достигается путем применения аппаратных методов коррекции: аудиовизуальной вибротактильной стимуляции с креслом нулевой гравитации «Сенсориум», визуальной цветоимпульсной стимуляции с БОС для снятия эмоционального напряжения на аппарате «АСИР», транскраниальной электростимуляции на аппарате «Альфария», тренировок с БОС на реабилитационном психофизиологическом комплексе «Реакор», которые способствуют успокоению, глубокой мышечной и умственной релаксации, снижению напряжения, тревоги, нормализации настроения, регуляции восприятия различных видов боли. При необходимости реализуются индивидуальные психокоррекционные мероприятия, включающие различные психологические и психотерапевтические техники [1, 2].

На протяжении нескольких лет ключевой темой научно-исследовательской работы Сибирского филиала выступает разработка долгосрочных программ медико-психологической реабилитации специалистов МЧС России. Ежегодно филиалом реализуется определенный объем работ. Так, в 2013 г. была осуществлена разработка теоретических аспектов реабилитации сотрудников МЧС России. Итогом работы выступила методологическая база для реабилитационного процесса [3]. В 2014 г. разрабатывались практические аспекты реабилитации. В результате появился стандарт общеоздоровительной долгосрочной программы реабилитации на 10 и 14 дней. С 2015 по 2017 г. осуществляется оценка эффективности общеоздоровительной программы МПР. По итогам исследований был определен стандарт диагностических методик общеоздоровительной долгосрочной программы реабилитации на 10 и 14 дней, определены признаки функционального перенапряжения систем организма, выступающие критериями эффективности реабилитации, выявлена необходимость адаптации базового стандарта программы МПР с учетом психофизиологических особенностей вегетативной нервной системы, проведена модификация диагностического стандарта программы, обоснована возможность выбора курсовой продолжительности и индивидуальной адаптации стандарта программ МПР к особенностям актуального функционального состояния с целью повышения эффективности реабилитационных мероприятий [2].

В настоящий момент осуществляется разработка модели оценки эффективности данной программы МПР для специалистов МЧС России.

**Выводы.** Необходимость создания Сибирского филиала ФКУ ЦЭПП МЧС России обусловлена актуальностью психологического сопровождения деятельности специалистов МЧС России на территории Сибирского федерального округа.

В филиале разработаны и успешно реализуются различные виды индивидуальных программ реабилитации для сотрудников МЧС России.

Особенностью Сибирского филиала является сопровождение реабилитационных мероприятий научно-исследовательской деятельностью по анализу результативности реализуемых программ, оптимизации их стандартов, разработке модели оценки эффективности МПР для сотрудников МЧС России.

#### *Литература*

1. Заборовская В.Г., Куричкова Е.В., Штумф В.О. Оценка влияния курса медико-психологической реабилитации на психофизиологический статус сотрудников МЧС России // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2016. № 3. С. 51–56.
2. Заборовская В.Г., Куричкова Е.В., Штумф В.О. Возможности повышения эффективности медико-психологической реабилитации с учетом преобладающего отдела автономной нервной системы у специалистов МЧС России // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2017. № 1. С. 101–114.
3. Михайлова Л.А. Гигиенические и физиологические аспекты деятельности специалистов экстремальных профессий // Фундаментальные исследования. 2014. № 10-8. С. 1626–1631. URL: <https://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=36370> (дата обращения: 10.07.2017).
4. Сибирский филиал ФКУ ЦЭПП МЧС России. URL: [http://siberian.mchs.ru/Sili\\_i\\_sredstva/Sibirskij\\_filial\\_FKU\\_CJEPP\\_MCHS\\_Rossii](http://siberian.mchs.ru/Sili_i_sredstva/Sibirskij_filial_FKU_CJEPP_MCHS_Rossii) (дата обращения: 10.07.2017).

#### **REHABILITATION AND RESEARCH ACTIVITIES OF SIBERIAN BRANCH OF FКУ CEPP OF EMERCOM OF RUSSIA**

**Zaborovskaya V.G.**, PhD med. sci., head of the Siberian branch of Federal public institution «Emergency psychological aid center EMERCOM of Russia», Zheleznogorsk, Russia. E-mail: [ceppsibir@yandex.ru](mailto:ceppsibir@yandex.ru)

**Kurichkova E.V.**, head of the research department of medical and psychological rehabilitation of the Siberian branch of Federal public institution «Emergency psychological aid center EMERCOM of Russia», Zheleznogorsk, Russia. E-mail: [ceppsibir@yandex.ru](mailto:ceppsibir@yandex.ru)

**Shtumf V.O.**, PhD psychol. sci., leading research associate, research department of medical and psychological rehabilitation of the Siberian branch of Federal public institution «Emergency psychological aid center EMERCOM of Russia», Zheleznogorsk, Russia. E-mail: ceppsibir@yandex.ru

**Abstract.** The nature of professional activity of EMERCOM of Russia employees actualizes the need for preserving their health and professional longevity. This account for the importance of setting up specialized institutions and the appearance of support services in their structure that ensure the development and implementation of effective methods of prevention and rehabilitation. The article describes the scope of responsibility and the specifics of the Siberian Branch of the FKU CEPP of the EMERCOM of Russia, the areas of its work (with an emphasis on the research department of medical and psychological rehabilitation). The types and features of rehabilitation programs developed and implemented by the department are also presented, namely "general health" (basic) and "general health", enhanced by correction modules: cardiovascular system, respiratory system, musculoskeletal system, metabolism. The diagnostic and correction methods applied are considered. The content of the research activity of the branch is presented from 2013 to 2017.

**Keywords:** Siberian Branch of FKU CEPP of EMERCOM of Russia; research department of medical and psychological rehabilitation; rehabilitation programs; research activities.

УДК 159.9.:61

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ПО СЛУХУ

**В.С. Иванова**

Томский государственный педагогический университет, Томск, Россия  
E-mail: ivanovaivs@sibmail.com

**Аннотация.** Рассматриваются основополагающие научные основы и психологическая практика помощи лицам с нарушением слуха и оказания им комплексной медицинской (протезирование слуховыми аппаратами, кохлеарная имплантация (КИ) и психолого-педагогической (коррекционной) помощи, что способствует не только формированию у них речи как основного средства общения, но и гармоничному развитию в целом.

**Ключевые слова:** кохлеарная имплантация (КИ); инвалидность; реабилитация; профилактика; компенсация; интеграция; психолого-педагогическое сопровождение.

Все большую актуальность в социально-психологическом и медицинском аспектах приобретают заболевания органа слуха. Сенсоневральная тугоухость (СНТ) – социально значимое заболевание, поражающее все возрастные группы населения. Статистические показатели ВОЗ 1994 г. показывают, что 4–6% населения Земного шара имеют проблемы со слухом. В России более 13 млн человек с нарушениями слуха (6%). Из них 1–2% имеют социально неадекватный слух (восприятие разговорной речи менее 3 м). Более 1 млн – это дети и подростки. Из 1 000 новорожденных один ребенок рождается с тотальной глухотой. В течение первых 2–3 лет жизни теряют слух еще 2–3 ребенка. Поэтому проблема интеграции в социум, повышения качества жизни людей с ограниченными возможностями (ОВЗ) и их семей всегда была и остается актуальной. В стране с каждым годом увеличивается число лиц с тяжелыми врожденными и приобретенными заболеваниями, приводящими к полной инвалидности [1]. Это связано не только с негативными моментами – ухудшением состояния окружающей среды, снижением уровня жизни, но и с таким положительным явлением, как повышение качества медицинского обслуживания населения. Улучшение медицинской помощи в связи с развитием медицинской науки и техники значительно снизило смертность, что привело к увеличению выживаемости, и актуальной стала новая проблема – обеспечение достойного качества жизни выживших детей и их семей [2]. В настоящее время в России накапливается научно-исследовательский материал, освещающий медицинский аспект кохлеарной имплантации (КИ) (А.Н. Белоконов, М.Р. Богомильский, Н.А. Дайхес, И.В. Королева, А.В. Круглов, А.А. Ланцов, И.Т. Мухамедов, Ю.М. Овчинников, А.В. Пашков, С.М. Петров, В.И. Пудов, А.Н. Ремизов, В.П. Ситников, Г.А. Таварткиладзе, В.И. Федосеев, Ю.К. Янов и др.), раскрываются вопросы организации психолого-педагогического сопровождения, обучения и воспитания детей с кохлеарными имплантами, выбора оптимальных путей и вариативных форм реабилитации, представлены результаты и педагогическая оценка эффективности проводимой коррекционной работы (О.С. Жукова, О.В. Зонтова, И.В. Королева, Э.В. Миронова, О.С. Орлова, Т.В. Пельмская, Л.И. Руленкова, А.И. Сатаева, Н.Д. Шматко и др.).

Человек с особыми потребностями представляет собой особый контекст, структурирующий жизнедеятельность субъекта и систему его отношений. Эти люди пользуются особой заботой. С ними работают медицинские специалисты, профессиональные педагоги, психологи, логопеды, социальные педагоги и др. Существует ряд коррекционно-развивающих программ для таких детей в условиях школы – С.Б. Бадоева, С.А. Беличева, И.А. Коробейникова, Г.Ф. Кумарина, Л.М. Петухова, Р.В. Овчарова и др. [5].

В настоящее время, исходя из современной трактовки инвалидности, предметом особенного внимания со стороны государства и общества должны выступить вопросы, касающиеся восстановления социально-ролевой

функции человека в условиях ограниченной свободы. При этом основной акцент при решении проблем лиц с ОВЗ, инвалидов и инвалидности смещается в сторону реабилитации. Сам по себе смысл реабилитации инвалидов заключается в комплексном многопрофильном подходе к восстановлению способностей человека к бытовой, общественной и профессиональной деятельности на уровне, соответствующем его физическому, психологическому и социальному потенциалу с учетом особенностей микро- и макросоциального окружения. По отношению к инвалидности реабилитация выполняет профилактическую функцию [4].

На современном этапе развития науки и техники кохлеарная имплантация (КИ) является одним из наиболее эффективных методов реабилитации глухих детей, которая позволяет абсолютно глухим людям слышать и понимать речь [3]. В процессе целенаправленной коррекционно-педагогической работы у имплантированных детей и взрослых развивается слуховое восприятие, формируется речевой слух, появляется возможность нормализовать общее и речевое развитие, достичь высокого уровня социально бытовой адаптации (М.Р. Богомилский, Н.А. Дайхес, О.В. Зонтова, О.С. Жукова, И.В. Королева, Э.В. Миронова, О.С. Орлова, А.В. Пашков, С.М. Петров, В.И. Пудов, Г.А. Таварткиладзе, Ю.К. Янов и др.). Известно, что нарушение слухового анализатора ведет к существенным отклонениям в речевом развитии ребенка, негативно отражается на психическом статусе личности, влечет за собой ограничение возможности познания окружающего мира, овладения знаниями, умениями, навыками, препятствует полноценному словесному общению с окружающими людьми (В.И. Бельтюков, Р.М. Боскис, Л.А. Венгер, Т.А. Власова, К.А. Волкова, Л.С. Выготский, Г.Л. Выгодская, А.И. Дьячков, С.А. Зыков, Е.И. Исенина, Б.Д. Корсунская, Э.И. Леонгард, Е.М. Мастюкова, Н.Ф. Слезина, И.М. Соловьев, Ф.Ф. Рау, Ф.А. Рау, Т.В. Розанова, Ж.И. Шиф и др.).

Реабилитация пациентов после КИ заключается в комплексном многопрофильном подходе к восстановлению или развитию способностей человека к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Важная роль отводится психологическому сопровождению, а целью реабилитации и как процесса, и как системы является предоставление человеку с анатомическими дефектами, функциональными нарушениями, отклонениями физического и психического плана возможности относительно независимой жизнедеятельности. С этой точки зрения смысл реабилитации состоит в предотвращении нарушений связей человека с окружающим миром. Очевидно, что КИ – не единовременная хирургическая операция, а комплекс длительных и дорогостоящих мероприятий, включающих послеоперационное сопровождение пациентов и слухоречевую реабилитацию. Реабилитация после кохлеарной имплантации занимает от 6 месяцев до многих лет.

Для организации психологического сопровождения можно использовать комплекс методов и методик состоящий из 4 блоков:

1. Изучение медицинских карт развития; индивидуальные и групповые беседы с взрослыми, детьми и их родителями, психологическое наблюдение.

2. Психодиагностические методики.

3. Методы психологического сопровождения семьи: психологическая помощь личностного плана (индивидуальное консультирование), межличностного (групповое консультирование) и микросоциального (семейное консультирование); информирование родителей, взрослых и сотрудников (просветительская программа). Индивидуальное психологическое консультирование рассматривается в качестве основного метода коррекционной работы сопровождения, специфического для лиц с нарушениями слуха.

4. Теоретический анализ и математические методы для обеспечения достоверности.

Психологическое сопровождение состоит из четырех этапов:

- 1-й этап – диагностический.

- 2-й этап первичной адаптации к новым слуховым возможностям.

- 3-й этап совершенствования коммуникативных возможностей на основе развивающегося слуха и устной речи.

- 4-й этап оценки эффективности комплексных реабилитационных мероприятий.

Психолого-педагогическое сопровождение пациентов делится на два периода: 1) период психологического сопровождения до операции; 2) период после операции, – и включает деятельность медицинского психолога по направлениям:

1. Консультирование.

2. Психодиагностика.

3. Коррекция.

4. Профилактика.

Цели психологического сопровождения после кохлеарной имплантации:

1. Коррекция внутреннего психологического состояния лиц с нарушениями слуха и их близких.

2. Формирование адекватных взаимоотношений между родителями и ребенком.

3. Повышение семейной компетентности родителей.

4. Формирование адекватных ожиданий у пациентов от операции КИ.

Задачи психологического сопровождения пациентов после кохлеарной имплантации:

1. Коррекция неконструктивных форм поведения и осуществление личностного роста у лиц с нарушениями слуха.

2. Осуществление личностного роста родителей в процессе взаимодействия с ребенком.

3. Коррекция понимания родителями проблем их ребенка с нарушениями слуха.

4. Коррекция методов воспитания, используемых в отношении ребенка с КИ.

Этапы психологического сопровождения пациентов включают в себя:

Первый этап – диагностический (до операции) – направлен на изучение кандидатов перед кохлеарной имплантацией.

Задачи психолога на первой встрече с пациентами:

1. Психолог проводит углубленную психодиагностику кандидатов.

2. Составляет первоначальный психологический портрет кандидатов КИ.

3. Проводит беседу с кандидатом, психологически подготавливая его к операции.

4. Изучает личностные и индивидуальные особенности кандидатов: эмоциональное состояние, мотивация, детско-родительские отношения и отношение родителей к заболеванию ребенка.

5. Изучает потенциальные возможности пациентов для дальнейшей реабилитации.

6. Корректирует отношение и ожидания пациентов от операции.

На втором этапе – первичной адаптации – слухоречевой реабилитации (промежуток времени составляет 1 месяц после операции КИ) используются: психологическое консультирование (стратегия выработки успеха); психодиагностика (промежуточная) – для отслеживания динамики в адаптации, социализации. В психологическом сопровождении беседа чередуется с упражнениями, тренингами, играми в зависимости от реакции на возникающие ситуации. Также на данном этапе отмечаются особенности психологического сопровождения: появляются новые сенсорные состояния, которые формируются у пациентов в ходе комплексной реабилитации. Психолог должен чутко ощущать изменения, происходящие в участниках группы и на индивидуальных занятиях. Важным моментом является фиксации сенсорного состояния – слуха, звука, речи – после каждого занятия. Пациенты могут вести дневники наблюдений, которые время от времени прочитываются психологом и являются основой индивидуально-профилактического консультирования. На индивидуальных консультациях от психолога требуются гибкость и такт в общении с пациентами. Занятия и консультирование психолог может также проводить в палате пациентов.

Задачи психолога на второй встрече с пациентами после КИ:

1. Оценить уровень тревожности у пациентов.

2. Определить уровень качества адаптации после подключения кохлеарного импланта.

Третий этап – адаптационный – совершенствование слухоречевой реабилитации (после подключения речевого процессора промежуток времени составляет 3 месяца). Пациенты по-прежнему поддерживают связь с психологом, занимаются по индивидуальной программе (на основании полученных результатов по диагностике психологом, даются домашние задания, рекомендации в процессе реабилитации по психологическим проблемам), т.е. оказывается психологическая поддержка пациенту, его близким и родным.

Задачи психолога на третьей встрече с пациентами после КИ:

1. Психолог должен создать комфортные условия формирования и развития речевых функций.

2. Чутко ощущать изменения, происходящие в участниках группы.

3. Важным моментом является фиксация сенсорного состояния – слуха, звука, речи – после каждого занятия.

4. Проводится консультирование по запросу самих пациентов.

5. Проводится психодиагностика (скрининговая) и анализируется в динамике.

Четвертый этап – оценка эффективности интеграции в социум лиц после КИ (после подключения речевого процессора промежуток времени составляет 6 месяцев).

Цель: психологическая помощь пациенту с КИ и его близким для дальнейшей самостоятельной интеграции в социум.

Задачи психолога на четвертой встрече с пациентами после КИ:

1. На этом этапе проводится беседа.

2. Консультирование пациентов с КИ и их родных, даются психологические рекомендации для дальнейшей самостоятельной интеграции.

3. Проводится углубленная психодиагностика, анализ эффективности процесса адаптации и интеграционных возможностей пациентов с КИ.

4. Проводится мониторинг интеграции пациентов с КИ.

Для реализации коррекционных целей используются психологические формы проведения занятий: групповые и индивидуальные. При организации индивидуальных занятий с родителями и их ребенком приобщаем родителей к изменению состояния ребенка, формированию адекватных форм взаимодействия, нейтрализации неконструктивных форм поведения.

Методы работы: арт-терапия, тренинги, музыкотерапия, ролевые игры, психогимнастика, сказкотерапия и др.

Таким образом, психолого-педагогическое сопровождение лиц с нарушением слуха предусматривает комплексность, системность, целостность и организацию системы психологических методов и приемов, в которой происходит слияние психотерапевтической и психопрофилактической работы. Такой подход оказывает коррекционное воздействие, обеспечивает психопрофилактику и эффективное включение лиц с ограниченными возможностями в социум.

## Литература

1. Зарецкая Н.Ю., Бурк О.А. Ребенок с особыми потребностями в семье: системный семейный подход // Психологические проблемы современной российской семьи : тез. второй всерос. науч. конф. (25–27 октября 2005 г.) : в 3 ч. / под общ. ред. В.К. Шабельникова, А.Г. Лидерса. М., 2005. Ч. 2. С. 360.
2. Иванова В.С. Теоретико-методологические основания исследования особенностей отношения родителей к заболеванию ребенка с ДЦП в психологическом сопровождении семьи // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2009. Вып. 11 (89). С. 113–119.
3. Королева И.В. Кохлеарная имплантация глухих детей и взрослых (электродное протезирование слуха). СПб. : КАРО, 2008. 752 с. (Сер. «Специальная педагогика»).
4. Мещерякова Э.И., Иванова В.С. Учет отношения родителей к заболеванию ребенка ДЦП в психологическом сопровождении семьи. Томск : Изд-во Том. гос. ун-та, 2016. 164 с.
5. Тарасова Н.В. Комплексное сопровождение детей после кохлеарной имплантации в Центре оториноларингологии : дис. ... канд. пед. наук. М., 2010.

### TECHNOLOGY OF PSIKHOLOGO-PEDAGOGICAL ESCORT OF PERSONS WITH A HEARING DISORDER

Ivanova V.S., candidate of psychological sciences, associate professor, Tomsk State Pedagogical University, Tomsk, Russia. E-mail: ivanovaivs@sibmail.com

**Abstract.** Fundamental scientific bases and psychological practice of the help to persons with a hearing disorder and rendering by it complex medical (prosthetics by hearing aids, the cochlear implantation (CI) and the psikhologo-pedagogical (correctional) help that promotes not only to speech formation at them as the main means of communication, but also to harmonious development as a whole are considered. Proceeding from modern treatment of disability, as a subject of special attention from the state and society the questions concerning restoration of social and role function of the person in the conditions of limited freedom act. Thus the main accent at the solution of problems of disabled people and disability is displaced towards the rehabilitation leaning first of all on social mechanisms of compensation and adaptation.

**Keywords:** cochlear Implantation (CI); disability; consultation; psychodiagnostics; correction; rehabilitation; prevention; compensation; integration; psikhologo-pedagogical maintenance; integrated approach; system approach; harmonious development.

УДК 316.6; 159.97

## СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕСТАВЛЕНИЯ О ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ РЕЛИГИОЗНЫХ КОНФЕССИЙ

Т.В. Израелян

Московский гуманитарный университет, Москва, Россия  
E-mail: israelyan.tatiana@yandex.ru

**Аннотация.** Рассмотрены социальные представления о душевнобольных у представителей различных религиозных конфессий.

**Ключевые слова:** социальные представления; религиозность; душевнобольной; средства массовой информации; душевный недуг.

**Введение.** Проблемы, с которым сталкивается современное общество, носят разноплановый характер: экономические, политические, межгрупповые. Эти проблемы создают угрозу комфортному существованию индивида в обществе. Концепция социальных представлений призвана дать объяснения новым явлениям и устранить возникающий дискомфорт. В свою очередь, душевное нездоровье – один из непонятных, пугающих, «запретных» аспектов человеческого существования. Окутанная тайнами и недомолвками, эта проблема накладывает на своего носителя социальное клеймо и приводит к отторжению его обществом. Достаточно вспомнить некоторые резонансные преступления, совершенные психически нездоровыми людьми, чтобы увидеть психосоциальную значимость такого заболевания и его влияние на повседневную общественную жизнь в целом. В современном обществе средства массовой информации, являясь не только «индикатором» социальных представлений, но и их «катализатором», формируют образ таких больных двояко: один полюс – «убийца, извращенец, изгой», другой – «гений» [6, с. 66]. Такое настороженное отношение характерно не только для России. Образ психически больного как «маньяка с топором», агрессивного, опасного, склонного к преступлениям насильственного характера, предстает в разнообразных западных СМИ [8]. Кроме того, в СМИ шизофрения выступает метафорой явлений неприятных, пугающих, отталкивающих и возникает чаще, чем при других заболеваниях, например при онкологии или туберкулезе. Это, в свою очередь, приводит к дополнительной стигматизации таких больных, препятствует их обращению за помощью [7].

На протяжении веков отношение к психически больным волновало общество и развивалось от откровенного неприятия, лишения прав личности до провозглашения Пинелем принципа гуманности. В XIX в. формируется особый подход к реабилитации таких больных – создание больниц по системе «открытых дверей» и психиатрических «колоний» – поселений или «общин» – в Бельгии, Англии, Париже, Германии и России.

В таких учреждениях небуйные пациенты получали определенную свободу, жили в приютивших их семьях и выполняли посильные работы [8]. Ратуя перед обществом за гуманное отношение к таким больным, нельзя забывать и об их обратном влиянии на само общество. Какое влияние на психоэмоциональное состояние, качество жизни оказывает такой больной? А ведь такое заболевание часто является значительной нагрузкой для членов семьи, опекунов. Они нуждаются в предоставлении большей информации, психологической и экономической поддержке [9]. И это важно в первую очередь для самого больного, так как именно поддержка семьи способна привести к стойкой ремиссии, и наоборот критика, враждебность и отторжение приводят к рецидиву [10]. Одним из механизмов такой поддержки выступает религия. Сталкиваясь с психическим заболеванием, пациенты и их семьи, наряду с современными методами лечения, зачастую ищут помощь в религии, и это вполне понятно, поскольку здоровье человек расценивает не только с учетом места проживания и расовой принадлежности, но и своей религии [2]. Верующий человек – «особый социальный тип личности», понять которого невозможно без учета влияния его социального окружения, в том числе и влияния его единоверцев [5]. А поскольку христианство и ислам являются одними из наиболее распространенных религиозных конфессий, имеющих миллионы приверженцев в нашей стране и в мире и играющих важные роли в психоэмоциональной сфере, поведении и мышлении человека, то именно социальные представления о душевнобольных в русле христианства (православие) и ислама мы рассмотрим в нашей статье.

**Религиозность и душевный недуг.** Своеобразной почвой для формирования религиозности служат наглядно-чувственные образы (мифы религиозного характера, культовые изображения, соблюдение определенных обрядов и т.д.), которые принадлежат той или иной религиозной общине, потому и религиозные представления у приверженцев христианства и ислама будут соответствующим образом отличаться [5]. Роль религиозности в психотерапии сложно переоценить. Религиозность уменьшает тревожность, риск суицида, улучшает социальное функционирование и влияет на приверженность пациента к лечению, что может стать важной составляющей процесса психологической реабилитации. Но, принимая во внимание положительно влияние религиозности на пациентов, необходимо помнить об индивидуальности, поскольку отрицательное воздействие религиозности на больного, отвергающего религию, также встречается в практике. В таком случае есть риск рецидива или усугубления состояния больного, злоупотребления психоактивными веществами. Кроме того, выделяя религиозность как фактор психотерапии, необходимо учитывать явление «внутренней» и «внешней» религиозности. Так, «внутренняя» религиозность выступает как смыслонадеждающий фактор, улучшающий психологическое благополучие, повышает качество жизни, ускоряет наступление и увеличивает длительность ремиссии при депрессии. Тогда как «внешняя» религиозность характеризуется предвзятостью, закостенелостью и трактуется как защитный механизм личности. Однако важность религии для пациентов остается малоизученным явлением во врачебной среде [8].

**Взгляд на душевные болезни в христианстве.** Отношение к болезни в христианстве, на наш взгляд, характеризуют как нельзя лучше слова святителя Иоанна Златоуста: «Ибо Господь, кого любит, того наказывает... Если же остаётся без наказания, которое всем обще, то вы незаконные дети, а не сыны». Отношение к болезни как к наказанию за греховность или как благодать для спасения души – еще одна грань, характеризующая христианство в отношении к душевнобольным. Также вполне объяснимо, что именно уверенность в возникновении болезни как наказании за греховность сделало возможным появление легенды о «стоянии Каменной Зои». Случай, произошедший в Самаре в 1955 г. с Зоей Карнауховой, осквернившей икону, передавался из уст в уста, но был обнародован и стал достоянием широкой общественности только в 90-х гг. XX в. На наш взгляд, именно, эта вера в наказание Бога, страх того, что человек останется без поддержки Господа, один на один с миром, и породил этот эпизод. Однако приступ имел все признаки классического кататонического ступора (сильная мышечная ригидность) и являлся одной из поздних форм проявления шизофрении [4]. При этом дальнейшая судьба девушки неизвестна и на основании показаний «многочисленных свидетелей» оставляет свободу выбора: от прощения девушки Богом и дальнейшей ее богоугодной жизни в монастыре (а значит, можно считать, что она встала на путь исправления и спасла свою душу) до скорой смерти в психиатрической больнице, что само по себе является ужесточением наказания (в свете отношения в СССР к психиатрии как к «карательному» органу).

В православии отчетливо прослеживается особое отношение к болезни, как телесной, так и духовной: «...слепому, и прокаженному, и поврежденному рассудком... окажи почтение, как образу Божию» [3, с. 41]. На наш взгляд, эта своеобразная терпимость к человеку, страдающему психическим недугом, позволила появиться в православии явлению «юродства». Цель подвига юродства при этом вполне определенная – привлечь внимание к фактам несправедливости, угнетения, произвола, предсказание губительных событий и призвание к покаению и спасению через молитву. Пример юродства можно найти уже в Библии: пророки Иезекииль, Осия, Исайя, Иеремия. Многие святые вели аскетический образ жизни, избрав для себя служение Богу в виде «столпничества», «затворничества», «постничества» и др. Современная психиатрия в жизнеописаниях некоторых из них и свидетельствах современников об этих личностях может выделить симптомы душевного заболевания [3]. Но все же церковью многие из юродивых впоследствии были причислены к лику святых; почитались они как простым народом на Руси, так и правителями. Все это, на наш взгляд, говорит об исключительной роли такого явления, как «юродство», в жизни православного общества как особого вида подвига, богоугодного дела.

**Взгляд на душевные болезни в исламе.** Душевное равновесие мусульманина – залог его физического здоровья. Для осознания человеком своих поступков Аллахом душе было дано чувство «ильхам», аналог понятия «совесть». При совершении «недозволенного» поступка душа испытывает негативное чувство, и наоборот. Поэтому путь к успокоению души и ее благополучию, а значит, и телесному здоровью, лежит через обращение к Аллаху. В исламской культуре отношение к душевнобольным людям довольно терпимое, приветствуются благожелательность и опекунов таких больных. Как и в христианстве, в исламе болезнь может быть дарована человеку как испытание, для прощения грехов или для испытания веры. А поскольку «всякая беда поражает лишь по воле Аллаха» [5], то и болезнь человеку ниспослана Аллахом, но им же даровано и исцеление. Так, хадис «лечитесь, ибо Аллах не создал болезнь, не создав для нее лекарство» [5] трактуется как побуждение человека к поиску духовного и физического исцеления. Поэтому, как и в христианстве, верующие мусульмане уповают на помощь Аллаха.

В исламе существует свод законов для верующих: пять «столпов» ислама ведущие к спасению души. Но в отношении больного эти обязанности с него снимаются полностью до момента ремиссии. «Перо (ангела записывающего плохие дела) поднято от сумасшедшего, пока его разум не восстановится» [5, с. 209]. Вера в Аллаха – основное положение ислама, а признание другого бога кроме Аллаха карается в исламе смертной казнью, но даже в этом случае, больной не привлекается к ответственности. Также освобождается больной и от совершения намаза, и от выплаты закята (или выплата будет осуществлена его опекуном), от совершения паломничества и соблюдения поста. Однако «прощение» безумства происходит только на период болезни. Таким образом, отношение к людям, страдающим психическим заболеванием, в исламской культуре заключается в заботе и опеке, запрете на осуждение и физические наказания, что в такой ситуации, несомненно, благотворно влияет на ход болезни и ее разрешение.

**Программа и результаты эмпирического исследования.** На первом, ориентировочном этапе исследования нами был проведен теоретический анализ религиозной, социально-психологической и медицинской литературы российских и зарубежных авторов. Это позволило выделить основные направления дальнейшего эмпирического исследования и сформулировать рабочую гипотезу.

На втором этапе исследования нами были сформулированы задачи исследования на основе гипотезы и разработаны методики. На этом этапе для определения области исследования при подготовке модификации методики «незаконченные предложения», направленной на изучение социальных представлений о душевнобольных, нами использовался метод беседы. Кроме того, это способствовало установлению контакта с респондентом, необходимого для последующего исследования. Для определения уровня религиозности применялись: анкетный опрос, содержащий 29 утверждений, которые испытуемый оценивает по 5-бальной шкале; 10-бальная шкала религиозного отношения; анкета о социально-демографическом статусе испытуемых.

Объект исследования. В пилотном исследовании участвовали 45 респондентов, 3 группы по 15 человек, в возрасте 18–23 года (3 мужчин, 12 женщин), 40–45 лет (6 мужчин, 9 женщин), 60–65 лет (1 мужчина, 14 женщин). Испытуемые – представители христианской, исламской конфессий и агностицизма. При этом к агностикам мы относили как респондентов, относящих себя к таковым, так и «условных» христиан или мусульман – респондентов, которые относили себя к определенной конфессии, но не посещали церкви / мечети или посещали 1 раз в год, не соблюдали религиозных обрядов и празднеств, давших ответы «редко, когда как получится», «нет, в нашем кругу это не принято»; отметивших степень своей религиозности по шкале (параметры от 1 до 10) от 1 до 3. Все респонденты – жители г. Москвы, представители различных профессий, имеющие высшее / незаконченное высшее образование, различный социальный и семейный статус.

Предмет исследования – социальные представления о душевнобольном. Цель исследования – выявление содержания социальных представлений о душевнобольном человеке. Применялась проективная методика «незаконченных предложений». Испытуемому предлагалась серия из 10 незаконченных предложений, каждое из которых содержит несколько слов / фраз, которые необходимо дополнить самостоятельно. Предложения нами были сформулированы так, чтобы стимулировать респондента на ответы, отвечающие поставленным в исследовании задачам. Таким образом, были получены ответы, определяющие отношения индивидуальные, малой группы (семьи), большой группы (общества) к душевнобольным, характер освещения душевного нездоровья в СМИ, отношение к будущему таких пациентов и страхи относительно таких больных. Ответы были нами сгруппированы следующим образом:

- Мое отношение.
- Отношение семьи.
- Отношение СМИ.
- Мои опасения.
- Отношение общества.
- Мое отношение к будущему больных.

Для последующего анализа ответов, полученных по методике «незавершенные предложения», был применен метод контент-анализа. Категориями анализа обозначены: «мое отношение», «отношение моей семьи», «отношение общества», «освещение в СМИ», «мое отношение к будущему больных», «опасения относительно больного». Единицами анализа служили высказывания. Примером отнесения ответа к положительному отношению были высказывания типа: «не виноваты в болезни», «сочувствие», «мне очень жаль», «помощь»,

«несчастные» «безобидные». Примером отнесения ответа к отрицательному отношению послужили высказывания типа: «сами виноваты», «отбросы», «страшные», «не такие, как все», «неполноценные», «больные» (как отторжение), «изолировать», «обуза», «ненужные». Примером отнесения ответа к нейтральному отношению послужили высказывания типа: «не знаю», «не смотрю», «очень интересные», «особенные», «беспомощные».

**Результаты.** Отношение к душевному недугу респонденты «религиозной» группы и группы агностиков демонстрировали следующим образом: от принятия (необходима помощь, «они не виноваты») – 74 и 61%, до отвержения (изоляция, принудительное лечение) – 8 и 12%, нейтральное отношение – 18 и 27% соответственно. Среди опасений фигурирует страх перед агрессией со стороны больных – 52 и 57%, не выказывают опасений по этому поводу 39 и 41%, уверены, что больные безобидны, 9 и 2% среди верующих и агностиков соответственно. Среди причин заболевания фигурируют у агностиков наследственность, травмы головы, алкоголизм / наркомания. В ответах «религиозных» респондентов, помимо соматических причин, упоминаются «воля Божья / Аллаха» или «кара небесная». Опасение по поводу «заражения» этим недугом выказал 1 человек.

Отношение своей семьи и близких к душевнобольным агностики и верующие как позитивное оценивают 16 и 22%, отрицательное – 44 и 31%, нейтральное – 40 и 47% соответственно.

Негативную оценку освещения в СМИ (32%) упоминали в связи с резонансными преступлениями, совершенными такими больными. В то же время информация в СМИ, не имеющая такого ярко негативного характера, неинтересна (41%). Настроение общества в отношении таких больных и агностики, и религиозные респонденты оценили как позитивное в 48 и 63%, негативное – 45 и 35%, нейтральное – 7 и 2% соответственно.

Относительно будущего больных респонденты обеих групп демонстрировали положительное отношение («найдут лекарство и вылечат», «увеличат финансовую поддержку», «обеспечат достойный уход», «с Божьей помощью» и т.д.) – 52%, негативное отношение («нет будущего», «это ужасно» и т.д.) – 44%, нейтральное отношение («не думал об этом», «это решать государству / врачам / семье») – 4%.

**Выводы и дальнейшие перспективы исследования.** Таким образом, социальные представления о больных, страдающих душевным недугом, несут в себе как положительную, так и отрицательную эмоциональную направленность, не оставляя общество равнодушным. При этом наряду с образом «опасного» больного, вызывающего негативные эмоции, присутствует и образ «страдальца», вызывающий жалость и сострадание. Религиозный фактор в формировании социальных представлений о душевнобольном человеке играет в данной выборке свою роль, но статистически значимых данных нет.

Дальнейшее исследование данной проблематики будет продолжаться в русле изучения феномена коллективных чувств относительно душевнобольных, поскольку их роль в «возникновении чувств, относящихся к событиям настоящего и эмоциональному настрою на будущее, представляет собой научную проблему» [1, с. 18].

#### *Литература*

1. Емельянова Т.П. Феномен коллективных чувств в психологии больших социальных групп // Институт психологии Российской академии наук. Социальная и экономическая психология. 2016. Т. 1, № 1. С. 3–22.
2. Панченко Л.В., Кутько И.И., Панченко О.А. Религиозные и мировоззренческие системы болезней // Психиатрия и религия на стыке тысячелетий : сборник науч. работ Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи) и Харьковской медицинской академии последипломного образования. Харьков, 2006. Т. 4. С. 72–74.
3. Портнов А.А., Шахнович М.И. Психозы и религия. Л. : Медицина, 1967. 96 с.
4. Соколов-Митрич Д. Классический кататонический синдром // Русский репортер. 2007. № 30. URL: [http://expert.ru/russian\\_reporter/2007/30/kondrashova](http://expert.ru/russian_reporter/2007/30/kondrashova)
5. Угринович Д.М. Психология религии. М. : Политиздат, 1986. 352 с.
6. Ястребов В.С., Трущелев С.А. Социальные образы психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. № 6. С. 65–68.
7. Duckworth K., Halpern J.H., Schutt R.K., Gillespie C. Use of Schizophrenia as a Metaphor in U.S. Newspapers // Psychiatric services. 2003. Vol. 54 (10). P. 1402–1404.
8. Harriet C.G. Sturdy. Boarding-out the insane, 1857–1913: a study of the Scottish system: PhD thesis / University of Glasgow. 1996. P. 547. URL: <http://theses.gla.ac.uk/5511/1/1996sturdyphd.pdf>
9. Mushi D., Rongai A., Paddick S-M. et al. Social representation and practices related to dementia in Hai District of Tanzania // BMC Public Health. 2014. URL: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-260>
10. Lopez S.R., Guarnaccia P.J. Cultural psychopathology: Uncovering the social world of mental illness // Annual Review of Psychology. Vol. 51. P. 571–598.

#### **SOCIAL REPRESENTATIONS ABOUT THE MENTAL PATIENTS AMONG THE REPRESENTATIVES OF VARIOUS RELIGIOUS DENOMINATIONS**

**Israelyan T.V.**, postgraduate student, Moscow University for the Humanities, Moscow, Russia. E-mail: [israelyan.tatiana@yandex.ru](mailto:israelyan.tatiana@yandex.ru)

**Abstract.** The article examines social representations of the mentally ill in the contemporary society among the representatives of various religious denominations. Today the issue of religion is particularly acute and demonstrates its importance in resolving or, conversely, provoking conflicts. In turn, a commitment to a particular religion and religiosity play a prominent role in the psychotherapeutic process. Therefore, the study of social representations of mental illness among adherents of different religious confessions has a practical significance, both in medical and socio-psychological aspects. The article presents the results of the analysis of socio-psychological and religious sources on this subject. The peculiarities of attitudes to mental illness in Christian and Islamic lit-

erature are considered. Based on the empirical study and the subsequent method of thematic content analysis the key concepts of components of social representations were identified. The article describes the results of the study based on which the conclusion was made about the influence of religion on the formation of social representations of patients with mental illness that are in fact ambivalent, carry both positive and negative emotional foci, not leaving the society indifferent. At the same time, along with the image of a "dangerous" patient, causing such negative emotions as fear and anxiety, there is also the image of a "sufferer", causing pity and compassion. The religious factor in the formation of social representations of the mentally ill person plays a role in this sample, but the data are not statistically significant. Further research of this problem will be continued in the course of studying the phenomenon of collective feelings about the mentally ill, since their role in the "emergence of feelings related to the events of the present and emotionally prepared for the future is a scientific problem" [1, 18].

**Keywords:** social representations; religion; mentally ill; public information.

УДК 316.6; 159.97

## ПРЕОДОЛЕНИЕ РЕЧЕВОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ: ПСИХОКОРРЕКЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕНСОРНОЙ КОМНАТЫ

И.А. Кайдановская<sup>1</sup>, В.В. Бодруг<sup>2</sup>, Е.В. Воробьева<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Академия психологии и педагогики Южного федерального университета, Ростов-на-Дону, Россия

<sup>2</sup> МБУ ДО Дворец творчества детей и молодежи, Ростов-на-Дону, Россия

E-mail: kai.ir@mail.ru; victoria\_bodrug@mail.ru; evorob2012@yandex.ru

**Аннотация.** Приводятся результаты психологической коррекции речевой тревожности у детей дошкольного возраста с дизартрией в условиях сенсорной комнаты. В работе принимали участие 30 детей с дизартрией в возрасте 5–6 лет, а также их родители (30 человек). Для коррекции речевой тревожности у детей применялись занятия в сенсорной комнате по специально разработанной программе, которая включала 10 занятий в малых группах в количестве 4–5 человек два раза в неделю. Продолжительность одного занятия составила 30 минут. Для отслеживания результатов психокоррекционной работы по преодолению речевой тревожности у детей с дизартрией применялся проективный тест тревожности Р. Тэмпл, М. Дорки, Ф. Амен, самооценочная методика «Ступеньки» В.А. Калягина (в адаптации С.М. Валявко) использовано для изучения речевой самооценки детей, а также применялась специально разработанная анкета для родителей «Отношение родителей к речевым проблемам детей». В результате проведенной коррекционной работы тестовые замеры до и после психокоррекции показали снижение ситуативной, личностной и речевой тревожности у детей с дизартрией, что будет способствовать в дальнейшем более благоприятному протеканию как их речевого развития, так и дальнейшей социализации.

**Ключевые слова:** дизартрия; речевая тревожность; сенсорная комната; психокоррекция.

Речь имеет важнейшее значение для развития всех высших психических функций, тесно связана со становлением и развитием мышления, самосознания и социализацией ребенка. Особые проблемы в социализации возникают у детей дошкольного возраста с дизартрией, которая проявляется как нарушение звукопроизношения, голосообразования и просодики, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата ребенка [2]. Наличие у ребенка дизартрии тесно связано с его трудностями в общении со сверстниками, при этом любые ситуации, связанные с необходимостью общения, могут вызывать у него проявления тревожности и тем самым увеличивать возникающие проблемы речевой коммуникации.

Принято выделять ситуативную и личностную тревожность, а также еще один вид – речевую тревожность, возникающую у детей как психологическая реакция на речевые трудности. Под речевой тревожностью понимаются склонность к переживанию особого эмоционального состояния в момент речи, напряжение и опасения ребенка, связанные с его собственной речью [1, 8].

Причины нарушения звукопроизношения у детей при дизартрии заключаются в поражении или недоразвитии различных структур мозга: периферических двигательных нервов, идущих к мышцам речевого аппарата, их ядер в стволе головного мозга, а также ядер, расположенных в стволе и в подкорковых отделах мозга и осуществляющих элементарные эмоциональные безусловно-рефлекторные речевые реакции [2].

В реализации поведения, связанного с проявлением тревожности, участвуют отделы верхнего ствола и лимбической области. Важную роль в возникновении тревоги играют структуры гипоталамуса [7].

В наших предыдущих работах были изучены психофизиологические механизмы, лежащие в основе распознавания отдельных слов в случае нормального речевого развития, а также в случае нарушенного речевого развития при детской дизартрии; было показано, что уровень ситуативной и речевой тревожности достоверно выше у детей дошкольного возраста с дизартрией в сравнении с контрольной группой их сверстников, а также что детско-родительские отношения в семьях детей с дизартрией имеют свою специфику, которая заключается в недостаточности родительских запретов-требований к ребенку, что может способствовать его дальнейшей инфантилизации [3, 4].

Высокий уровень ситуативной и речевой тревожности у детей дошкольного возраста с дизартрией может приводить к задержке психосоциального развития ребенка, задержке и искажениям в формировании у него «модели психического» [6].

Для психокоррекции речевой тревожности у детей дошкольного возраста может быть использована сенсорная комната – пространственная среда, которая насыщена различного рода аудиальными, визуальными и тактильными стимуляторами. Спокойная цветовая гамма, мягкий свет, тихая музыка создают ощущение покоя и умиротворенности.

Оборудование сенсорной комнаты включает следующие блоки. Релаксационный блок включает наполненные полистирольными гранулами пуфик-кресло, детскую подушечку, трапецию, напольные маты, средство для лежания «Лежебока», а также сухой бассейн с шариками. Активизирующий блок включает оборудование со свето-оптическими эффектами – мягкую платформу с угловым зеркалом и пузырьковую колонну, сенсорную тропу – дорожку из ковролина, на которую с помощью липучек крепятся мешочки из прочной ткани с разными наполнителями, ковер «Млечный путь» со светооптическими волокнами, россыпь фиброоптических волокон бокового свечения, которая постоянно изменяет цвет по всей своей длине. Общеоздоровительный блок состоит из набора мячей: гимнастических, массажных, мячей-гигантов, мячей с ручками, мягких модулей.

Согласно нашему предположению, психокоррекционные занятия в сенсорной комнате могут снизить мышечное и психоэмоциональное напряжение у ребенка дошкольного возраста с дизартрией, уменьшить проявления тревожности, в том числе речевой тревожности.

В исследовании приняли участие 30 детей в возрасте от 5 до 6 лет, согласно заключению невролога у всех дошкольников выявлена дизартрия. Также в исследовании принимали участие 30 родителей детей с дизартрией.

В работе были использованы следующие методики:

1. Тест тревожности Р. Тэмпл, М. Дорки, Ф. Амен, позволяет выявить тревожность ребенка в типичных для него жизненных ситуациях, изображенных на картинках (ситуации, например, умывания, одевания, приема пищи и др.) [10].

2. Методика «Ступеньки» В.А. Калягина (в адаптации С.М. Валявко), направленная на изучение речевой самооценки. Ребенку предлагается бланк с изображением лесенки. Инструкция: «Скажи, пожалуйста, на какую ступеньку ты поставил бы себя?». Далее следует перечисление: на нижней ступеньке находятся ребята, у которых очень плохая речь, на следующей – плохая, на средней – обычная, повыше – хорошая, и на самой высокой ступеньке – прекрасная речь [1].

3. Анкета «Отношение родителей к речевым проблемам детей». Для оценки речевой тревожности ребенка, а также выяснения причин ее появления нами была разработана анкета для родителей, включающая четыре шкалы и позволяющая оценить степень критичности родителя к речи ребенка, степень тревожности родителя, связанной с речевыми проблемами ребенка, а также степень речевой и личностной тревожности ребенка.

Статистическая обработка результатов проводилась с применением статистического метода критерия знаковых рангов Вилкоксона.

**Программа психокоррекционной работы по снижению речевой тревожности у детей с применением темной сенсорной комнаты.** С целью снижения личностной, ситуативной и речевой тревожности детей с дизартрией нами была разработана программа психокоррекционной работы в темной сенсорной комнате. Данная программа может также использоваться в профилактических целях – для предупреждения психоэмоционального напряжения и тревожности. Она разработана с учетом ведущего речевого нарушения испытуемых, их возраста, индивидуальных психофизиологических особенностей.

В процессе психокоррекционной работы решались следующие задачи:

- 1) снизить тревожность детей с дизартрией: речевую, личностную, ситуативную;
- 2) повысить речевую самооценку.

Программа психокоррекционной работы с применением темной сенсорной комнаты рассчитана на 10 занятий. Они проводились в малых группах в составе 4–5 человек два раза в неделю. Продолжительность одного занятия – 30 минут.

Основные направления психокоррекционной работы:

1. Снижение психоэмоционального напряжения.
2. Преодоление коммуникативных барьеров, снижение тревожности в социальном взаимодействии, развитие навыков сотрудничества.
3. Стабилизация эмоционального состояния, оптимизация уровня личностной и ситуативной тревожности.
4. Повышение самооценки.
5. Формирование навыков стрессоустойчивого поведения.

Структура занятий:

1. Ритуал приветствия.
2. Театрализованные игры, пластические этюды, игры-инсценировки.
3. Упражнения, направленные на мышечную релаксацию (чередование мышечного тонуса), снятие мышечных зажимов, самомассаж.
4. Релаксационный тренинг – расслабление под музыкальное сопровождение с использованием релаксационных текстов.
5. Упражнения, направленные на развитие диафрагмального дыхания.
6. Релаксация с использованием сенсорного оборудования.

7. Глубокая мышечная релаксация в сухом бассейне.

8. Ритуал прощания.

**Результаты.** Обработка результатов диагностики ситуативной, личностной и речевой тревожности, а также речевой самооценки, проведенной после реализации психокоррекционной программы, свидетельствует о том, что все изучаемые свойства изменились в лучшую сторону.

Среднегрупповые результаты у детей с дизартрией до и после психокоррекционной работы представлены на рис. 1.

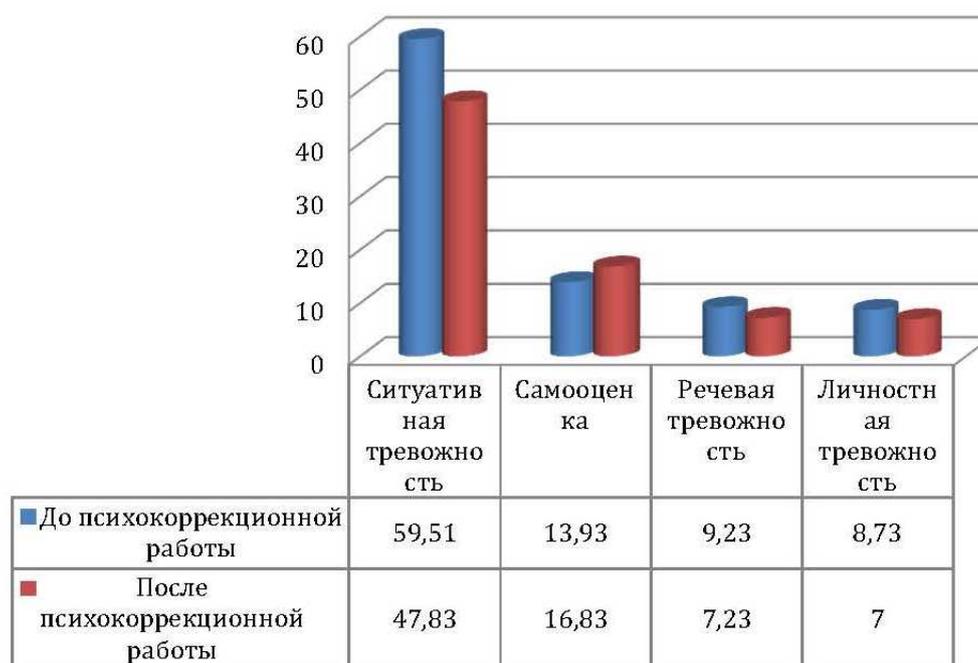


Рис. 1. Среднегрупповые результаты детей с дизартрией до и после психокоррекционной работы

Обработка данных осуществлялась с помощью статистического метода критерия знаковых рангов Вилкоксона, результаты сравнительного анализа представлены в таблице.

**Результаты сравнительного анализа ситуативной, личностной, речевой тревожности и самооценки до и после психокоррекционного воздействия**

Свойство	Количество рангов	Количество рангов, где свойство снизилось	Количество рангов, где свойство увеличилось	Количество рангов, где свойство осталось неизменным	Z
Ситуативная тревожность	30	24	0	6	-4,340
Речевая самооценка	30	0	26	4	-4,474
Речевая тревожность	30	22	2	6	-4,035
Личностная тревожность	30	24	0	6	-4,333

Результаты по показателю тревожности, испытываемой в социальных ситуациях, до и после психокоррекционного воздействия статистически значимо различаются ( $Z = -4,340$  при  $p \leq 0,01$ ). Ситуативная тревожность снизилась у 24 испытуемых из 30, принявших участие в психокоррекционной работе. У 6 дошкольников данное свойство осталось неизменным. Средние результаты после психокоррекционных мероприятий снизились ( $M = 47,83$ ) в сравнении с первоначальными показателями ( $M = 59,51$ ).

Статистически значимо отличаются замеры по методике «Ступеньки» ( $Z = -4,474$  при  $p \leq 0,01$ ). После психокоррекционных мероприятий существенно повысилась речевая самооценка у 26 детей с дизартрией. У 4 дошкольников тенденция к изменению по данному показателю не отмечена. Средний балл, набранный по данной методике, после проведения комплекса занятий в сенсорной комнате повысился ( $M = 16,83$ ) по сравнению с первоначальным замером ( $M = 13,93$ ).

Статистически значимые отличия обнаружили также по шкале «Личностная тревожность» ( $Z = -4,333$  при  $p \leq 0,01$ ). У 26 испытуемых, принимавших участие в психокоррекционной работе, снизилась личностная тревожность, у 6 она осталась на том же уровне.

Данные по шкале «Речевая тревожность» также статистически значимо различаются ( $Z = -4,035$  при  $p \leq 0,01$ ). Изучаемое свойство снизилось у 22 дошкольников. У 6 детей речевая тревожность осталась на том же уровне, что и до коррекционного воздействия.

Полученные данные свидетельствуют об эффективности психокоррекционной работы с применением комплекса занятий в сенсорной комнате. Таким образом, можно утверждать, что применение интерактивного оборудования сенсорной комнаты способствует снижению тревожности ребенка (ситуативной, личностной, речевой), позволяет повысить его уверенность в собственных силах.

Полученные нами данные об эффективности применения сенсорной комнаты для психокоррекции речевой тревожности у детей дошкольного возраста подтверждаются работами других авторов [5, 9].

**Выводы.** Сенсорная комната – эффективное средство преодоления тревожности, коррекции психоэмоционального состояния. Регулярные занятия с использованием интерактивного оборудования способствуют повышению самооценки, созданию положительного эмоционального фона, помогают справиться с такими негативными проявлениями, как замкнутость, робость, неуверенность в своих силах, обеспечивают полноценное развитие ребенка.

### *Литература*

1. Валявко С.М. Эмоциональные переживания в ситуации речевого общения у старших дошкольников с нарушениями речевого развития // Системная социология и психология МГПУ. 2014. № 2. С. 48–57.
2. Волкова Л.С., Шаховская С.Н. Логопедия : учебник для студ. дефектол. фак. пед. вузов. М. : ВЛАДОС, 2008. 680 с.
3. Воробьева Е.В., Ермаков П.Н., Абакумова И.В., Бодруг В.В., Талалаева Л.Б., Земская Н.Е., Фокина Т.С., Гуменюк Н.В., Емельянова М.В., Дудко Л.В. Особенности детско-родительских отношений в семьях детей дошкольного возраста с дизартрией // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. 2016. № 3. С. 105–111.
4. Воробьева Е.В., Столетний А.С. Психофизиологические особенности распознавания слов-омонимов // Психология сознания: современное состояние и перспективы : материалы II всерос. науч. конф. Самара, 2011. С. 345–347.
5. Епифанцев А.В., Волченкова О.Ю. Сенсорная комната как элемент комплексной терапии детей с речевой патологией // Международный журнал экспериментального образования. 2011. № 5. С. 76.
6. Ермаков П.Н., Воробьева Е.В., Кайдановская И.А., Стрельникова Е.О. Модель психического и развитие мышления у детей дошкольного возраста // Экспериментальная психология. 2016. Т. 9, № 3. С. 72–80.
7. Измайлов Ч.А., Черноризов А.М. Психофизиологические основы эмоций. М. : Моск. психол.-соц. ин-т, 2004. 72 с.
8. Калягин В.А., Овчинникова Т.С. Логопсихология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М. : Академия, 2006. 320 с.
9. Мусалова А.Р. Особенности работы логопеда с дошкольниками с общим недоразвитием речи в сенсорной комнате // Актуальные проблемы современной педагогики и психологии в России и за рубежом : сб. науч. трудов по итогам междунар. науч.-практ. конф. 2015. С. 63–65.
10. Тест тревожности (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен) // Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития СПб., 2002. С. 19–28.

### **THE OVERCOMING OF SPEECH ANXIETY IN PRESCHOOL CHILDREN WITH DYSARTHRIA: PSYCHOLOGICAL CORRECTION WITH APPLICATION OF THE SENSORY ROOM**

**Kaidanovskaya I.A.**, Cand. of Sci. (Psychology), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Psychophysiology and Clinical Psychology of the Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: kai.ir@mail.ru

**Bodrug V.V.**, speech therapist of the Palace of Creativity of Children and Youth in Rostov-on-Don, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: victoria\_bodrug@mail.ru

**Vorobyeva E.V.**, doctor of psychology, professor of the department of psychophysiology and clinical psychology, Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: evorob2012@yandex.ru

**Abstract.** The results of psychological correction of speech anxiety in preschool children with dysarthria in a sensory room are presented. The work involved 30 children with dysarthria aged 5-6 years, as well as their parents (30 people). To correct speech anxiety, children were taught in the sensory room according to a specially developed program, which included 10 classes in small groups in the number of 4-5 people, twice a week. The duration of one lesson was 30 minutes. To monitor the results of psycho-corrective work on overcoming speech anxiety in children with dysarthria, the projective anxiety test by R. Temple, M. Dorci, F. Amen was used; the self-evaluation technique "Steps" by V.A. Kalyagin (adapted by S.M. Valyavko) was applied to study the speech self-esteem of children, as well as a special questionnaire for parents "Parents' attitudes to the speech problems in their children" was developed. As a result of the corrective work, test measurements before and after psychocorrection showed a reduction in situational and personal anxiety as well as speech anxiety in children with dysarthria, which will further promote a more favorable course of both their verbal development and further socialization.

**Keywords:** dysarthria; speech anxiety; sensory room; psychocorrection.

## ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ КАК ИНДИКАТОР ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ СПОРТСМЕНОВ НАЦИОНАЛЬНЫХ СБОРНЫХ КОМАНД РОССИИ

И.О. Логинова<sup>1</sup>, М.С. Севостьянова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

<sup>2</sup> Федеральный Сибирский научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства, Красноярск, Россия  
E-mail: loginova70\_70@mail.ru; SevostyanovaMS@yandex.ru

**Аннотация.** Представлены результаты обобщенного теоретического анализа особенностей спортивной карьеры как вида трудовой деятельности, выделены специфические для спорта высших достижений критерии эффективности процесса профессионализации, дано методологическое обоснование психологической модели профессиональной успешности в спорте высших достижений с позиций здоровьесберегающего подхода.

**Ключевые слова:** профессионализация; спорт высших достижений; профессиональная успешность; здоровьесбережение; психологическая модель; устойчивость жизненного мира; программа психологического сопровождения.

В современной психологии труда под профессионализацией понимается целостный непрерывный процесс становления личности профессионала, который начинается с момента выбора человеком будущей профессии и завершается в тот момент, когда трудовая деятельность прекращается [2, 6].

Эффективность процесса профессионализации определяет профессиональную успешность субъекта труда и зависит от ряда объективных (как правило, это производительность, надежность и т.д.) и субъективных (самооценка себя как профессионала, удовлетворенность трудом и т.д.) показателей, выявление которых является важной задачей психологического сопровождения для каждого конкретного вида трудовой деятельности [6].

**Цель** данного исследования – поиск и изучение индикаторов эффективности процесса профессионализации высококвалифицированных спортсменов с последующим обоснованием модели профессиональной успешности в спорте высших достижений.

Для реализации поставленной цели мы проанализировали особенности процесса профессионализации высококвалифицированных спортсменов, рассматривая спорт высших достижений в качестве профессии и исходя из специфики спортивной карьеры как вида трудовой деятельности, основываясь в теоретическом и методологическом плане на положениях синергетической концепции деструктивного профессиогенеза (П.И. Сидоров, Ю.К. Родыгина, 2009), системе представлений о факторах и стратегиях адаптивного профессиогенеза (П.И. Сидоров, И.Н. Новикова, 2010), концептуальных положениях современной педагогической науки, согласно которым здоровьесбережение рассматривается как парадигма современного образования (Н.В. Сократов, П.П. Тиссен, 2011), подходе к изучению профессионального становления субъекта, предложенном В.А. Толочек и представляющим собой интеграцию экологического и ресурсного подходов, аппарата синергетики, гуманистической, сциентистской психологии и расширенной трактовки принципа детерминизма (В.А. Толочек, 2013), а также на существующих представлениях о психологических показателях профессионализма (А.К. Маркова, 1995).

Под спортивной карьерой обычно понимаются длительные занятия человека спортом, нацеленные на высокие достижения в соответствии с целями и задачами конкретного этапа профессионализации и связанные с постоянным самосовершенствованием спортсмена в избранном виде спорта [1]. Спортивная карьера имеет ряд особенностей: 1) продолжительность в среднем составляет около 10,5 лет, в то время как начинается она, как правило, в раннем возрасте (с 7–10 лет); 2) относительно рано завершаются стадии специализации и кульминации, после чего спортивная карьера (постепенно или стремительно) идет на спад; 3) окончание в большинстве случаев приходится на средний возраст около 30 лет (что довольно рано по меркам других профессий). При этом очень часто сроки завершения карьеры напрямую зависят от динамики спортивных достижений и состояния здоровья атлета, а решение «уйти из спорта» является вынужденным [9]. Среди некоторых других особенностей спортивной карьеры можно назвать скачкообразный характер ее развития, высокую энергоемкость (постоянное задействование новых ресурсов для достижения поставленных задач), возможность продлить карьеру за счет смены вида спорта или амплуа [7].

Учитывая все вышесказанное, можно предположить, что сочетание «личностного» и «профессионального» у высококвалифицированных спортсменов с большей вероятностью находится в соотношении, когда происходит практически полное совмещение этих жизненных пространств и человек «не мыслит себя вне работы и свое личностное «втискивает» в профессиональные рамки». Тем не менее наиболее оптимальным и гармоничным считается вариант функционирования, который предполагает включение профессиональных ценностей в личностное, более широкое и многомерное пространство [6]. В спорте высших достижений, напротив, зачастую именно профессиональное самоопределение наступает раньше личностного, когда совсем еще юный атлет вместе с тренером, родителями принимает решение о выборе спортивной карьеры задолго до того, как данное решение будет принято им самостоятельно, на уровне самосознания (внутреннего самоопределения человеком того, что он хочет от жизни, кем он хочет и может стать и что хочет от него общество).

Очевидно, что сама суть спортивной карьеры и спорта высших достижений заключается в постоянной соревновательной активности и высокой степени конкуренции, а профессиональная успешность традиционно приравнивается к соревновательной результативности или профессиональному статусу спортсмена (разряд, членство в сборной и т.д.). Например, в исследованиях по спортивной психологии часто отождествляются такие понятия, как «спортивная результативность» и «успешность спортивной деятельности» (В.А. Родионов, 2015), или же «профессиональная успешность» приравнивается к «соревновательной успешности» (Д.С. Бакуняева, 2014). Б.В. Вяткин характеризует спорт высоких достижений как «специфическую деятельность, осуществляемую в ее главном звене – соревнованиях – в условиях ярко выраженного психического стресса» [3]. Л.К. Серова подчеркивает, что деятельность спортсмена «трудно отнести к какой-либо форме трудовой деятельности, а разделение форм трудовой активности спортсмена на физическую и умственную предъявляет высокие требования к личности профессионального атлета» [8], выделяя ряд специфических психологических особенностей спортивной деятельности, таких как чрезмерные физические и психические нагрузки, дефицит времени, неблагоприятные климатические условия, риск получения физической, психологической травмы и т.д., которые позволяют отнести профессиональный спорт к экстремальным видам деятельности (когда экстремальные условия становятся неотъемлемой частью трудового процесса). Причем с повышением профессионального статуса спортсмена и, соответственно, уровня соревнований (в частности, переход на международный уровень), в которых он принимает участие, возрастает и экстремальность условий, что в случае дефицита адаптационных ресурсов может привести к дистрессу и дезорганизации деятельности в целом [Там же]. Другие авторы также называют условия соревновательной деятельности экстремальными, подчеркивая актуальность проблемы сохранения «высокого уровня эффективной работоспособности спортсмена в течение длительного времени», что часто бывает затруднительным из-за высокой «непродуктивной напряженности» спортсмена, которая является наиболее типичным психофизиологическим состоянием квалифицированных спортсменов, что влечет за собой так называемый «спортивный стресс», в результате которого происходят нарушения в работе механизмов саморегуляции, снижается уровень работоспособности, ухудшается здоровье (Г.А. Хрусталева, 2012).

Действительно, результаты некоторых эмпирических исследований состояния психофизиологического и психологического здоровья спортсменов национальных сборных команд России обнаруживают высокую распространенность (до 52,6% среди мужчин и 63,9% у женщин) различных дисфункциональных психологических расстройств и состояний – негативного функционального состояния ВНС и ЦНС, снижения когнитивного уровня, невротической симптоматики, интенсивного нервно-психического напряжения и высокого уровня стресса [10].

Таким образом, особенности профессионализации и спортивной карьеры в целом могут рассматриваться как факторы риска ухудшения психологического здоровья и психической адаптации высококвалифицированных спортсменов, что требует особого внимания и подчеркивает **актуальность** проблемы своевременной профилактики, интервенции и здоровьесбережения в целом.

Принимая все это во внимание, а также учитывая некоторые психологические критерии мотивационной сферы профессионализации, такие как «профессиональные смыслы, смысловторчество в профессии, определяющее профессиональную устойчивость; позитивная динамика мотивационной сферы (появление новых мотивов, целей, “вычерпывание” новых смыслов в профессии, изменение их иерархии, интеграция долговременных и кратковременных мотивов и целей в целостное самопрогнозирование); построение собственного сценария профессиональной жизни», а также некоторые критерии операциональной сферы, а именно «психологическая цена результатов труда; достижение разного рода результатов трудовой деятельности, “многочерпываемость” в профессиональном росте; самокомпенсация субъектом труда одних недостаточно развитых или деформированных способностей, качеств другими; способы профессиональной деятельности в меняющихся и в особых, экстремальных ситуациях; новые способы профессиональной деятельности, творчество и инновации в профессиональном труде» [6], мы полагаем, что профессиональная успешность в спорте высших достижений не может ограничиваться показателями соревновательной результативности или профессиональным статусом спортсмена, а предполагает оптимальное сочетание спортивного результата с так называемой «психологической ценой» высоких достижений.

Другими словами, мы считаем оправданным разделение понятий «профессиональная успешность» и «спортивная результативность» с акцентом на то, что применительно к спорту высших достижений стабильно высокая результативность (прежде всего соревновательная) является обязательным, но недостаточным условием профессиональной успешности. Рассматривая последнюю сквозь призму проблемы здоровьесбережения, логично будет предположить, что профессионально успешным в спорте высших достижений может считаться только тот спортсмен, который добился наивысших спортивных результатов, сохранив при этом психологическое здоровье и сумевший максимально органично интегрировать профессиональные ценности в личное пространство.

Все это послужило основанием для создания варианта психологической модели профессиональной успешности в спорте высших достижений с точки зрения здоровьесберегающего подхода (рис. 1). В рамках предложенной нами модели стабильно высокие показатели психологического здоровья рассматриваются как специфический индикатор эффективной профессионализации спортсмена, в то время как готовность и способность к здоровьесбережению – как индивидуально-психологическое свойство личности человека, отвечающее

требованиям профессии и являющееся условием успешного выполнения соответствующей деятельности (другими словами, профессионально важное качество).



Рис. 1. Психологическая модель профессиональной успешности в спорте высших достижений с позиций здоровьесберегающего подхода

Необходимость выделения в отдельный блок специальных системных психологических характеристик, которые обеспечивали бы оптимальное сочетание стабильно высоких показателей спортивной результативности и уровня психологического здоровья и психической адаптации, продиктована тем, что наличия одних только профессионально важных качеств (ПВК) в их традиционном понимании (как правило, это психологические характеристики – психические процессы, формально-динамические свойства, личностные качества и т.д.), влияющих в первую очередь на эффективность осуществления труда, совершенствование которых приводит к мастерству в профессии даже при условии их максимальной выраженности, очевидно недостаточно для обеспечения процесса сохранения психологического здоровья. Иначе у самых титулованных атлетов, мастеров спорта, мастеров спорта международного класса и заслуженных мастеров спорта признаки дисфункциональных расстройств и состояний диагностировались бы за редким исключением.

Тем не менее существующая на практике объективно иная реальность требует от системы психологического обеспечения спортивной деятельности поиска новых подходов к психологическому сопровождению спортсменов, сочетающих в себе, с одной стороны, уже ставшую традиционной нацеленность на достижение максимальных спортивных результатов, с другой – ориентацию на укрепление психологического здоровья.

На наш взгляд, изучение таких системных психологических характеристик, которые обеспечивали бы оптимальное сочетание высокой результативности и уровня психологического здоровья, возможно с позиций системной антропологической психологии (О.М. Краснорядцева, В.Е. Ключко, Э.В. Галажинский, О.В. Лукьянов, 2009) и принципов и положений концептуальных оснований теории жизненного самоосуществления человека (И.О. Логинова, 2012), определяющих возможности изучения универсальных системных психологических характеристик («эмерджентных свойств» человека).

Учитывая особенности профессионализации высококвалифицированных спортсменов, можно предположить, что именно диспропорциональность процесса интеграции профессионального и личностного самоопределения в большей степени может привести к тому, что спортсмен будет демонстрировать тождественность жизни не целостно, а фрагментарно, при этом устойчивость жизненного мира такого человека будет недостаточно выражена или вовсе отсутствовать [4], что, вероятно, может сыграть не последнюю роль в запуске механизмов психической дезадаптации у спортсменов. Ведь именно устойчивость жизненного мира человека как психологический феномен является фундаментом для реализации потребности человека к оптимизации собственного потенциала, результатом чего становятся гармоничное развитие во всех сферах жизненного самоосуществления человека, непрерывный личностный рост, актуализация в творчестве и профессии, сохранное здоровье. Целесообразность изучения феномена устойчивости жизненного мира человека у высококвалифицированных спортсменов с их экстремальными нагрузками, частыми травмами, неудачами на соревнованиях высокого уровня, вынужденными разлуками с родными и близкими (депривация) и другими стресс-факторами также продиктована уже имеющимися на сегодняшний день данными, подтверждающими снижение степени устойчивости жизненного мира у людей, попадающих в кризисные ситуации [5].

**Дальнейшие перспективы исследования.** Изучение особенностей устойчивости жизненного мира спортсменов национальных сборных команд России со стабильно высокими спортивными результатами и вы-

соким уровнем психической адаптации имеет высокую практическую значимость. Исследования в данном направлении легли в основу разработки программы комплексного психологического сопровождения спортсменов национальных сборных команд России на базе Центра современных психологических технологий ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России, целью которой является создание условий для достижения спортсменами максимального спортивного результата на фоне сохранения психологического здоровья.

Основанная на результатах эмпирического исследования динамических характеристик устойчивости жизненного мира человека и факторной модели устойчивости жизненного мира уже ставших профессионально успешными (как факт) спортсменов, разработанная программа предполагает создание условий для повышения устойчивости жизненного мира посредством динамического воздействия на ее прогностически важные структурно-функциональные компоненты, что является здоровьесберегающей психотехнологией повышения спортивной результативности высококвалифицированных спортсменов, обеспечивая тем самым эффективную профессионализацию последних.

### *Литература*

1. Багадирова С.К. Материалы к курсу «Спортивная психология» : учеб. пособие. Майкоп : Магарин О.Г., 2014. 243 с.
2. Боронова Г.Х., Прусова Н.В. Психология труда с основами физиологии : курс лекций. М. : ЭКСМО, 2009. 160 с.
3. Вяткин Б.А. Использование спектрального анализа голоса как индикатора уровня психического стресса во время спортивных соревнований // Спортивный психолог. 2012. № 2. С. 49–52.
4. Логинова И.О. Исследование устойчивости жизненного мира человека: методика и психометрические характеристики // Психологическая наука и образование. 2012. № 3. С. 18–28.
5. Логинова И.О. Особенности устойчивости жизненного мира человека в кризисных условиях жизнедеятельности // Вестник МГОУ. Сер. Психологические науки. 2011. № 2. С. 21–26.
6. Маркова А.К. Психология профессионализма. М. : Знание, 1996. 312 с.
7. Мельникова О.Н., Лупекина Е.А. Психология личности и спортивной карьеры : тексты лекций по дисциплине специализации для студентов специальности 1-23 01 04 «Психология» специализации 1-23 01 04 13 «Спортивная психология». Гомель, 2010. 126 с.
8. Серова Л.К. Психология личности спортсмена : учеб. пособие. М. : Сов. спорт, 2007. 116 с.
9. Стамбулова Н.Б. Психология спортивной карьеры : учеб. пособие. СПб. : Центр карьеры, 1999. 368 с.
10. Sevostyanova M.S. Studying of professional success of Russian national teams' athletes belonging to different groups of mental health and psychological adaptation // Proceedings of the III International Scientific and Practical Conference «Psychological Health of the Person: Life Resource and Life Potential». Krasnoyarsk, 2017. P. 185–194.

### **HEALTH-SAVING AS AN INDICATOR OF EFFECTIVE PROFESSIONALIZATION OF ATHLETES IN THE NATIONAL TEAMS OF RUSSIA**

**Loginova I.O.**, doctor of psychology, professor, head of the department of clinical psychology and psychotherapy with a postgraduate course of the professor V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: loginova70\_70@mail.ru

**Sevost'yanova M.S.**, clinical psychologist, director of the center of modern psychological technologies of the Siberian Federal scientific clinical center of the Federal Medical and Biological Agency, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: SevostyanovaMS@yandex.ru

**Abstract.** The paper presents the results of a generalized theoretical analysis of the specifics of sports career as a type of work activity. Specific criteria of the effectiveness of professionalization in higher achievements sports are highlighted. The paper provides a methodological basis of the psychological model of professional success in higher achievements sports in terms of a health-saving approach. According to the model presented, the achievement of professional success in elite sport and the status of a "professional", as a logical result of the effective process of professionalization, are possible only if there are all necessary structural elements of the model and they function optimally in close interrelation with each other. Stably high indicators of psychological health are considered as some specific criteria of the effectiveness of an athlete's professionalization, while readiness and ability to keep health as an individual psychological property of a person. The optimal combination of consistently high indicators of sporting performance and the level of psychological health depend on specific system psychological characteristics. Within the framework of this research, from the standpoint of systems anthropological psychology and the conceptual foundations of the theory of life self-fulfillment, one of such system psychological characteristics can be the «human life-world stability». In turn, the results of empirical studies of dynamic characteristics and the factor model of human life-world stability of professionally successful athletes of the national teams of Russia are considered as a fundamental basis for creating a program of support for athletes of national teams to provide the whole process of simultaneous achievement of the highest results and maintaining psychological health in athletes playing sports at the highest level.

**Key words:** professionalization; sport of higher achievements; professional success; health saving; psychological model; stability of the vital world; psychological support program.

## СУБЪЕКТИВНЫЙ ВОЗРАСТ КАК БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ИНДИКАТОР ТЕЧЕНИЯ СТАРЕНИЯ

А.И. Мелехин

Институт психологии Российской академии наук, Москва, Россия

E-mail: clinmelehin@yandex.ru

**Аннотация.** Показано, что, в отличие от хронологического возраста, оценка субъективного возраста носит функциональный характер и основывается, с одной стороны, на комбинировании биопсихосоматических констант, а с другой – на определении социо-экономического статуса и социальных ресурсов человека. Показано, что в пожилом и старческом возрасте наблюдается отрицание возраста с преобладанием смещения к молодости или положительной когнитивной иллюзии возраста. Оценка субъективного возраста моложе хронологического возраста следует рассматривать, с одной стороны, как форму оптимизации и компенсации ресурсов для благоприятного течения старения, с другой стороны, как форму первичного защитного механизма – отрицания, как нарциссическое стремление поддержания чувства собственного достоинства со склонностью переоценивать собственные возможности, которое часто приводит к истощению психических ресурсов в позднем возрасте. Изменения в физическом (степень полиморбидности, симптомы старческой астении) и эмоциональном (удовлетворенность качеством жизни, сна, симптомы депрессии, субъективного чувства одиночества) состояниях выступают предикторами, влияющими на изменения в субъективном возрасте в пожилом и старческом возрасте.

**Ключевые слова:** хронологический возраст, субъективный возраст, отрицание возраста, пожилой возраст, старческий возраст.

**Введение.** За последние несколько лет в гериатрии и геронтопсихологии показано, что изменения в субъективном возрасте являются индикатором траектории течения старения [3, 7], физического, эмоционального и когнитивного функционирования [1–7], состояния гомеостатических резервов (homeostatic reserves), а также индикатором наличия *системного воспаления* в организме, которое может приводить к повышенному риску хронизации заболеваний, развития аффективного спектра расстройств, частым госпитализациям и смерти [8, 9]. В связи с этим *целью данного исследования* является выявление характера влияния изменений в гериатрическом статусе на оценку субъективного возраста в пожилом и старческом возрасте. *Гипотеза исследования:* в отличие от хронологического возраста, субъективный возраст основывается на состоянии психосоматических и социальных ресурсов, что позволяет рассматривать его в качестве индикатора изменений в траектории течения старения человека.

### Программа исследования

**Участники исследования:** три подгруппы респондентов позднего возраста: 1) 55–60 лет – 120 человек (17 мужчин и 103 женщины,  $M \pm SD_{age} = 56,6 \pm 1,8$ ); 2) 61–74 лет – 120 человек (13 мужчин и 107 женщин,  $M \pm SD_{age} = 66,7 \pm 3,9$ ); 3) 75–90 лет – 50 человек (11 мужчин и 39 женщин,  $M \pm SD_{age} = 79,4 \pm 3,5$ ); все респонденты проходили амбулаторное комплексное гериатрическое обследование состояния здоровья у врача-гериатра в Консультативно-диагностическом центре № 2 (г. Москва).

**Методики исследования** были разделены на следующие диагностические блоки:

- *Комплексная гериатрическая оценка состояния здоровья:* опросник «Возраст не помеха»; гериатрическая шкала кумулятивности расстройств (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics, CIRS-G); краткий опросник качества жизни ВОЗ (WHOQOL-BREF); Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA); гериатрическая шкала оценки депрессии (Geriatric Depression Scale-30, GDS-30); Калифорнийская шкала оценки чувства одиночества (Revised UCLA Loneliness scale, R-UCLA-LS).

- *Оценка нарушений сна:* анкета оценки ночного сна А.М. Вейна; опросник качества сна Г. Медоуса.

- *Оценка субъективного возраста* осуществлялась с помощью шкалы оценки субъективного возраста Б. Барака (Cognitive age-decade scale, B. Varak). Вначале проводится оценка хронологического возраста. Респонденту задаются следующие вопросы: 1) Назовите дату Вашего рождения; 2) Сколько Вам полных лет? Для оценки субъективного возраста респондентам задавались следующие вопросы: 1) Вы чувствуете себя на сколько лет? (субъективный биологический возраст); 2) На сколько лет Вы выглядите? (эмоциональный возраст); 3) Ваше поведение соответствует какому возрасту? (социальный возраст); 4) Ваши интересы соответствуют какому возрасту? (интеллектуальный возраст). 
$$Субъективный\ возраст = \frac{БВ + ЭМ + СВ + ИВ}{4}$$

Путем сравнения полученного общего показателя субъективного возраста с хронологическим возрастом выявляется наличие тенденций к оценке: моложе, идентично или старше. Рекомендуется обращать внимание на расхождение между хронологическим возрастом и субъективным биологическим, эмоциональным возрастом. Эти два компонента возрастной идентичности тесно связаны с изменениями в физическом и психическом здоровье.

### Результаты исследования

*Гериатрический статус.* У респондентов наблюдалась легкая степень индекса полиморбидности, 2–4 хронических медикаментозно стабилизируемых хронических заболеваний. В группах 61–74 и 75–90 лет по

сравнению с группой 55–60 лет наблюдается тенденция к снижению удовлетворенности качеством жизни (табл. 1).

Таблица 1

Результаты комплексной гериатрической оценки состояния здоровья респондентов трех возрастных групп

Компоненты КГО	55–60 лет		61–74 лет		75–90 лет		р-значения
	n=120		n=120		n=50		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Индекс старческой астении («Возраст не по-меха») [7]	1,58	1,22	2,63	1,2	3,1	1,17	AB*, AC*
Индекс полиморбидности (CIRS-G) [56]	6,08	1,8	8,02	1,5	10,02	2,2	AB**, AC**, BC**
Индекс КЖ (WHOQOL-BREF) [400]	216,8	46,7	180,7	49,4	151,7	38,7	AB**, AC**, BC**
Индекс когнитивного статуса (MoCA) [30]	29,1	0,72	27,9	0,97	26,9	0,8	AB**, AC**, BC*
Индекс симптомов депрессии (GDS-30) [30]	9,8	3,3	13,1	3,4	15,9	3,8	AB**, AC**, BC**
Оценка нарушения сна (по А.М. Вейну) [30]	21,3	3,84	19,1	3,52	17,3	4,1	AB*, AC**, BC**
Субъективная оценка качества сна (по Г. Мэдоусу) [45]	8,09	6,93	10,6	8,3	12,4	6,67	AB*, AC**, BC**
Индекс субъективного чувства одиночества (R-UCLA-LS) [60]	39,3	5,42	43,3	5,4	47,8	6,08	AB**, AC**, BC**

Примечание. М – среднее значение, SD – стандартное отклонение. В квадратных скобках указан максимальный балл по методике. \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$  при попарном сравнении групп А, В, С с помощью U-критерия Манна–Уитни. КГО – комплексная гериатрическая оценка.

Наблюдалось отсутствие симптомов когнитивного дефицита. По сравнению с пожилым возрастом (55–60 и 61–74 лет) в группе старческого возраста (75–90 лет) наблюдается большая выраженность изменений в качестве сна, симптомов субдепрессии и большая глубина переживаний чувства одиночества и изоляции. Детальный анализ симптомов депрессии (по GDS-30) позволил выделить следующие ведущие симптомы: субъективные жалобы на когнитивные изменения и расстройства сна; тревожный аффект с преобладанием обеспокоенности состоянием своего здоровья, страха зависимости от других, неадекватности, одиночества, отсутствия надежды на будущее; аффект тоски с чувством внутренней опустошенности, ощущением субъективной беспомощности, безнадежности своего положения, присутствием слезливости. Таким образом, проведенная комплексная гериатрическая оценка показала, что у респондентов пожилого и старческого возраста наблюдается *преастения*, что говорит о наличии некоторых уязвимостей в соматическом и психологическом здоровье без истощения физиологических резервов организма.

*Динамика оценки субъективного возраста.* У респондентов пожилого и старческого возраста преобладало расхождение между хронологическим и субъективным возрастом (рис. 1), что является реакцией отрицания признания старости и собственного старения, что согласуется с данными Д. Рабина [7].

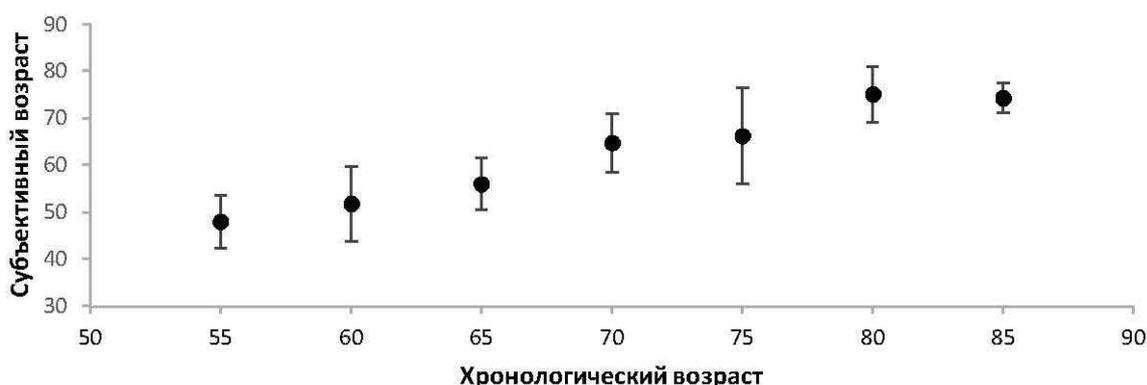


Рис. 1. Расхождение между субъективным и хронологическим возрастом (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) у респондентов трех возрастных групп. Планка погрешностей стандартных отклонений

Из табл. 2 видно, что респонденты 55–60 лет оценивали свой субъективный возраст на 7,5 лет, 61–74 лет – на 7,6 лет, а 75–90 лет – на 8,1 лет *моложе* своего хронологического возраста, что подтверждает данные исследований о преобладании в позднем возрасте «положительной когнитивной иллюзии возраста» [1, 2], «смещения к молодости», феномена «отрицания возраста» [5, 7], стратегии переписывания возраста [6] или омоложения субъективного возраста [3, 4]. Разница между хронологическим и субъективным возрастом у респондентов трех возрастных групп не превышала интервал 8–13 лет, что говорит о наличии *оптимальной ко-*

*гнитивной иллюзии возраста*, которая сопровождается принятием собственного старения и старости. Стремление к молодости можно рассматривать как психологический ресурс, который способствует оптимистическому взгляду на себя, свою собственную жизнь и будущее, что позволяет гибко справляться с вызовами, неудачами и потерями в жизни [5–7]. Признать себя *старым* является сильнейшим психологическим дистрессом. Одним из способов выхода из дилеммы позднего возраста: полноценно жить или жить в вакууме и пребывать в страхе; изолироваться или наслаждаться жизнью, – является когнитивная иллюзия оценки собственного возраста моложе. В этом случае стремление к молодости выступает защитной установкой или «психологической броней» от осознания времени и процесса старения. Согласно французским психоаналитикам, этот феномен можно рассматривать как нарциссическое стремление поддержания чувства собственного достоинства со склонностью переоценивать собственные возможности, без самостоятельного осознания старения, что часто приводит к истощению психических ресурсов [3, 4]. Таким образом, оценка субъективного возраста моложе хронологического – это форма первичного защитного механизма – *отрицания*, которое защищает от осознания процесса старения, так как пожилой человек ежедневно сталкивается с деструктивными проявлениями эйджизма в обществе, давлением культа красоты и стройности. Чтобы отвечать на этот вызов общества человек позднего возраста молодит себя.

Таблица 2

**Распределение средних значений субъективного возраста и его компонентов (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) разницы между ними и хронологическим возрастом в трех возрастных группах респондентов**

Возрастные группы	N	XP	CB	Внутренний возраст (модель «Age-of-me»)			
				БВ (выгляжу)	ЭВ (чувствую)	СВ (действую)	ИВ (интересы)
				M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
			p	P	p	p	p
55–60 лет	120	56,6±1,8	49,05±6,9	51,1±7,16	47,5±8,5	49,5±7,6	48,8±8,75
			<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
61–74 лет	120	66,7±3,9	58,4±6,39	59,5±7,28	56,6±9,7	58,7±7,87	57,4±8,43
			<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
75–90 лет	50	79,4±3,5	70,4±5,2	73,07±7,11	72,9±10,3	70,3±8,42	68,8±9,5
			<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

*Примечание.* M – среднее значение, SD – стандартное отклонение. N – кол-во респондентов, p – значимость различий между хронологическим и субъективным возрастом и его компонентами, определенная с помощью U-критерия Манна–Уитни.

Из табл. 2 видно, что наблюдается минимальная разница между *хронологическим* и *субъективным биологическим возрастом*, в отличие от эмоционального возраста. У респондентов 55–60 лет (хронологический возраст – 56,6 лет) эта разница равна **5 годам**, у 61–74 лет (хронологический возраст 66,7 лет) – **7 годам** и у 75–90 лет (хронологический возраст 79,4 лет) – **6 годам**, что подтверждает данные о том, что привлекательность внешнего вида, изображения тела, которое отражается в зеркале, является фактором *возрастной идентификации* и *индикатором биологического старения*. У большинства респондентов трех возрастных групп преобладает *положительная когнитивная иллюзия возраста*, меньше всего наблюдается *идентичная* хронологическому возрасту оценка субъективного возраста (рис. 2).

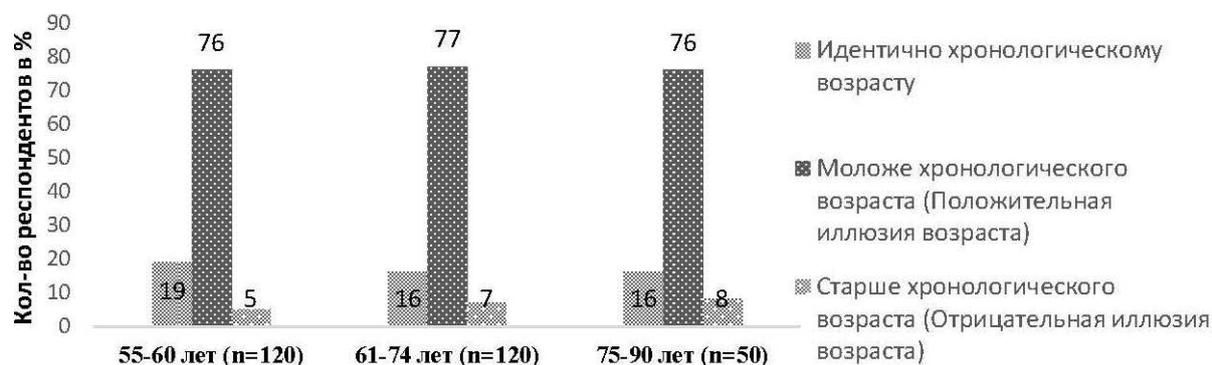


Рис. 2. Индивидуальные варианты оценки субъективного возраста (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака) у респондентов трех возрастных групп

Единично наблюдается *отрицательная когнитивная иллюзия возраста*, когда респонденты оценивают свой субъективный возраст старше хронологического возраста. Некоторые респонденты 55–60 лет оценивают себя *старше на 15 лет*, 61–74 и 75–90 лет – старше на **5–6 лет** своего хронологического возраста.

*Социальные ресурсы и субъективный возраст.* Наблюдаются различия в оценке субъективного возраста, а также *биологического (внешность) и социального (действия и поведение)* возраста у мужчин и женщин в группах респондентов 61–74 и 75–90 лет. У женщин наблюдается тенденция к оценке своего субъективного возраста, внешности и поведения *ближе и идентично* хронологическому возрасту, в отличие от мужчин, у которых наблюдается оценка *моложе* текущего возраста. Показано, что *наличие рабочей занятости* сопряжено с оценкой субъективного возраста ( $F = 23,1$  df 1,19,  $p < 0,01$ ). Те респонденты, которые вовлечены в профессиональную деятельность, оценивают себя *моложе* своего хронологического возраста, в противоположность тем, которые не работают. У тех респондентов, кто находится на пенсии, преобладает оценка субъективного возраста, идентичная хронологическому возрасту и встречается оценка *старше* его. *Наличие семьи* связано с динамикой оценки субъективного возраста ( $F = 27,4$  df 3,11,  $p < 0,01$ ). Респонденты, которые находятся в браке и в разводе, чаще оценивают свой субъективный возраст *моложе*, в отличие от вдов и вдовцов, у которых наблюдается оценка ближе к хронологическому возрасту. *Уровень образования* сопряжен с оценкой субъективного возраста ( $F = 23,7$  df 2,13,  $p < 0,01$ ). Показано, что существуют значительные различия ( $p < 0,05$ ) в динамике оценки субъективного возраста у респондентов с различным уровнем образования.

*Гериатрический статус и субъективный возраст.* Наблюдаются различия в степени выраженности полиморбидности (по CIRS-G) у респондентов 61–74 лет, оценивающих свой субъективный возраст *идентично* и *моложе* хронологического возраста. Также эти различия наблюдаются у респондентов 61–74 и 75–90 лет, которые *занижают* и *завышают* свой субъективный возраст (табл. 3).

Таблица 3

**Показатели гериатрического статуса здоровья в зависимости от индивидуальных вариантов оценки субъективного возраста (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) у респондентов трех возрастных групп**

Группы	Подгруппы	N	«Возраст не поменя»	p	CIRS-G	p	MoCA	p	GDS-30	p	R-UCLA-LS	p
55-60 лет (n=120)	=/ <	23/91	2,6/0,71	<b>&lt;0,01</b>	6/6,04	>0,10	29,1/29,2	>0,10	9,6/8,1	<b>&lt;0,05</b>	39,1/36,1	<b>&lt;0,01</b>
	=/ >	23/6	2,6/3,1	>0,10	6/6,8	>0,10	29,1/29,2	>0,10	9,6/11,4	<b>&lt;0,05</b>	39,1/41,4	<b>&lt;0,05</b>
	>/ <	6/91	3,1/0,71	<b>&lt;0,01</b>	6,8/6,04	>0,10	29,2/29,2	>0,10	11,4/8,1	<b>&lt;0,01</b>	41,4/36,1	<b>&lt;0,01</b>
61-74 лет (n=120)	=/ <	19/91	2,7/1,2	<b>&lt;0,05</b>	8,4/7,2	<b>&lt;0,05</b>	28,1/28,05	>0,10	15,6/12,1	<b>&lt;0,05</b>	45,1/40,1	<b>&lt;0,01</b>
	=/ >	19/9	2,7/3,4	<b>&lt;0,05</b>	8,4/9,3	>0,10	28,1/27	<b>&lt;0,05</b>	15,6/17,2	<b>&lt;0,05</b>	45,1/49,4	<b>&lt;0,01</b>
	>/ <	9/91	3,4/1,2	<b>&lt;0,05</b>	9,3/7,2	<b>&lt;0,01</b>	27/28,05	<b>&lt;0,05</b>	17,2/12,1	<b>&lt;0,01</b>	49,4/40,1	<b>&lt;0,01</b>
75-90 лет (n=50)	=/ <	8/38	2,9/1,7	<b>&lt;0,05</b>	10,6/10,1	>0,10	27,2/27,1	>0,10	13,2/10,1	<b>&lt;0,01</b>	46,3/41	<b>&lt;0,01</b>
	=/ >	8/4	2,9/4,2	<b>&lt;0,05</b>	10,6/11,1	>0,10	27,2/26,8	>0,10	13,2/17,3	<b>&lt;0,01</b>	46,3/49,3	<b>&lt;0,01</b>
	>/ <	4/38	4,2/1,7	<b>&lt;0,01</b>	11,1/10,1	<b>&lt;0,05</b>	26,8/27,1	>0,10	17,3/10,1	<b>&lt;0,01</b>	49,3/41	<b>&lt;0,01</b>

*Примечание.* = – идентично хронологическому возрасту; < – моложе хронологического возраста; > – старше хронологического возраста, полужирным шрифтом выделены уровни значимости по U-критерию Манна–Уитни.

Отметим, что даже при наличии у респондентов незначительной степени выраженности индекса полиморбидности, 2–4 хронических медикаментозно стабилизируемых хронических заболеваний, в большинстве случаев они оценивают свой субъективный возраст *моложе* хронологического возраста, что подтверждает данные о наличии *парадокса оценки состояния здоровья* в позднем возрасте. У тех респондентов 61–74 лет, которые оценивают свой субъективный возраст *идентично* и *завышая* его, а также *моложе* и *старше* хронологического возраста, наблюдаются различия в когнитивном функционировании. Наблюдаются различия в психологическом благополучии, т.е. выраженности симптомов депрессии и субъективного чувства одиночества между подгруппами респондентов *идентично* оценивающих, *завышающих* и *занижающих* свой субъективный возраст, что согласуется с исследованиями [3, 7, 8]. У респондентов 55–60 лет наблюдаются различия в субъективной оценке качества жизни при оценке субъективного возраста *старше* и *моложе* ( $p < 0,01$ ), а у респондентов 75–90 лет – *идентично* и *старше* хронологического возраста ( $p < 0,05$ ), что показано на рис. 3.

У респондентов 61–74 лет наблюдаются различия в оценке состояния здоровья при оценке своего субъективного возраста *моложе* и *старше* хронологического возраста. В старческом возрасте (75–90 лет) наблюдаются различия в оценке состояния собственного здоровья при различных вариантах оценки субъективного возраста. При сравнении общего индекса *качества жизни и определяющих его компонентов* в подгруппах респондентов с различными вариантами оценки субъективного возраста (*моложе*, *идентично*, *старше*) было обнаружено, что наблюдаются различия в динамике субъективной оценки качества жизни (табл. 4).

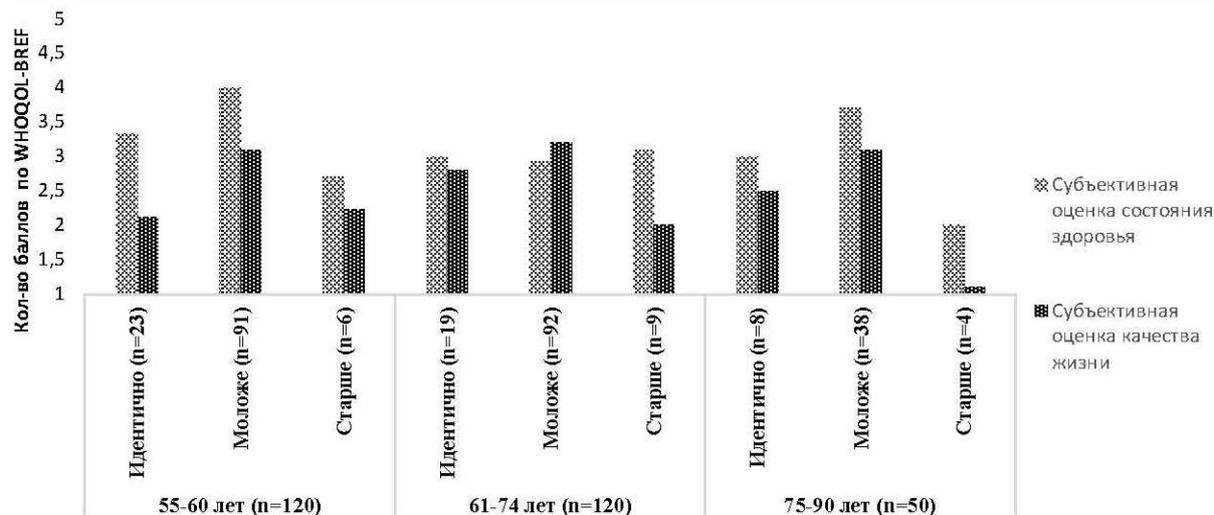


Рис. 3. Субъективная оценка качества жизни и состояния здоровья (по WHOQOL-BREF) в зависимости индивидуальных оценок субъективного возраста (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) у респондентов трех возрастных групп

Таблица 4

Удовлетворенность качеством жизни (по WHOQOL-BREF) в зависимости индивидуальных оценок субъективного возраста (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) у респондентов трех возрастных групп

Группы	Подгруппы	N	Общий показатель КЖ		Физическое здоровье		Психологическое здоровье		Социальные отношения		Окружающая среда	
			р	р	р	р	р	р				
55-60 лет (n=120)	=<	23/91	159,2/219,1	<b>0,00</b>	51,2/54,1	<b>0,05</b>	61,4/55,2	<b>0,01</b>	54,7/56,2	<b>0,05</b>	45,7/51,3	<b>0,01</b>
	=>	23/6	159,2/190	<b>0,00</b>	51,2/46,2	<b>0,01</b>	61,4/49,7	<b>0,00</b>	54,7/39,1	<b>0,01</b>	45,7/41,5	<b>0,05</b>
	><	6/91	190/219,1	<b>0,00</b>	54,1/46,2	<b>0,01</b>	49,7/55,2	<b>0,01</b>	39,1/56,2	<b>0,00</b>	41,5/51,3	<b>0,01</b>
61-74 лет (n=120)	=<	19/91	159,2/185,7	<b>0,00</b>	47,8/51,9	<b>0,01</b>	40,2/50,3	<b>0,01</b>	31,2/42,7	<b>0,01</b>	40/44,5	<b>0,05</b>
	=>	19/9	159,2/110,6	<b>0,00</b>	47,8/38	<b>0,01</b>	40,2/29	<b>0,00</b>	31,2/16,6	<b>0,00</b>	40/27	<b>0,00</b>
	><	9/91	110,6/185,7	<b>0,00</b>	38/51,9	<b>0,01</b>	29/50,3	<b>0,00</b>	16,6/42,7	<b>0,00</b>	27/44,5	<b>0,00</b>
75-90 лет (n=50)	=<	8/38	128,2/153,7	<b>0,00</b>	37,7/39	<b>0,05</b>	33/43	<b>0,01</b>	28/34,08	<b>0,01</b>	29,5/37,5	<b>0,01</b>
	=>	8/4	128,2/120,1	<b>0,01</b>	37,7/32,1	<b>0,01</b>	33/27	<b>0,01</b>	28/25,1	<b>0,01</b>	29,5/26,1	<b>0,05</b>
	><	4/38	120,1/153,7	<b>0,00</b>	32,1/39	<b>0,01</b>	27/43	<b>0,00</b>	25,1/34,08	<b>0,01</b>	26,1/37,5	<b>0,01</b>

Примечание. = – идентично хронологическому возрасту; < – моложе хронологического возраста; > – старше хронологического возраста; КЖ – качество жизни; полужирным шрифтом выделены уровни значимости по U-критерию Манна-Уитни.

Нарушения сна и субъективный возраст. Показано, что удовлетворенность качеством сна различается в зависимости от субъективной оценки собственного возраста у респондентов трех возрастных групп (табл. 5).

Таблица 5

Показатели состояния качества сна в зависимости от индивидуальных вариантов оценки субъективного возраста (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) у респондентов трех возрастных групп

Группы	Подгруппы	N	Анкета оценки ночного сна А.М. Вейна	р	Опросник качества сна Г. Мэдоуса	р
55-60 лет	=<	23/91	20,5/25	<b>&lt;0,01</b>	13,2/4,58	<b>&lt;0,01</b>
	=>	23/6	19,5/15,2	<b>&lt;0,01</b>	13,2/19,09	<b>&lt;0,01</b>
	><	6/91	15,2/25	<b>&lt;0,01</b>	19,09/4,48	<b>&lt;0,01</b>
61-74 лет	=<	19/91	19,1/23,5	<b>&lt;0,05</b>	16,3/7	<b>&lt;0,01</b>
	=>	19/9	19,1/14,8	<b>&lt;0,01</b>	16,3/21,5	<b>&lt;0,01</b>
	><	9/91	14,8/23,5	<b>&lt;0,01</b>	21,5/7	<b>&lt;0,01</b>
75-90 лет	=<	8/38	18,5/20,1	<b>&lt;0,05</b>	17,9/8,2	<b>&lt;0,01</b>
	=>	8/4	18,5/10,4	<b>&lt;0,01</b>	17,9/23,6	<b>&lt;0,01</b>
	><	4/38	10,4/20,1	<b>&lt;0,01</b>	23,6/8,2	<b>&lt;0,01</b>

Примечание. = – идентично хронологическому возрасту; < – моложе хронологического возраста; > – старше хронологического возраста, полужирным шрифтом выделены уровни значимости по U-критерию Манна-Уитни.

Показано, что оценка субъективного возраста идентично и старше хронологического возраста связана с меньшей удовлетворенностью качеством жизни, наличием пре- и интрасомнических нарушений в позднем возрасте, что согласуется с данными У. Стефана [8]. Это связано с *эмоциональным статусом* таких респондентов, т.е. наличием симптомов депрессии и субъективного чувства одиночества, а также наличием изменений в *полиморбидном статусе*, которые сопровождаются дискомфортными или болевыми ощущениями, изменениями дыхания во сне (апноэ). Кроме того, прием большого количества лекарств, принимаемых одновременно этими респондентами, также оказывает влияние на качество сна. Например, симпатомиметики,  $\beta$ -адреноблокаторы, блокаторы Са-каналов, гормоны, гиполипидимические средства и др.

*Факторы, влияющие на субъективный возраст.* Показано, что физическое благополучие (симптомы старческой астении), симптомы депрессии, субъективного чувства одиночества и удовлетворенность качеством жизни выступают предикторами, влияющими на изменения в субъективном возрасте у респондентов трех возрастных групп (табл. 6).

Т а б л и ц а 6

**Результаты регрессионного анализа (методом пошагового включения) связи компонентов комплексной гериатрической оценки состояния здоровья и субъективного возраста (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака) у респондентов трех возрастных групп**

Зависимая переменная	Факторы (предикторы)	Значения бета-коэффициентов		
		55–60 лет	61–74 лет	75–90 лет
Субъективный возраст (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака)	<b>N</b>	<b>120</b>	<b>120</b>	<b>50</b>
	<b>R<sup>2</sup></b>	0,489	0,525	0,531
	<b>Значимость модели (p)</b>	0,001	0,001	0,001
	<b>Константа</b>	13,761**	14,519**	14,945**
	Симптомы депрессии (GDS-30)	-0,328**	-0,355**	-0,373**
	Субъективное чувство одиночества (R-UCLA-LS)	-0,273*	-0,314*	-0,277**
	Качество сна (по анкете А.М.Вейна)	0,317**	0,332**	0,312**
	Удовлетворенность качеством жизни (WHOQOL-BREF)	-0,311**	-0,381**	-0,316**
	Индекс полиморбидности (CIRS-G)	–	-0,146*	-0,176*
	Индекс старческой астении (Возраст не помеха)	0,214*	0,265*	0,214*

Примечание. \*p<0,05, \*\*p<0,01.

У респондентов 61–74 и 75–90 лет изменения в полиморбидном статусе выступают предиктором, влияющим на изменения в возрастной идентичности. Таким образом, проведенное исследование показало, что изменения в субъективном возрасте являются индикаторами состояния социальных ресурсов и гериатрического статуса в пожилом и старческом возрасте.

*Литература*

1. Мелехин А.И., Сергиенко Е.А. Предикторы субъективного возраста в пожилом и старческом возрасте // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8, № 3. С. 185–201. DOI: 10.17759/expps.2015080316.
2. Мелехин А.И., Сергиенко Е.А. Субъективный возраст как предиктор жизнедеятельности в поздних возрастах // Современная зарубежная психология. 2015. Т. 4, № 3. С. 6–14. DOI: 10.17759/jmfp.2015040301.
3. Guiot D. Antecedents of subjective age biases among senior women // Psychology & Marketing. 2001. Vol. 18, № 10. P. 2–25. DOI: 10.1002/mar.1043.
4. Heslon C. Anniversaires et psychologie des âges de la vie // Le Journal des psychologies. 2008. Vol. 261, № 8. P. 45–49. DOI: 10.3917/jdp.261.0045.
5. Mirucka B. et al. Positive orientation, self-esteem, and satisfaction with life in the context of subjective age in older adults // Personality and Individual Differences. 2016. Vol. 99. P. 206–210. DOI: 10.1016/j.paid.2016.05.010
6. Morelock J. et al. Rewriting age to overcome misaligned age and gender norms in later life // Journal of Aging Studies. 2017. Vol. 40. P. 16–22. DOI: 10.1016/j.jaging.2016.12.003.
7. Rubin D.C., Berntsen D. People over forty feel 20% younger than their age: subjective age across the lifespan // Psychon Bull Rev. 2006. Vol. 13, № 5. P. 776–780.
8. Stephan Y., Sutin A.R. Subjective age and sleep in middle-aged and older adults // Psychol Health. 2017. Vol. 8. P. 1–12. DOI: 10.1080/08870446.2017.1324971.
9. Stephan Y., Sutin A.R. Younger subjective age is associated with lower C-reactive protein among older adults // Brain Behav Immun. 2015. Vol. 43. P. 33–36. DOI: 10.1016/j.bbi.2014.07.019.

**SUBJECTIVE AGE AS A BIOPSYCHOSOCIAL INDICATOR OF AGING**

**Melehin A.I.**, clinical psychologist of the highest qualification category, PhD student Russian Gerontological Scientific Clinical Center; Institute of Psychology at Russian Academy of Sciences, Laboratory of Psychology of Development of the Subject in Normal and Post-traumatic States, Moscow, Russia. E-mail: clinmelehin@yandex.ru

**Abstract.** This article shows that in contrast to chronological age subjective age is *functional* and is based on the combination of biopsychosocial constants on the one hand, and on the other hand, it is based on socio-economic status and social resources of the

person. It is shown that in elderly and old age there is a denial of the age with the prevalence of bias to youth or positive cognitive illusion of age. Estimation of subjective age which is younger than chronological age should be considered as a form of optimization and compensation resources for a favorable course of aging, and as a form of primary defense mechanism which is *denial*, a narcissistic desire to maintain self-esteem with a tendency to overestimate own abilities, which often leads to depletion of mental resources at old age. Changes in the physical (the degree of multimorbidity, the symptoms of senile asthenia) and emotional (satisfaction with quality of life, sleep, depression symptoms, subjective feelings of loneliness) qualities of life are the predictors which influence changes in subjective age of old age.

**Keywords:** chronological age; subjective age; denial of age; elderly age.

УДК 159.99

## РИСКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ

Э.И. Мещерякова<sup>1</sup>, А.В. Ларионова<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия

<sup>2</sup> Томский государственный университет систем управления и радиоэлектроники, Томск, Россия

**Аннотация.** Рассматривается проблема исследования рисков психологической безопасности и угроз психологическому здоровью. Показана взаимосвязь между спецификой деятельности в экстремальных условиях и факторами рисков безопасности.

**Ключевые слова:** психологическая безопасность; риски; здоровье; экстремальные профессии.

Разрабатывая концепцию психологической безопасности, Ю.П. Зинченко (2011) отмечает необходимость выделения психологии безопасности в специальную дисциплину. Актуальность этого он видит в необходимости поиска и разработки специфических методов психологического изучения поведения человека в ситуациях, представляющих опасность для личности, общества, государства, диагностики последствий этих ситуаций, разработки моделей и методов обеспечения и повышения безопасности, как профилактических, так и преодолевающих последствия таких ситуаций. Сложность, неоднозначность и противоречивость феномена психологической безопасности, широта сферы его применения и междисциплинарность делают его чрезвычайно трудным для концептуализации. Это обуславливает необходимость рассматривать проблему психологической безопасности через призму характеристик, закономерностей и принципов, которые приближают к сути феномена и поиску его места в тезаурусе наук о человеке [1]. При изучении таких многозначных и многоуровневых феноменов, как безопасность, их проявлений и следствий важнейшим методологическим принципом современных социально-психологических наук выступает системно-антропологический подход, который позволяет выявить многообразие типов связей и взаимосвязей и свести их в единую теоретическую картину.

Что касается специалистов экстремального профиля деятельности, то актуальность обращения к проблемам безопасности этого контингента определяется на теоретическом уровне динамическим развитием психологической науки и необходимостью интеграции достижений научного знания, исследований в сфере экстремальной психологии и психологии служебной деятельности. Психологическая безопасность отражает целостное, детерминированное процессами социального познания и социального взаимодействия отношение специалиста к предстоящей профессиональной деятельности в чрезвычайных ситуациях и является феноменом, производным от процессов восприятия себя с точки зрения безопасности. Модальность психологической безопасности представителей профессий экстремального профиля зависит как от общих факторов, например удовлетворения базовых потребностей человека, так и от частных, непосредственно связанных с экстремальной профессией. Более того, в зависимости от чувства психологической безопасности меняются и репрезентации внутреннего мира человека.

Понятие «экстремальность» было заимствовано психологией из медицинских исследований психогенных реакций человека на чрезвычайные ситуации, из физиологического учения Г. Селье о стрессе, или общем адаптационном синдроме, а также из исследований адаптации человека в особых условиях жизни – технических, экологических, военных и др. Но подобное понимание не поднимается до онтологии личности, а продолжает оставаться в кругу физиологических реакций, эмоциональных процессов, когнитивных и поведенческих нарушений. На сегодняшний день собственно психологический концептуальный аппарат для понимания феномена экстремальности находится в самом начале своей разработки, поэтому изучение особенностей деятельности экстремального типа профессий и их влияния на личность специалиста является актуальной областью психологического знания как для отечественной, так и для мировой науки.

Особенностью профессиональной деятельности в экстремальных типах профессий является возникновение различных проблемных ситуаций, которые характеризуются неопределенностью, наличием дефицита времени и информации, высоким уровнем сложности, ответственности и опасности, условно относящимися к рискам среды. Кроме того, необходимо учитывать психические, индивидуально-психологические, личностные особенности профессионала, которые влияют на восприятие и переживание вероятностных и реальных рисков

психологической безопасности. Таким образом, риски психологической безопасности в общем виде можно классифицировать по внешним критериям (условия среды жизнедеятельности, включая профессиональную сферу) и внутренним (особенности личности). Уровень допустимого риска для представителей экстремальных профессий выше, чем для других профессионалов, поэтому необходимо всестороннее изучение профессий данного типа с целью снижения рисков и повышения уровня психологической безопасности.

Для экстремальных профессий характерны эмоциональные нагрузки, напряженность трудового процесса, степень монотонности и режим работы, которые создают нагрузку на центральную нервную систему, органы чувств и эмоциональную сферу работника в процессе выполнения им трудовых обязанностей. Значение таких феноменов, как склонность и готовность к риску, способность к эффективным действиям в условиях риска, важно для решения задач оценки и формирования профессиональной пригодности у представителей «опасных» профессий и обеспечения безопасности труда. Степень риска для собственной жизни – критерий, мерой которого является вероятность наступления нежелательного события; ее с достаточной точностью можно выявить из статистических данных производственного травматизма на предприятии или в отрасли [4].

Таким образом, изучение трансформации психологической безопасности специалистов в условиях экстремальной профессиональной деятельности позволит определить систему критериев (источников) возникновения угроз (рисков) их психологическому и психическому здоровью, эффективные способы их диагностики и методы психопрофилактики.

Наиболее проблемными сторонами изучения профессиональной деятельности специалистов в экстремальных условиях являются следующие. Во-первых, необходимость комплексной характеристики накопленных данных по исследованию различных форм и видов нарушений психологического и психического здоровья, видов психической дезадаптации и оценки факторов, детерминирующих возникновение различных нарушений психического здоровья специалистов в экстремальных условиях служебной деятельности. Во-вторых, необходимость проведения серии исследований, раскрывающих взаимосвязи между спецификой служебной деятельности, с одной стороны, и признаками и факторами рисков ее безопасности, с другой стороны. Слабая научная проработанность вопросов комплексной оценки факторов, форм и признаков рисков нарушений психического здоровья и психологической безопасности специалистов экстремального профиля с учетом характера служебной деятельности, в свою очередь, обуславливает проблему недостаточно высокой эффективности профилактических и коррекционных мероприятий [3].

Необходимость классификации профессиональных рисков, специфических для каждого вида экстремальной профессии, определения особенностей их влияния на характеристики (согласно критериям) психического и психологического здоровья стала причиной проведения серии описанных ниже психодиагностических исследований.

Авторы статьи реализуют проект [2], направленный на изучение рисков психологической безопасности деятельности работников экстремальных профессий и их влияния на возникновение угрозы психологическому здоровью сотрудников. Были исследованы представители шести профессиональных групп экстремального профиля деятельности в количестве 656 человек (ФСИН, МВД, УФССП, МЧС, шахтеры). Концептуально исследовательский проект базируется на разработанных в психологической науке представлениях о соотношении личностных, социальных, профессиональных оснований в комплексе психологической безопасности человека, о жизнестойкости личности, которая позволяет сохранять эмоциональную стабильность в ситуациях угроз и рисков для здоровья и жизни, о рисках психологической безопасности работников экстремальных профессий, их стрессоустойчивости. Жизнеспособность личности связана с проблемой психологической безопасности и проявляется в ее способности сохранять устойчивость в среде с определенными параметрами, в том числе и с психотравмирующими воздействиями, в сопротивляемости деструктивным внутренним и внешним воздействиям. В научной литературе по этой проблеме фигурирует большое количество переменных, которые исследователи относят к факторам психологической безопасности, поэтому первостепенными задачами нашего исследования являлись определение содержания рисков психологической безопасности и установление их взаимосвязи с особенностями возникновения угрозы психологическому и психическому здоровью у представителей различных профессиональных групп экстремальных видов деятельности.

На данном этапе исследования наиболее полно изучены такие виды экстремальных профессий, как судебные приставы-исполнители, судебные приставы по ОУПДС, сотрудники ФСИН. Было выявлено, что для судебных приставов-исполнителей основным фактором возникновения рисков психологической безопасности и здоровья является использование неконструктивных стратегий в принятии решений при исполнении служебных обязанностей. К факторам нарушения психического и психологического здоровья были отнесены: несоответствие психических реакций в стрессовых ситуациях в процессе профессиональной деятельности, снижение ответственности за свои эмоциональные расстройства, низкая толерантность к фрустрации (низкий контроль эмоций и поведения, неспособность принять решение в ситуации альтернативы выбора, зависимость от настроений, повышенная тревожность, формирование невротических и депрессивных реакций на стресс). Для судебных приставов по ОУПДС факторами возникновения рисков являются использование неконструктивных стратегий преодоления конфликтов, проблемы совладания с трудными жизненными ситуациями и повышенная подверженность стрессам. Было установлено, что неконструктивные стратегии преодоления конфликтов взаимосвязаны с пассивно-зависимым поведением (ощущение собственной беспомощности в конфликтных ситуа-

циях, зависимость от обстоятельств). Обнаруженные тенденции негативно влияют на качество исполнения должностных обязанностей в экстремальных ситуациях, когда от сотрудника требуется принятие быстрого и самостоятельного решения [2]. Изучение специфики регуляторной сферы в профессиональной деятельности руководящего состава ФСИН позволило определить роль и значение саморегуляции в качестве важного личностного навыка в преодолении и предотвращении рисков психологической безопасности. Система осознанной саморегуляции позволяет мобилизовать личностные ресурсы, затрагивая коммуникативную, управленческую, организационную и мотивационную сферы, необходимые для эффективного функционирования и выполнения профессионально важных задач руководителя экстремального профиля деятельности. Полученные результаты различий и особенностей взаимосвязи саморегуляции и профессионально важных качеств руководящего состава ФСИН позволяют говорить о необходимости дополнительного психологического сопровождения и обучения навыкам саморегуляции представителей данной группы рискованных (экстремальных) профессий. Глубинное качественное изучение индивидуально-психологических характеристик руководителей позволяет выявить основные трудности и несформированные компетенции с целью последующего коррекционного и психотерапевтического воздействия [5, 6].

Полученные результаты дают возможность продолжения исследований в этом направлении. Представляется перспективной разработка структурно-функциональной модели психологического сопровождения сотрудников экстремальных профессий с учетом рисков психологической безопасности и угроз психологическому здоровью.

#### *Литература*

1. Зинченко Ю.П. Методологические основы психологии безопасности // Национальный психологический журнал. 2011. № 2 (6). С. 11–14.
2. Карелин Д.В., Мещерякова Э.И., Ларионова А.В., Трусов П.А. Особенности взаимосвязи социопрофессиональных и личностно-коммуникативных характеристик судебных приставов // Вестник Томского государственного университета. 2016. № 410. С. 172–178.
3. Ларионова А.В., Горчакова О.Ю., Мещерякова Э.И. Психология профессионализации представителей экстремальных видов деятельности: безопасность и здоровье // Социализация человека в современном мире в интересах устойчивого развития общества: междисциплинарный подход : международная научно-практическая конференция : сб. материалов. Калуга, 2017. С. 546–550.
4. Лопес Е.Г., Реньш М.А., Годонюк К.В. и др. Психология безопасности личности в профессиональной деятельности в профессиях группы риска / под ред. Е.Г. Лопес. Екатеринбург, 2012. 131 с.
5. Мещерякова Э.И., Ларионова А.В., Горчакова О.Ю., Гриднева А.А. Сравнительный анализ гендерных особенностей эмоционально-коммуникативной сферы руководящего состава службы исполнения наказаний // Вестник Томского государственного университета. 2016. № 403. С. 163–172.
6. Мещерякова Э.И., Горчакова О.Ю., Ларионова А.В., Козлова Н.В., Гриднева А.А. Особенности саморегуляции руководящего состава сотрудников пенитенциарной службы // Сибирский психологический журнал. 2017. № 64. С. 49–64.

#### **RISKS OF PSYCHOLOGICAL SAFETY AND HEALTH IN REPRESENTATIVES OF EXTREME PROFESSIONS**

**Meshcheryakova E.I.**, dr. of sci. (psychology), professor of the department of genetic and clinical psychology, Tomsk State University, Tomsk, Russia.

**Larionova A.V.**, Ph.D in psychology, associate professor of the department of genetic and clinical psychology, Tomsk State University; senior lecturer of the Department of philosophy and sociology Tomsk State University of Control Systems and Radioelectronics, Tomsk, Russia.

**Abstract.** The article addresses a current trend in foreign and domestic psychological science, namely professional risks under extreme working conditions. Issues of studying psychological safety risks and psychological health threats in persons of extreme professions are discussed. The need for a comprehensive study of various forms and types of violation of psychological health and psychological safety, as well as for assessment of factors determining the occurrence of various violations in specialists of extreme professions has been shown. The main results of a series of studies involving representatives of extreme professions (bailiffs and employees of the Federal penitentiary service) are presented. The studies revealed the relationships between operational specific features under extreme conditions and factors of safety risks. The results of empirical research showed the principal factors of psychological safety risks and health threats in bailiffs who are court ushers. The following factors were identified: mismatched mental reactions to stressful situations in the process of professional activity, low frustration tolerance, non-constructive strategy of coping with conflicts, etc. It was found out that these trends negatively affected the quality of performance of official duties in extreme situations. The results of the empirical research showed that managers of the penitentiary institutions displayed differences in their individual-psychological features and managerial competencies depending on their level of self-regulation.

**Keywords:** psychological safety; risk; health; extreme professions.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ УРОВНЕЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ, ОТБЫВШИХ УГОЛОВНОЕ НАКАЗАНИЕ И НАХОДЯЩИХСЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРАХ

**Е.П. Молчанова**

Томский государственный педагогический университет, Томск, Россия  
E-mail: Alena.Molchanov@yandex.ru

**Аннотация.** Рассматриваются особенности психологической коррекции уровней жизнестойкости химически зависимых лиц, отбывших уголовное наказание, находящихся в реабилитационных центрах, при выполнении профессиональных задач, направленных на помощь снятия зависимости. Отмечается необходимость формирования в ходе коррекции уровней жизнестойкости у членов реабилитационных центров умений и навыков, способствующих созданию отношений на индивидуальном и межличностном уровнях.

**Ключевые слова:** психологическая коррекция; жизнестойкость; РЦ (реабилитационные центры); химически зависимые; вовлеченность; принятие риска; контроль.

За последние годы появилось большое количество реабилитационных центров для химически зависимых лиц, созданных как на государственной, так и на благотворительной основе. Помогают близкие, друзья, знакомые, сочувствующие.

Руководителями центров, основным их ядром стали химически зависимые люди, прошедшие путь реабилитации, живущие трезвой жизнью и желающие помочь другим встать на этот путь. Программы деятельности в центрах основаны на общечеловеческих ценностях: любви к людям, стремлении к взаимопомощи, добру, самосовершенствованию. Лучшие центры доказали практическую значимость своей деятельности для людей, находящихся подчас в безвыходном положении [1, с. 9].

Накопившийся опыт работы в реабилитационных центрах Томской области «Ника» и «Ветер перемен» выявил некоторые проблемы, связанные с психологической жизнестойкостью химически зависимых лиц.

Сама жизнестойкость характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая при этом успешность деятельности. Жизнестойкость проявляется через систему убеждений о себе, о мире, через отношения человека с миром. Для химически зависимых людей уровень жизнестойкости определяется нарушением трезвого образа жизни, срывами и возвращением к употреблению химических веществ.

Каждый третий в центре неоднократно бывал в других подобных местах. Для некоторых химически зависимых нахождение в центре является временной передышкой перед дальнейшим продолжением прошлой жизни наркомана, алкоголика, что указывает на низкий уровень жизнестойкости.

Добровольность пребывания химически зависимых в реабилитационном центре в большей степени связана с желанием родственников, членов семьи и в меньшей степени – с личностным желанием самого клиента. Опрос клиентов показывает, что каждый второй химически зависимый в центре недоволен тем, что его желание не было учтено, отсюда трудная адаптация к условиям содержания в центрах, что вновь подтверждает снижение уровня жизнестойкости химически зависимых.

Доверие – один из важных факторов во взаимоотношениях между консультантом и клиентом, важная гарантия конфиденциальности отношений клиента и руководителя, что, несомненно, улучшит понимание процесса реабилитации химически зависимых [2, с. 81].

Знание личностных качеств химически зависимых лиц, особенностей их поведенческих мотивов помогает с помощью психологической коррекции снимать напряжение в коллективе центра, укреплять позитивные моменты отношений и убирать опасность конфликтной вспышки, реальнее определить степень реабилитации химически зависимых лиц, используя теорию жизнестойкости личности.

Понятие жизнестойкости, разработанное американским психологом Сальваторе Мадди и адаптированное в 2000 г. Д.А. Леонтьевым, включает три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска. Коррекция выраженности этих компонентов препятствует возникновению внутреннего напряжения в экстремальных ситуациях у химически зависимых, позволяет снижать влияние стрессов на их поведение, делать их менее значимыми.

Высокий уровень вовлеченности в происходящее дает человеку максимальный шанс получить удовольствие от собственной деятельности. Низкий уровень вовлеченности указывает на состояние отверженности, положение вне жизни.

Наличие контроля позволяет личности выбрать свою деятельность, сопротивляться в борьбе, достигать поставленной цели. Отсутствие внутреннего контроля порождает в человеке беспомощность, бездеятельность, отказ от движения и жизненного роста.

Установка на принятие риска – это убежденность человека в том, что любые события порождают опыт его жизни, готовность действовать на свой страх и риск для достижения цели, если нет гарантий успеха [4, с. 221].

Проведенные психологические исследования химически зависимых в двух центрах Томской области «Ветер перемен» и «Ника» (37 человек) – по методике жизнестойкости С. Мадди (в адаптации Д. Леонтьева) выявили следующие результаты.

Показатели вовлеченности, контроля и принятия риска у респондентов центра «Ветер перемен» средние (36,7, 29,1, 13,9%) и высокие (14, 19, 37%). Эти же показатели респондентов центра «Ника» средние (52, 57, 28%) и низкие (33, 23, 37%). Данные жизнестойкости респондентов указывают на преобладание среднего уровня (57%), высшего уровня (28%). Низкий уровень жизнестойкости отмечается у 14% респондентов.

Данные тестирования показали разный уровень жизнестойкости химически зависимых, как групповой, так и по категориям.

Показатели вовлеченности химически зависимых на среднем и низком уровнях (52, 33%). Для психолога наметился широкий створ работы по привлечению лиц средней вовлеченности к пониманию целей нахождения химически зависимых в реабилитационном центре, укреплению мотивации трезвого образа жизни.

Шкала контроля показала средний и низкий уровни контроля над своими желаниями и интересами химически зависимых (57, 23%), небольшой процент лиц с высоким уровнем контроля. В индивидуальной работе и на групповых занятиях у химически зависимых наметилась необходимость формировать высокий уровень контроля над своими эмоциями, анализировать мотивацию своих прошлых поступков, моделировать поведение трезвого образа жизни.

Данные шкалы принятия риска противоречивы: большой процент (43, 31%) высокого и низкого уровней, небольшой процент (18%) среднего уровня.

Это состояние группы осложняет работу с зависимым по снижению химической приверженности, так как сложно предсказать тип поведения в экстремальной ситуации.

В общей группе уровень жизнестойкости средний и высокий – 85%, что указывает на позитивные намерения снять химическую зависимость.

Полученные данные исследования подтверждают мысль К. Роджерса о условиях психотерапии со стороны клиента. Психокоррекция может иметь позитивные результаты, если:

- химически зависимые испытывают напряжение, противоречивые стремления, вступают в конфликт с окружающей средой;
- химически зависимые обладают определенной способностью справляться со своими жизненными трудностями и возможностью контролировать свою ситуацию;
- химически зависимый может выразить свои протесты, показать уровень эмоциональной выраженности;
- химически зависимый обладает достаточным интеллектом, средним или высоким, который помогает решать проблемы его жизненной ситуации;
- химически зависимый в определенной степени эмоционально и физически свободен от семейного контроля [5, с. 233].

Особенностями психологической терапии химически зависимых являются:

- чрезмерная психологическая неустойчивость, иногда органического происхождения, химически зависимых;
- неумение выразить свое напряжение вербальными средствами;
- отрицание психологической помощи в решении своих проблем.

Эти препоны не отрицают возможность психологической терапии, но требуют от психолога, социального педагога:

- неподдельного интереса к клиенту и принятия его как личности;
- предоставления химически зависимому возможности свободы выражения чувств;
- химически зависимый должен знать границы условий терапии (в поведении, выборе выражений и другие, которые должны быть сразу оговорены);
- терапия проводится без давления и принуждения [5, с. 237].

Следуя обозначенным нормам, психологическая коррекция уровней жизнедеятельности влияет на развитие потенциальных возможностей химически зависимых, позволяет выстраивать многополярный личностный профиль химически зависимых, указывает пути закрепления позитивной направленности выздоравливающего. Освобождение от химической зависимости – путь решения многих социальных проблем, главной из которых является соединение трех сущностей гармонии человека – физической, разумной и социально-духовной [3, с. 210].

Такое сочетание сущностей личности пытаются воплотить в своей деятельности реабилитационные центры, возвращая к жизни химически зависимых, с помощью психологической коррекции восстанавливая выраженность социального интереса, прокладывая таким образом, по мнению А. Адлера, путь к психическому здоровью человека [6, с. 178].

### *Литература*

1. Анонимные алкоголики. Рассказ о том, как многие тысячи мужчин и женщин вылечились от алкоголизма // ALCOHOLICS ANONYMOUS WORLD SERVICES, INC. Нью-Йорк, 1980. 184 с.
2. Акопов А.Ю. Свобода от независимости. Социальные болезни личности. СПб.: Речь, 2008. 224 с.

3. Гребенникова Е.В. Шелехов И.Л., Молчанова Е.П., Гимазов Р.Ф., Паршиков А.А. Сравнительный анализ психологических особенностей восприятия глобального кризиса социально благополучной и социально неблагополучной личности = Psychological features or perception of the global crisis by social safe person and social unsafe person // Наука и образование : V Всероссийский фестиваль науки : XIX Международная конференция студентов, аспирантов и молодых ученых (г. Томск, 20–24 апреля 2015 г.) : материалы конф. : в 5 т. Томск : Изд-во Том. гос. пед. ун-та, 2015. Т. III: Педагогика и психология, ч. 2: Психология. Реклама. Связи с общественностью. Наука и образование в полиэтнокультурной среде. С. 18.
4. Диденко А.В., Писарев О.М., Молчанова Е.П. Психологическое консультирование осужденных к лишению свободы различных категорий : учеб.-метод. пособие. Томск : Том. ин-т повышения квалификации работников ФСИН России, 2015.
5. Мадди С.Р. Теории личности: сравнительный анализ / пер. с англ. СПб. : Речь, 2002. 539 с.
6. Молчанова Е.П. Проблемы адаптации бывших осужденных в условиях реабилитационных центров химически зависимых лиц // Уголовно-исполнительная система: педагогика, психология, право : межрег. науч.-практ. конф., Томск 20–21 апреля 2017 г. / под общ. ред. В.А. Уткина. Томск : Офсет ЦЕНТР, 2017. Вып. 5. 267 с.
7. Роджерс К.Р. Клиент-центрированная терапия: техники консультирования и психотерапии: (тексты) : пер. с англ / ред. и сост. У.С. Сахакиан. М. : Апрель Пресс, Эксмо-Пресс, 2000. 624 с.

#### **PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF LEVELS OF VIABILITY OF CHEMICALLY DEPENDENT PERSONS WHO HAVE SERVED A CRIMINAL SENTENCE AND ARE IN REHABILITATION CENTERS**

**Molchanova E.P.**, candidate of psychological sciences, associate professor of the department of psychology of personality development of the psychological and pedagogical faculty, Tomsk State Pedagogical University, Tomsk, Russia. E-mail: Alena.Molchanov@yandex.ru

**Abstract.** The article examines the features of psychological correction of the levels of resilience of chemically dependent persons who have served a criminal sentence in rehabilitation centers when performing professional tasks aimed at helping to relieve dependence. There is a need to form skills and habits in the course of correction of the levels of resilience of members of rehabilitation centers that promote the creation of relations at the individual and interpersonal level.

**Keywords:** psychological correction; resilience; RC (rehabilitation centers); chemically dependent; involvement; risk acceptance; control.

УДК 159.9.07

### **ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБРАЗА ТЕЛА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ**

**И.С. Морозова, К.Н. Белогай**

Кемеровский государственный университет, Кемерово, Россия  
E-mail: belogi@mail.ru

*Исследование проводится при финансовой поддержке Отделения гуманитарных и общественных наук РФФИ, проект № 17-36-00016.*

**Аннотация.** Описаны содержательные компоненты образа тела: границы тела, принятие своего тела, полоролевая принадлежность, функциональные характеристики. Показано изменение образа тела под действием социальных стереотипов. Обосновано, что у страдающих анорексией происходит сдвиг мотива на цель, в результате чего похудание становится самоцелью, а не средством достижения каких-либо других целей. В статье анализируются результаты исследования содержательных характеристик образа тела девочек-подростков.

**Ключевые слова:** образ тела; девочки-подростки, занимающиеся спортом; анорексия.

Образ тела сегодня является объектом исследования в рамках психологии, медицины, философии, культурологии. В контексте психологии методологическую основу исследований во многих случаях составляет культурно-историческая концепция Л.С. Выготского. В рамках данного подхода тело человека представляется частью культурно-детерминированной перспективы. Проблемы же с нарушением образа тела возникают во время отклонения человека от его культурно-исторического пути, что может привести к различным психосоматическим расстройствам [1].

Одновременно, как отмечает А.Н. Дорожевец, представление субъекта о степени соответствия внешнего облика эстетическим идеалам оказывает значительное влияние на личностные особенности и стиль поведения. Утрата человеком в силу какого-либо заболевания эстетической привлекательности становится серьезным травмирующим фактором, нарушающим психологическую и социальную адаптацию. В последние десятилетия в развитых странах резко увеличилось число больных нервной анорексией. Причиной этого стало смещение идеала женского телосложения в сторону более худощавого [5, 6]. Именно поэтому, на наш взгляд, анорексией чаще страдают девушки, однако описаны случаи анорексии и у молодых мужчин, что также связано с изменением социальных стереотипов. При нервной анорексии возникает стойкое недовольство своим телом, которое

проявляется в активном стремлении к похуданию. В итоге у больных наблюдаются выраженные искажения образа тела, которые усиливают дезадаптацию больных, затрудняют лечебный процесс и требуют психологической коррекции. Исследуя группу больных анорексией и больных ожирением, А.Н. Дорожевец показывает, что у больных нервной анорексией первоначальное голодание было лишь средством для осуществления ценностной ориентации «быть красивой», как и у больных ожирением, – для достижения иных мотивов (статус в классе, реализация интимно-личностного общения и др.). Однако в дальнейшем мотив похудения становится доминирующим, смыслообразующим в иерархии мотивов и определяет все поведение больных [2]. Фактически мы можем говорить о том, что происходит сдвиг мотива на цель, и похудание становится самоцелью страдающих анорексией и в равной степени больных ожирением.

Анализ разных позиций авторов, разрабатывающих проблематику образа тела, позволяет нам выделить следующие структурные компоненты данного феномена: границы образа тела, внешний облик, телесность и полоролевою принадлежность.

Внешний облик – это совокупность функциональных, анатомических и социальных признаков человека, отражающих чувственную составляющую его восприятия. Вопросом изучения внешности занимались такие исследователи, как Е.Ф. Агильдиева, В.Н. Панферов, К.Д. Шафранская и др. Внешний облик, по их мнению, состоит из таких компонентов, как физический облик, функциональные признаки и наружная составляющая внешности. Восприятие собственного внешнего облика может носить адекватный и положительный характер (реальный, позитивный, гармоничный, целостный), а может быть неадекватным, отрицательным (негативный, искаженный, парадоксальный, фрагментарный). Женщины чаще мужчин недовольны своей внешностью, что, в свою очередь, приводит к низкой самооценке и неуверенности в себе. Восприятие собственной внешности является ключевым фактором обеспечения самооценности. Можно сделать вывод, что внешний облик человека оказывает большое влияние на его поведение и социальное положение в группе. Соответствие с внешней точки зрения личности общепринятым стандартам положительно влияет на личность и ее поведение, а также на отношение окружающих к ней.

Другой важной составляющей образа тела является граница образа тела, которая формируется во время телесного контакта на протяжении всей жизни. Граница образа тела, которая подчеркивает осознание субъектом собственной отделенности, помогает разграничить «Я» от «не-Я». Граница образа тела является средством защиты «Я» от окружающей среды. Недостаток устойчивости и определенности границ тела препятствует качественной интеграции личности, формированию полноценного образа «Я». Рассматривая понятие границы тела, А.Ш. Тхостов выделяет два типа границ: одна обращена к внешнему миру (внешняя граница), другая – к внутреннему (внутренняя граница). С этой точки зрения внешней границей является место взаимодействия человека и внешнего мира, т.е. поверхность [4] тела, а внутренняя граница – это субъективное ощущение человеком того, где он заканчивается. С точки зрения А.Ш. Тхостова, В.В. Николаевой, Г.А. Ариной, П.Д. Тищенко, телесность выступает в качестве аналога высшей психической функции и подчиняется закону развития высших психических функций; развитие телесности происходит в процессе овладения человеком «психологическими орудиями» – знаковыми системами. Возможность рассматривать телесность как аналог высшей психической функции обусловлена, с точки зрения авторов, тремя свойствами телесности, характерными для высших психических функций, – социальностью происхождения, опосредованностью и произвольностью по функционированию [4].

Еще одним компонентом образа тела является полоролевая принадлежность. А. Маттес и Дж. Хан изучали взаимосвязь между удовлетворенностью своей внешностью и уровнем самооценки. Они исследовали влияние стереотипов на отношение к своему телу у мужчин и женщин. В результате проведенного исследования было обнаружено, что у женщин физическая привлекательность является важным компонентом для самооценки. У мужчин же, напротив, физическая привлекательность не сильно влияла на их самооценку. Полоролевая принадлежность подразумевает единство самосознания и поведения индивида, относящего себя к тому или другому полу. При этом очень важна оценка своего собственного тела и наружности. Юношеский возраст, как отмечают многие исследователи, характеризуется периодом изменения образа тела и его перестройки. Существует три направления изменений в юношеском возрасте, связанных с развитием и формированием образа тела: развитие и изменение структуры тела; развитие и изменение Я-концепции; развитие и изменение половой идентичности или принадлежности. Все они взаимосвязаны и оказывают влияние друг на друга. В юношеском возрасте происходит изучение своего тела, его функциональных и физических особенностей [3].

В период юности, на наш взгляд, особенно важно соответствие тела стандартам маскулинности–феминности. Однако современные стандарты существенно меняются, можно сказать, размываются, что приводит к определенным проблемам в области формирования образа тела.

Мы предполагаем, что в число системообразующих параметров образа тела можно включить телесные границы, принятие тела (иначе – эмоциональное к нему отношение), оценку функциональности своего тела, а также параметры, связанные с социальными факторами – подверженность социальным стереотипам и параметр, условно названный нами «отраженный образ тела» – то, каким, по мнению человека, видят его тело окружающие. Именно опираясь на предложенные параметры, мы сконструировали опросник для исследования рассматриваемого феномена.

Мы предположили, что девочки, профессионально занимающиеся спортом, в котором важны не только функциональные характеристики тела, но и его вес и внешний образ (художественная гимнастика, фигурное катание), могут иметь больше проблем с формированием образа тела по сравнению со сверстницами. На наш взгляд, у гимнасток и фигуристок как раз и может происходить сдвиг мотива на цель в области восприятия себя и своего тела.

Проведенное нами исследование было направлено на проверку данного предположения, а также на выявление содержательных характеристик образа тела девочек-подростков, занимающихся фигурным катанием и на установление взаимосвязи этих характеристик с параметрами самоотношения. Исследование проводилось на базе «Детско-юношеской спортивной школы № 6 по фигурному катанию на коньках» г. Кемерово и МБНОУ «Городской классической лицей» в 2017 г. В исследовании приняли участие 60 человек. Девочки, занимающиеся фигурным катанием (30 человек) составили экспериментальную группу, девочки, не занимающиеся спортом (30 человек) составили контрольную группу. Возраст девочек, принявших участие в исследовании, – от 13 до 16 лет, среднее значение – 14,5 лет. В работе были использованы опросные и проективные методы, в частности методика «Мое тело» К.Н. Белогай, методика «Жизненная динамика удовлетворенности внешним обликом» Е.В. Белугиной; проективная рисуночная методика «Автопортрет», адаптированная Р. Бернсом, анкета, методика самооценки личности С.А. Будасси, тест-опросник самоотношения В.В. Столина, С.Р. Панталева. Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью пакета прикладных программ Statistica v.6.0. Для сравнения выборочных средних в двух независимых группах использовался критерий Стьюдента (при уровне значимости  $p < 0,01$ ). Для поиска взаимосвязей между параметрами самоотношения и характеристиками образа тела применялся корреляционный анализ (при уровне значимости  $p < 0,05$ ). Также для обработки данных использовался дисперсионный анализ.

Сопоставим различия, полученные в характеристиках исследуемых групп подростков. Для выявления значимых различий в средних значениях показателей в сравниваемых группах применялся критерий Стьюдента (табл. 1).

Таблица 1

Сравнение средних показателей по методикам К.Н. Белогай и Е.В. Белугиной в исследуемых группах

	Экспериментальная группа	Контрольная группа	t-значение	p
Шкалы методики «Мое тело»				
Принятие тела	2,83	5,37	-1,50	0,14
<i>Внешний образ</i>	<i>1,07</i>	<i>4,17</i>	<i>-2,52</i>	<i>0,01</i>
Функциональные характеристики	2,43	1,17	0,87	0,39
<i>Сила</i>	<i>2,87</i>	<i>0,40</i>	<i>3,55</i>	<i>0,00</i>
<i>Активность</i>	<i>3,13</i>	<i>0,07</i>	<i>2,95</i>	<i>0,00</i>
Оценка телосложения	-1,53	0,30	-1,52	0,13
Методика Е.В. Белугиной				
Внешний образ в 5 лет	9,03	8,60	0,83	0,41
Внешний образ в 10 лет	7,57	7,20	0,58	0,57
Внешний образ в настоящее время	5,23	6,10	-1,33	0,19

Примечание. Курсивом в таблице выделены значимые различия,  $p \leq 0,01$ .

Девочкам-спортсменкам собственное тело видится активным и сильным, но при этом они в меньшей степени довольны своей внешностью. Девочки контрольной группы оценивают свое тело как достаточно слабое и не очень активное, но при этом они выше оценивают свою внешность.

Сопоставляя рисунки девочек, можем отметить, что статистически значимые различия между двумя группами имеются по нескольким признакам: реалистичность изображения (девочки, не занимающиеся спортом, изобразили свое тело более реалистично, чем фигуристки); фигуру в движении чаще изображали фигуристки (девочки рисовали свое тело в танцевальном движении, движении на коньках или просто себя идущую).

Девочки контрольной группы делали акцент в рисунке на груди и бедрах, фигуристки практически никак не выделяли свою грудь и бедра, таким образом, в рисунке реального тела девочки контрольной группы подчеркивают женственность своей фигуры. При этом фигуристки были склонны уделять внимание деталям (например, прическе, принтам на одежде). К числу часто встречающихся элементов в рисунках испытуемых экспериментальной группы мы отнесли прорисовывание своих мышц. По сути, девочки-фигуристки делают в рисунке акцент на роли «я – спортсменка», а девочки контрольной группы – на роли «я – девушка». Рисунки с изображением идеального тела получились ярче и проработаннее у фигуристок. Статистически значимые различия имеются по многим показателям. Спортсменки чаще рисовали себя в полный рост, в движении, с большим количеством аксессуаров. В этом рисунке, как и в первом, они не подчеркивали грудь и бедра. Еще можно отметить, что фигуристки активно использовали цветные карандаши для изображения своего тела. Фигуристки изображали спортивную атрибутику, 50% из них нарисовали себя на коньках либо в платье для выступления. Сопоставляя два рисунка, мы обнаружили, что разница между изображениями реального и идеального тела больше в экспериментальной группе.

В табл. 2 представлено распределение ответов на вопрос: «Как вы относитесь к своему телу?» В целом ответы разделились на три группы: тело меня не устраивает; тело когда-то нравилось, сейчас не очень, или наоборот; меня все устраивает в моем теле.

Таблица 2

Распределение ответов на вопрос анкеты «Отношение к своему телу»

Параметры ответов	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	Частота	%	Частота	%
Негативное отношение к своему телу	12	40	8	26,6
Вариативность отношения к своему телу	8	26,6	9	30
Позитивное отношение к своему телу	10	33,3	13	43,3

Необходимо отметить, что в группе фигуристок больше девочек, недовольных своим телом, что говорит о больших требованиях к себе, нежели у девочек, не занимающихся спортом. Все респонденты поясняли, до какого периода они были довольны своим телом – в большинстве случаев речь шла о 12 годах, т.е. периоде начала полового созревания. Появление изменений, связанных с этим моментом, вызывает недовольство почти у 38% обследованных подростков. Среди фигуристок определено большее количество девочек, которые позитивно относились к своему телу до 12 лет и негативно относятся на данный момент.

Анализируя данные анкетного опроса, мы также обнаружили существенные различия между группами. Опрошенные девочки отвечали на вопросы о том, какие части тела их устраивают, а какие – нет. Девочек, занимающихся спортом, больше всего устраивают талия и руки, на втором месте был ответ «все не устраивает», на третьем – «все устраивает». Лицом, бедрами, ягодицами и грудью девочки этой группы недовольны. Девочек, не занимающихся спортом, устраивают такие части тела, как талия, руки и ноги. В половину меньшее число девочек довольны бедрами, ягодицами и грудью. Существенно меньше тех, кто недоволен всеми параметрами своего тела, и тех, кого тело полностью устраивает. Из всей выборки опрошенных девочек 83,3% хотят что-либо изменить в своем теле, при этом разницы между группами по данному вопросу не выявлено. Спортсменки больше всего хотят изменить ноги либо все. 16,6% девочек этой группы желают похудеть. Девочки контрольной группы акцентируют свое внимание на изменении талии и рук. Также несколько испытуемых контрольной группы хотят стать выше (среди фигуристок таких нет). Среди фигуристок больше девочек, стремящихся похудеть, что связано с требованиями тренеров и спецификой спорта.

С помощью двухфакторного дисперсионного анализа исследовалось влияние отношения к своему телу на самооценку в исследуемых группах (рис. 1).

В обеих группах самооценка девочек, недовольных своим телом, примерно одинакова. В случае нейтрального отношения к своему телу самооценка несколько выше в экспериментальной группе, в случае положительного отношения – наоборот, в контрольной. При этом в обеих обследованных группах самооценка девочек-подростков зависит от отношения к своему телу и, как и предполагалось, выше в группе девочек, довольных своим телом.

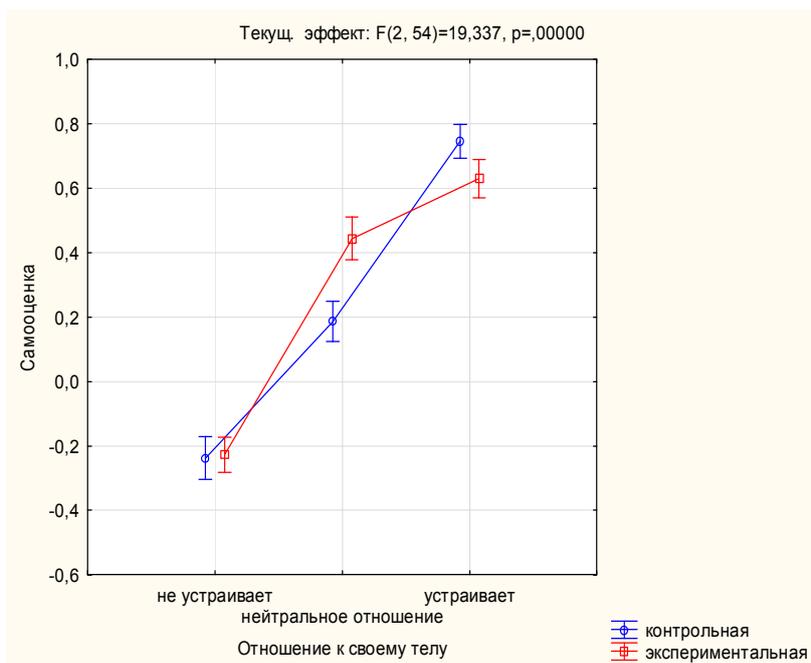


Рис. 1. Результаты дисперсионного анализа: зависимость самооценки от отношения к телу в двух группах

В табл. 3 представлены данные корреляционного анализа в экспериментальной группе.

Т а б л и ц а 3

**Содержательные характеристики образа тела во взаимосвязи с параметрами самооценки –  
данные корреляционного анализа экспериментальной группы**

Шкалы МИС и методики «Мое тело»	Принятие тела	Оценка внешности	Функциональные характеристики	Сила	Активность	Оценка телосложения
Глобальное самооотношение	0,49					0,50
Самоуважение	0,37			0,41		0,38
Аугосимпатия	0,38					
Ожидаемое отношение от других	0,47					
Самоинтерес			0,45			
Самоуверенность	0,44		0,42	0,51		0,39
Отношение других	0,46					
Саморуководство		0,47			0,39	

*Примечание.* В таблице приведены значимые корреляции,  $r \leq 0,05$ .

Все значимые корреляции между параметрами самооценки и характеристиками образа тела являются прямыми. Наиболее тесно с образом тела у спортсменок связаны самоуважение и самоуверенность. Среди характеристик образа тела наибольшее число связей с самооотношением имеют функциональные характеристики и принятие своего тела. Также для самооотношения имеет значение, оценивает ли девочка свое тело как крупное (мелкое), тяжелое (легкое), полное (худое). Все полученные корреляционные связи легко объяснимы, учитывая специфику такого вида спорта, как фигурное катание.

В табл. 4 представлены данные корреляционного анализа во второй группе. Значимые корреляционные связи в контрольной группе также прямые. Принятие тела и функциональные его характеристики также связаны в контрольной группе с параметрами самооценки. В отличие от спортсменок, у девочек контрольной группы с самооотношением тесно связана оценка внешности, что для спортсменок оказалось нехарактерным.

Т а б л и ц а 4

**Содержательные характеристики образа тела во взаимосвязи с параметрами самооценки –  
данные корреляционного анализа контрольной группы**

Шкалы МИС и методики «Мое тело»	Принятие тела	Оценка внешности	Функциональные характеристики	Сила	Активность	Оценка телосложения
Глобальное самооотношение	0,42	0,42				0,38
Самоуважение	0,40		0,37			
Аугосимпатия	0,51	0,40				
Ожидаемое отношение от других	0,37					
Самоуверенность	0,42	0,37				
Отношение других			0,47			
Саморуководство					0,40	
Самоинтерес			0,48	0,48		
Самопонимание		0,40	0,40			

*Примечание.* В таблице приведены значимые корреляции,  $r \leq 0,05$ .

Сформулируем основные *выводы* по проведенному исследованию. Анализируя проблему развития образа тела в подростковом возрасте, мы, как и предполагалось, находим множество взаимосвязей содержательных характеристик образа тела и параметров самооценки в группе девочек-подростков. При этом характеристики образа тела взаимосвязаны с параметрами самооценки независимо от того, занимается ли девочка спортом. Сравнение корреляционных матриц в двух группах показывает, что в группе спортсменок показатели самооотношения увязаны с оценкой тела, оценкой его силы, активности и функциональных характеристик, в контрольной группе показатели самооотношения увязаны как с функциональными характеристиками тела, так и с оценкой внешности. Дисперсионный анализ позволил подтвердить зависимость самооценки от принятия тела в обследованных группах: самооценка девочек зависит от отношения к своему телу и выше в группе девочек, довольных своим телом. В целом спортсменки выше оценивают функциональные характеристики своего тела – его активность и силу, девочки контрольной группы выше оценивают свою внешность. По всем методикам прослеживается общая тенденция: спортсменки относятся к своему телу критичнее и строже по сравнению с девочками контрольной группы. Разрыв между образами реального и идеального тела выше в группе спортсменок. У девочек данной группы есть очень четкий проработанный образ идеального тела, однако реальное тело при этом существенно отличается от идеального. Получается, что образ тела у девочек-подростков достаточно

противоречив и характеризуется существенным разрывом между реальным и идеальным вариантами. Профессиональное занятие таким видом спорта, как фигурное катание, на наш взгляд, скорее увеличивает проблемы в данной области, высокая интернальность спортсменок, их умение «работать над собой» и одновременно жесткие требования к весу спортсменок в данном виде спорта повышают вероятность попадания девочек в группу риска относительно такого невроза, как анорексия.

#### *Литература*

1. Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса // Собр. соч. : в 6 т. / под ред. А.Р. Лурия, М.Г. Ярошевского. М. : Педагогика, 1982. Т. 1. С. 228–291.
2. Дорожевец А.Н. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией : дис. ... канд. психол. наук. М., 1986.
3. Никитин В.Н. Онтология телесности: смыслы, парадоксы, абсурд. М., 2006. 320 с.
4. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002. 312 с.
5. Faith M.S., Allison D.B. Assessment of psychological status among obese persons // J.K. Thompson (ed.). Body Image, Eating Disorders, and Obesity. Washington, DC : American Psychological Association, 1996. P. 365–388.
6. Williamson D., Womble L., Zucker N., Reas D., White M., Blouin D.C., Greenway F.L. Body image assessment for obesity (BIA-O): development of a new procedure // International Journal of Obesity. 2000. № 24. P. 1326–1332.

#### **THE PROBLEMS OF STUDYING THE IMAGE OF FEMALE ADOLESCENTS' BODY IN THE CONTEXT OF HEALTH PSYCHOLOGY**

**Morozova I.S.**, dr. of sci. (psychology), professor, director of the Institute of Education, Kemerovo State University, Kemerovo, Russia.

**Belogay K.N.**, cand. of sci. (psychology), senior lecturer, department of acmeology and developmental psychology, Kemerovo State University, Kemerovo, Russia. E-mail: belogi@mail.ru

**Abstract.** In this paper, the body components of the body image are described: body boundaries, acceptance of one's body, sex role, functional characteristics. The change in the body image under the influence of social stereotypes is shown. It is justified that in anorexic patients there is a shift in the motive to the goal, the result of which weight loss becomes an end in itself, and not a means to achieve any other goals. The article analyzes the results of the study on the content characteristics of the body image in female adolescents. The empirical study involved girls at the age of 12-14 years, engaged in figure skating, and girls who do not engage in any sports. In the course of the work, a correlation was found between the content characteristics of the body image and the parameters of self-attitude and self-esteem, regardless of whether the girl is engaged in sports. At the same time, athletes appreciate the functional characteristics of the body – its activity and strength, the girls of the control group assess their appearance first. It is shown that the gap between the real and ideal body image is higher in athletes. The girls of this group have a very clear, well-developed image of the ideal body, but the real body differs significantly from the ideal body. Comparison of correlation matrices in the two groups shows that in the group of athletes the self-attitude parameters are correlated with the body evaluation, i.e. its strength, activity and functional characteristics. In the control group, the self-attitude indicators are related both to the functional characteristics of the body and to the appearance evaluation. The results obtained show that the body image of adolescent girls is quite contradictory and is characterized by a significant gap between the real and ideal options. The professional involvement in sports such as figure skating rather increases the problems in this area; the high internity of the athletes, their ability to "work on themselves" and, at the same time, the strict requirements for the weight of sportswomen in this sport, increase the likelihood of girls entering the risk group relative to such a neurosis as anorexia.

**Keywords:** body image; adolescent girls are involved in sports; anorexia.

УДК 159.96

#### **ВЛИЯНИЕ РЕТРОСПЕКТИВНЫХ ОЦЕНОК СТИЛЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО ВОСПИТАНИЯ НА ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ПОСРЕДСТВОМ ФОРМИРОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ**

**Ю.И. Моталова**

Южный федеральный университет, Ростов-на-Дону, Россия

E-mail: yuliya.motalova@gmail.com

**Аннотация.** Исследуется влияние ретроспективных оценок стилей родительского воспитания на пищевое поведение молодых женщин.

**Ключевые слова:** ретроспективные оценки; пищевое поведение; нарушения пищевого поведения; межличностные отношения; исследования молодых женщин; стиль воспитания.

**Введение.** В наши дни нарушения пищевого поведения представляют собой актуальную социальную проблему. В группе особого риска оказываются молодые женщины. По меньшей мере частично паттерны поведения, характерные для нарушений пищевого поведения, являются побочными продуктами особенностей межличностных отношений. Эти особенности, в свою очередь, формируются в процессе взросления в определенной

семейной среде. Более подробное изучение того, как стили родительского воспитания воздействуют на формирование тех или иных особенностей межличностных отношений, может предоставить нам информацию, которая делает профилактику нарушений пищевого поведения более эффективной.

**Обзор литературы.** Связь между определенными чертами личности женщин и их пищевым поведением была и остается предметом интереса исследователей проблематики нарушений пищевого поведения. Так, исследование, проведенное Ривье и Дулье [7], показало, что перфекционизм и склонность к навязчивым размышлениям способствуют развитию и поддержанию расстройств пищевого поведения у женщин. Представления о клинической картине нарушений пищевого поведения у женщин молодого возраста и их связи с межличностными отношениями были расширены благодаря исследованию взаимосвязей между булимическими симптомами и межличностными отношениями у студенток колледжа [6]. Результаты показали, что булимические симптомы приводили к увеличению стресса, в особенности к увеличению дистресса в межличностных отношениях, что приводило к усугублению булимической симптоматики в поисках успокоения. Также среди личностных факторов, влияющих на формирование и развитие нарушений пищевого поведения, выделяется эмоциональная реактивность [9]. В ходе исследования было обнаружено, что более высокий уровень эмоциональной реактивности у госпитализированных пациенток с нарушениями пищевого поведения приводил к ухудшению симптоматики и общего прогноза лечения. Воздействие того, как девочки-подростки воспринимали поведение своих родителей и влияние их представлений на установки и паттерны поведения, ассоциирующиеся с нарушениями пищевого поведения, также стало предметом недавних исследований [8], в которых учитывался и генетический компонент. Было обнаружено, что воспринимаемый уровень теплоты в обращении родителя ассоциировался с более низким уровнем стремления к худобе, в то время как склонность родителей к суровым наказаниям ассоциировалась с более высокой интенсивностью булимических проявлений. Отсутствие исследований влияния ретроспективных оценок стилей родительского воспитания на пищевое поведение молодых женщин и обусловило актуальность данной работы.

**Методология и результаты.** Целью описываемого исследования было оценить влияние ретроспективных оценок стилей родительского поведения на межличностные отношения молодых женщин с нарушениями пищевого поведения. Метод ретроспективных оценок стилей родительского воспитания уже был успешно использован для исследования воздействия стиля материнского воспитания на эмоциональную саморегуляцию аддиктов [1]. Наша гипотеза состояла в том, что определенные характеристики стиля воспитания родителей оказывают значимое влияние на формирование некоторых особенностей межличностных отношений молодых женщин с нарушениями пищевого поведения. В исследовании приняли участие 100 женщин в возрасте от 20 до 30 лет, проживающие в Ростове-на-Дону, Ростовской области и Краснодарском крае. Все участницы имели высшее образование и дали информированное согласие на участие в исследовании. Для выявления симптомов нарушенного пищевого поведения была использована Шкала оценки пищевого поведения Гарнера в русскоязычной адаптации. Оценка особенностей межличностных отношений была проведена при помощи Опросника межличностных отношений Шутца. Диагностика ретроспективных оценок родительского поведения была проведена при использовании адаптированной методики Шафера «Подростки о родителях». Для проведения корреляционного и дисперсионного анализа полученных данных мы обратились к компьютерной программе IBM SPSS Statistics 23.0.

При анализе показателей семи компонентов Шкалы оценки пищевого поведения были получены следующие результаты: среднее значение по шкале стремления к худобе в нашей выборке составляло  $7,15 \pm 3,64$ ; булимии –  $6,36 \pm 1,67$ ; неудовлетворенности телом –  $6,64 \pm 3,61$ ; неэффективности –  $6,49 \pm 2,84$ ; перфекционизма –  $6,16 \pm 4$ ; недоверия –  $6,93 \pm 2,82$ ; интероцептивной некомпетентности –  $5,64 \pm 1,99$ . Можно заметить, что уровень стремления к худобе, перфекционизма, неудовлетворенности телом и недоверия в нашей выборке довольно высок. Показатели интероцептивной некомпетентности и неэффективности имеют немного более низкие значения.

Среднее значение ретроспективно оцененного позитивного интереса как характеристики воспитательного стиля матери в нашей выборке составляет  $12,39 \pm 4,99$ ; автономии –  $10,74 \pm 3,98$ ; директивности –  $8,75 \pm 4,88$ ; враждебности –  $5,25 \pm 4,13$ . Среднее значение ретроспективных оценок различных компонентов воспитательного стиля отца составляет: директивность –  $5,18 \pm 3,46$ ; непоследовательность –  $4,84 \pm 4,16$ ; автономия –  $7,34 \pm 5,64$ ; враждебность –  $3,77 \pm 2,56$ . Стоит отметить, что средние значения ретроспективных оценок тех или иных характеристик воспитательных стилей родителей в целом выше для матерей, чем для отцов. Женщины с нарушениями пищевого поведения поставили более высокие оценки своим отцам по шкалам автономии, непоследовательности и враждебности, и низкие – по шкалам позитивного интереса и контроля.

Диагностика межличностных отношений молодых женщин с применением опросника межличностных отношений Шутца показала, что среднее значение показателей шкалы выраженного включения составило  $4,60 \pm 1,37$ ; требуемого включения –  $3 \pm 1,81$ ; выраженного контроля –  $3,73 \pm 2,47$ ; требуемого контроля –  $4,95 \pm 2,18$ ; выраженного аффекта –  $3 \pm 1,59$ ; требуемого аффекта  $3,39 \pm 1,72$ .

На рис. 1 показаны результаты дисперсионного анализа. Он продемонстрировал, что наибольшая интенсивность потребности контролировать других людей характерна для тех женщин, которые ретроспективно оценивали своих матерей как высоко- и среднеавтономных.

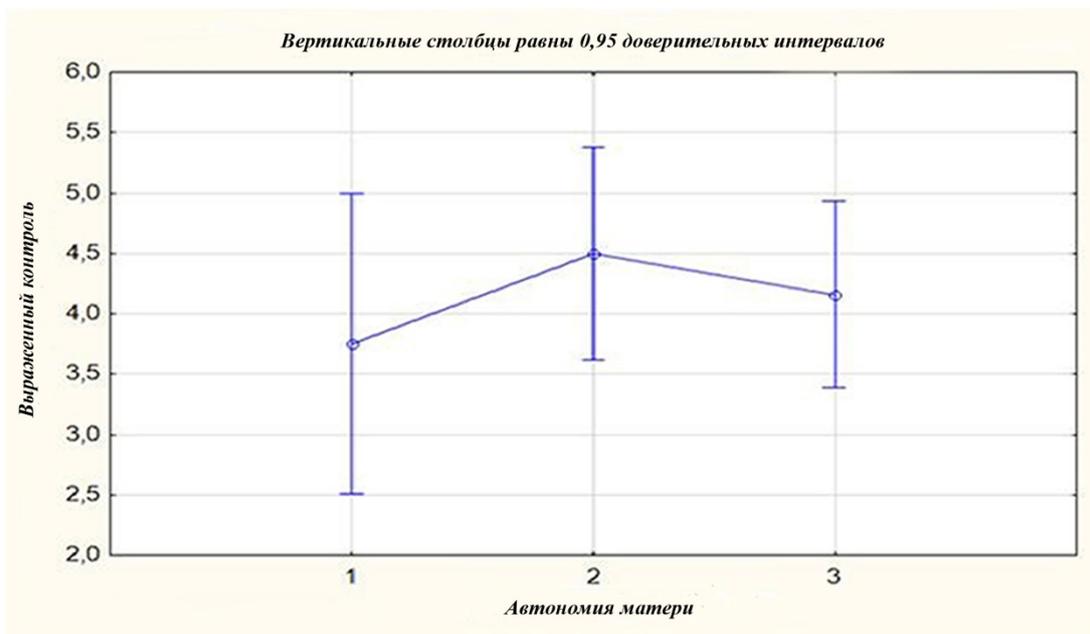


Рис. 1. Результаты дисперсионного анализа (автономия матери: 1 – низкая, 2 – средняя, 3 – высокая)

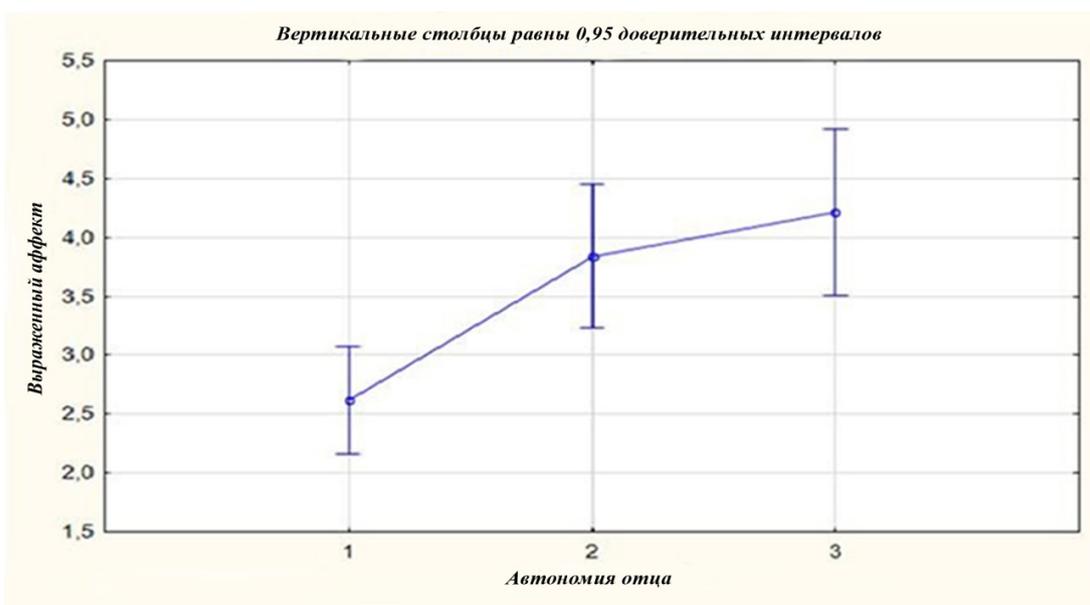


Рис. 2. Результаты дисперсионного анализа (автономия отца: 1 – низкая, 2 – средняя, 3 – высокая)

На рис. 2 показаны результаты дисперсионного анализа. Он продемонстрировал, что наибольшая интенсивность потребности выражать аффект характерна для тех женщин, которые ретроспективно оценивали своих отцов как высокоавтономных.

На рис. 3 показаны результаты дисперсионного анализа. Он продемонстрировал, что наименьшая интенсивность потребности включать других людей в свои отношения и деятельность характерна для тех женщин, которые ретроспективно отмечали наибольшую враждебность со стороны своих отцов.

На рис. 4 показаны результаты дисперсионного анализа. Он продемонстрировал, что наибольший уровень перфекционизма характерен для тех женщин, которые испытывали наиболее сильную потребность в том, чтобы становиться объектами выраженного аффекта других людей.

На рис. 5 показаны результаты дисперсионного анализа. Он продемонстрировал, что наибольшие результаты по шкале стремления к худобе были характерны для тех женщин, которые испытывали наиболее сильную потребность в том, чтобы быть объектом выражаемого аффекта.

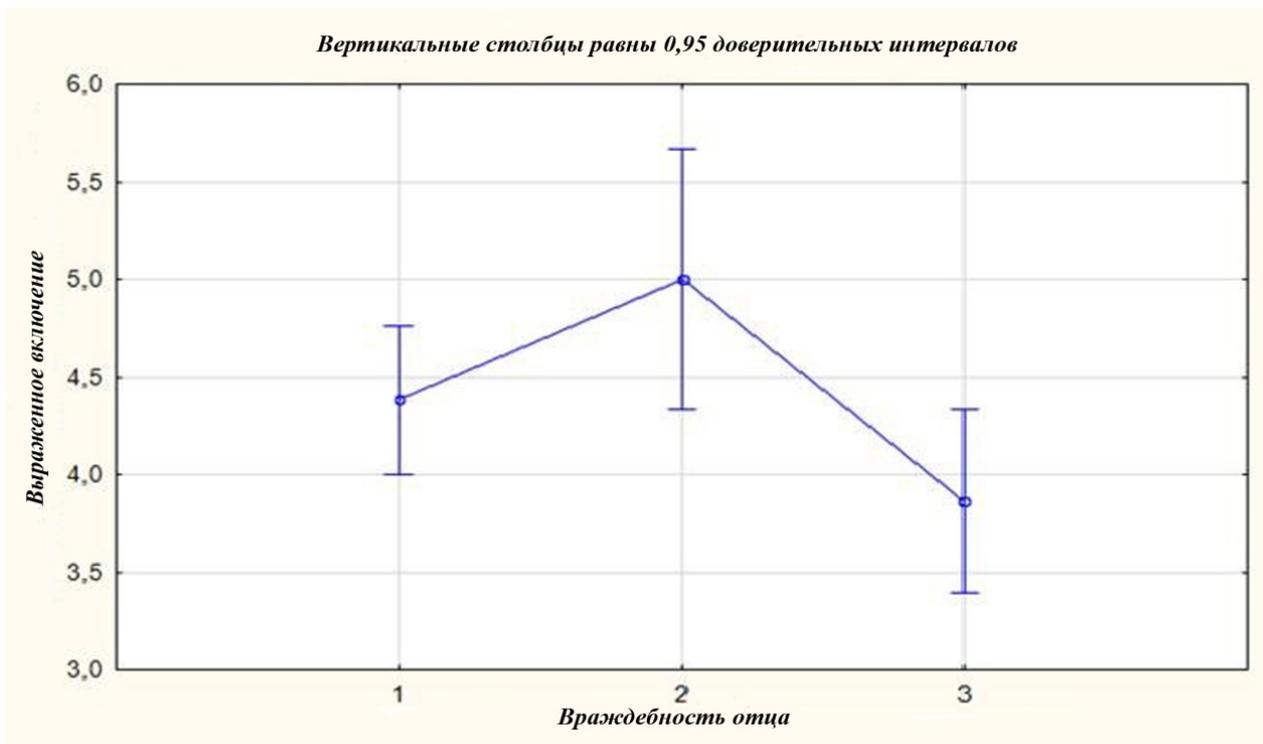


Рис. 3. Результаты дисперсионного анализа (враждебность отца: 1 – низкая, 2 – средняя, 3 – высокая)

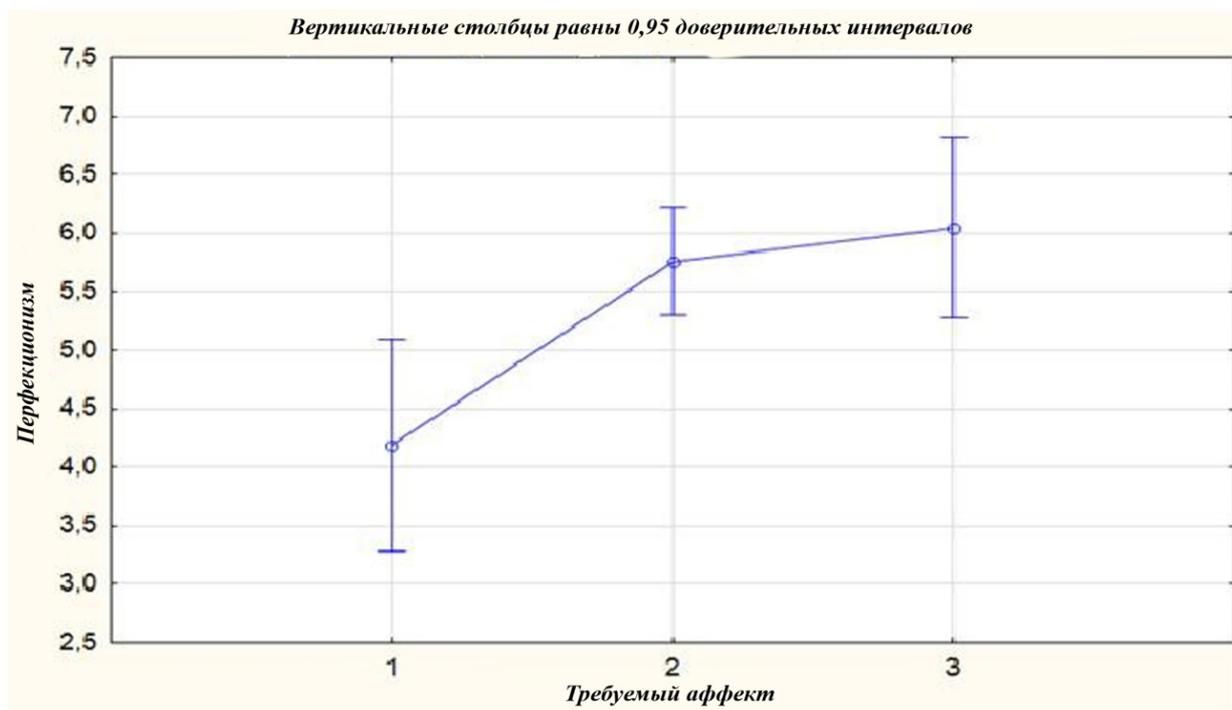


Рис. 4. Результаты дисперсионного анализа (потребность быть объектом выражаемого аффекта: 1 – низкая, 2 – средняя, 3 – высокая)

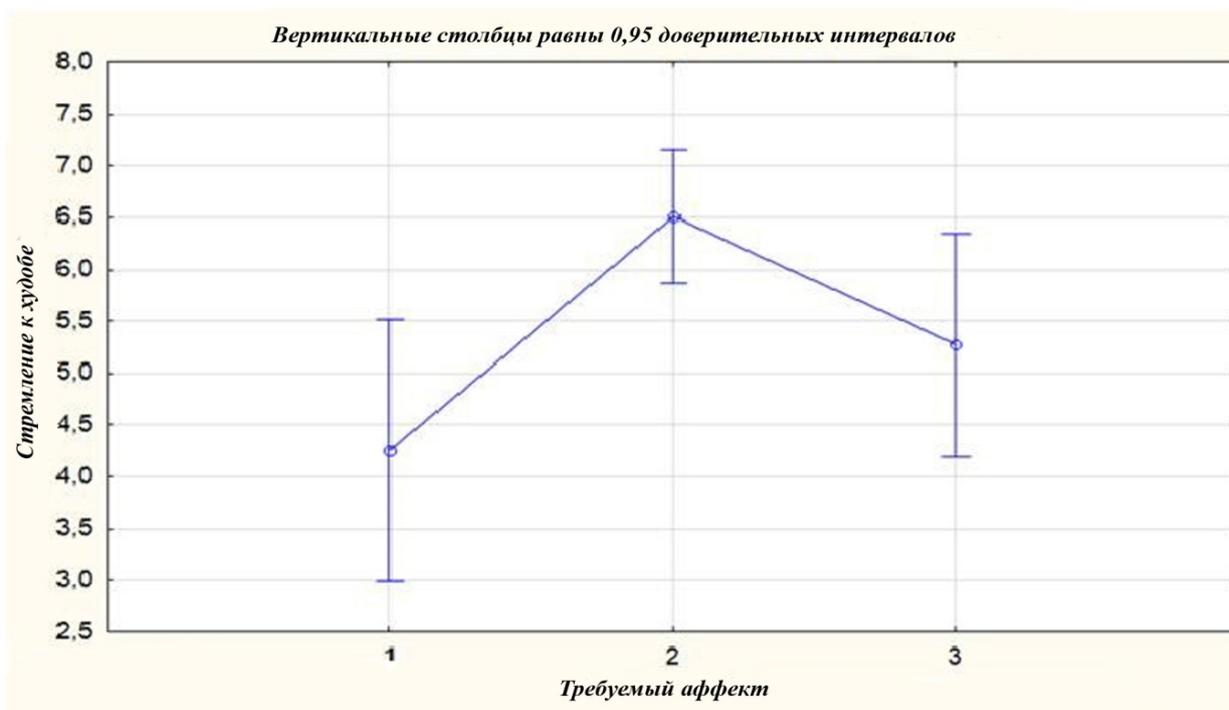


Рис. 5. Результаты дисперсионного анализа (потребность быть объектом выражаемого аффекта: 1 – низкая, 2 – средняя, 3 – высокая)

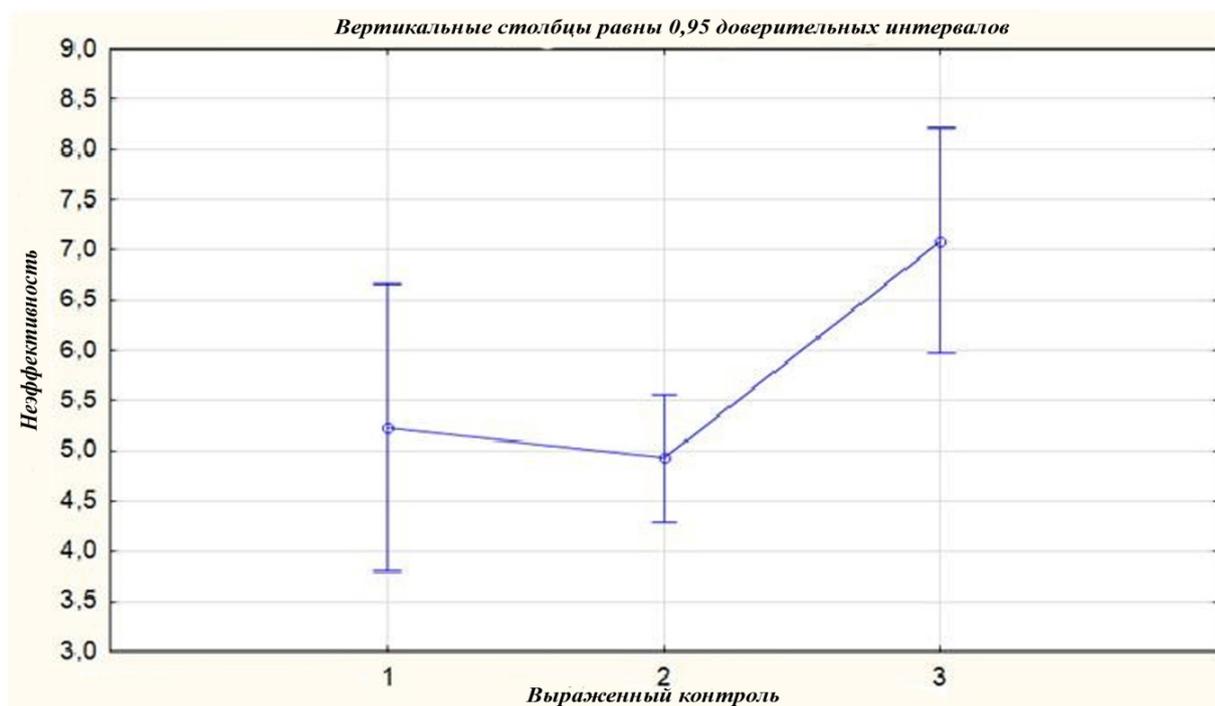


Рис. 6. Результаты дисперсионного анализа (потребность контролировать межличностные отношения и других людей: 1 – низкая, 2 – средняя, 3 – высокая)

На рис. 6 показаны результаты дисперсионного анализа. Он продемонстрировал, что наибольшие результаты по шкале неэффективности были характерны для тех женщин, которые испытывали наиболее сильную потребность в том, чтобы контролировать отношения и других людей.

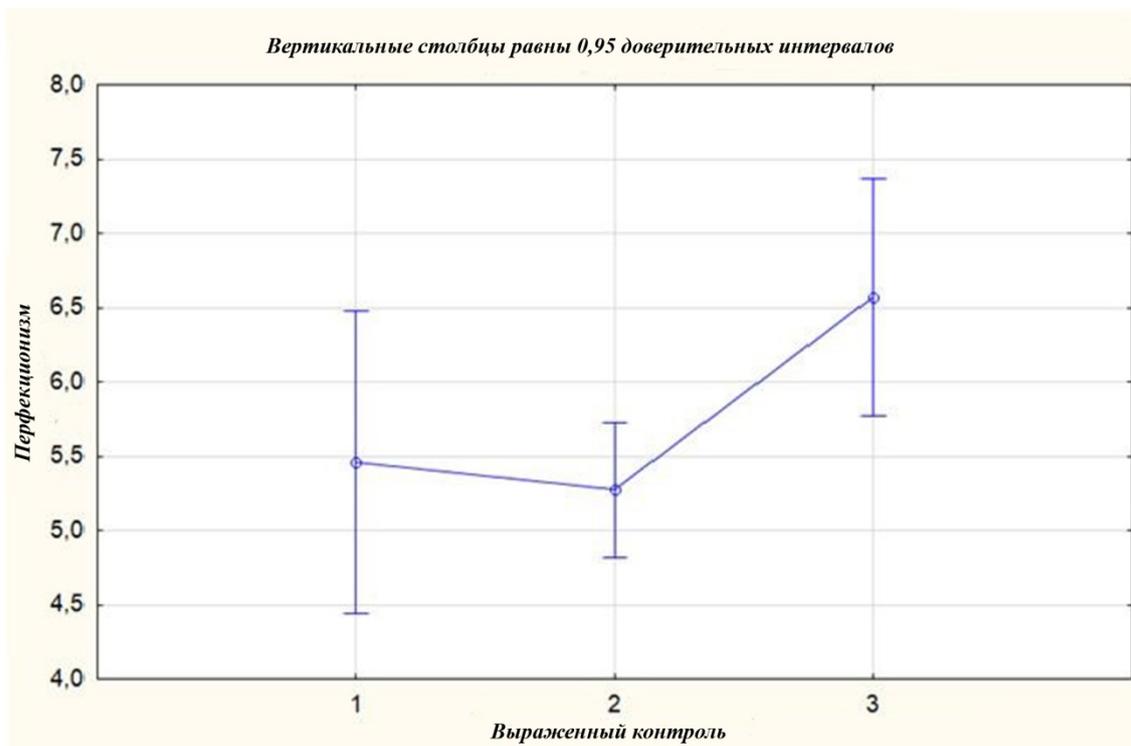


Рис. 7. Результаты дисперсионного анализа (потребность контролировать межличностные отношения и других людей: 1 – низкая, 2 – средняя, 3 – высокая)

На рис. 7 показаны результаты дисперсионного анализа. Он продемонстрировал, что наибольшие результаты по шкале перфекционизма были характерны для тех женщин, которые испытывали наиболее сильную потребность в том, чтобы контролировать отношения и других людей.

**Выводы и дальнейшие перспективы исследования.** Было обнаружено, что высокая ретроспективная оценка уровня автономии матери влияет на потребность женщин контролировать межличностные отношения, в то время как высокая ретроспективная оценка уровня автономии в воспитательном стиле отца влияет на потребность молодых женщин с нарушениями пищевого поведения выражать аффект и включать других в свои отношения и деятельность. В годы детства и следующего за ним подросткового периода мать является для ребенка фундаментально важным человеком, обеспечивающим его физическими и эмоциональными ресурсами, необходимыми для выживания. Поэтому в случае, когда мать демонстрирует высокую степень автономии от потребностей ребенка, у него может развиться интенсивная потребность контролировать других людей, чтобы не утратить предоставляемые блага. Высокие показатели ретроспективных оценок автономии отца также имеют некоторые последствия для формирования межличностной сферы ребенка. Девочка учится выражать свои эмоции более интенсивным образом для того, чтобы привлечь внимание дистанцирующегося родителя.

Помимо указанных взаимосвязей был выявлен ряд соответствий между особенностями потребностей в межличностных отношениях и различными компонентами нарушений пищевого поведения. Так, мы видим, что высокий уровень требуемого аффекта влияет на высокий уровень перфекционизма – в данном случае попытки делать все идеально и быть идеальным служат для привлечения к себе аффектов других людей. Высокий уровень потребности контролировать других людей и отношения с ними влияет на формирование интенсивных булимических симптомов. Отношения с другими людьми не поддаются полному контролю, в отличие от съеденной пищи, которую можно намеренно извергать обратно, контролируя таким образом свой вес. Высокий уровень требуемого аффекта оказывает влияние на стремление к худобе. В нашей культуре скорее стройная, чем полная фигура считается идеалом красоты и здоровья, в связи с чем на похудение могут возлагаться надежды на привлечение внимания других людей. Также мы видим, что высокий уровень потребности контролировать других людей и межличностные отношения (на который оказывает влияние высокий уровень автономности матери) влияет на возникновение сильного чувства личной неэффективности. Автономность матери, от которой женщина сильно зависела в детстве, вызывала интенсивное желание контролировать ее, чтобы та была рядом – впоследствии эта потребность сохранилась и во всех будущих отношениях, а так как люди не всегда поддаются контролю, это привело к возрастанию ощущения личной неэффективности. На высокий уровень перфекционизма также влияет сильная потребность контролировать других людей и межличностные отношения. В этом случае попытки делать все идеально и быть идеальным служат не только привлечению внимания других людей, но и нацелены на то, чтобы контролировать их.

Результаты данного исследования не противоречат данным, представленным Купер и Янг [3], которые также задокументировали влияние убеждений на возникновение нарушений пищевого поведения. Данные, полученные в ходе нашего исследования, согласуются с рядом недавних работ, посвященных влиянию окружения в детстве на вероятность возникновения нарушений пищевого поведения [2, 4] и исследованию связи между воспринимаемым качеством детско-родительских взаимоотношений и нарушениями пищевого поведения [10].

В последние годы исследователи достигли более полного понимания психологических факторов риска, влияющих на возникновение расстройств пищевого поведения у детей и подростков. Полученные данные могут успешно использоваться при создании профилактических программ и учебных курсов, однако требуется дальнейшее изучение психофизиологических механизмов описанных воздействий.

#### *Литература*

1. Воробьева Е.В., Шульгина И.П., Ермаков П.Н. Влияние ретроспективной оценки материнского стиля воспитания, реализуемого в детстве, на проявления алекситимии и эмпатии у молодежи с полинаркоманией // Российский психологический журнал. 2015. № 12 (3). С. 114–133.
2. Abebe D.S., Torgersen L., Lien L., Hafstad G.S., von Soest T. Predictors of disordered eating in adolescence and young adulthood: a population-based, longitudinal study of females and males in Norway // International journal of females and males in Norway. 2014. № 38 (2). P. 128–138.
3. Cooper M.J., Young E. Parental bonding and body mass index in a female community sample: the mediating role of eating disorder thoughts and core beliefs // Behavioral and Cognitive Psychotherapy. 2016. № 44. P. 123–127.
4. Francis M.M., Nikulina V., Widom C.S. A prospective examination of the mechanisms linking childhood physical abuse to body mass index in adulthood // Child Maltreatment. 2005. P. 1–11.
5. Harbron J., van der Merwe L., Zaahl M.G., Kotze M.J., Senekal M. Fat mass and obesity-associated (FTO) gene polymorphisms are associated with physical activity, food intake, eating behaviors, psychological health and modeled change in body mass index in overweight/obese Caucasian adults // Nutrients. 2014. № 6. P. 3130–3152.
6. Kwan M.Y., Minnich A.M., Douglas V., Gordon K.H., Castro Y. Bulimic symptoms and interpersonal functioning among college students // Psychiatry research. 2017. № 257. P. 406–411.
7. Rivière J., Douilliez C. Perfectionism, rumination, and gender are related to symptoms of eating disorders: a moderated mediation model // Personality and individual differences. 2017. № 116. P. 63–68.
8. Rozenblat V., Ryan J., Wertheim E., King R., Olsson C.A., Letcher P., Krug I. Relationships between self-reported and observed parenting behavior, adolescent disordered eating attitudes and behaviours, and the 5-HTTLPR polymorphism: data from the Australian temperament project // European eating disorders review. 2017. № 25 (5). P. 381–388.
9. Smith M.M., Sherry S.B., Gautreau C.M., Stewart S.H., Saklofske D.H., Mushquash A.R. Are perfectionistic concerns an antecedent of or a consequence of binge eating, or both? A short-term four-wave longitudinal study of undergraduate women // Eating behaviors. 2017. № 26. P. 23–26.
10. Wheeler H.A., Wintre M.G., Polivy J. The association of low parent-adolescent reciprocity, a sense of incompetence, and identity confusion with disordered eating // Journal of Adolescent Research. 2003. № 18 (4). P. 405–429.

#### **THE INFLUENCE OF RETROSPECTIVE EVALUATIONS OF PARENTING STYLES ON YOUNG WOMEN'S EATING BEHAVIOR THROUGH PREDISPOSITION FOR SPECIFIC QUALITIES OF INTERPERSONAL RELATIONSHIPS**

**Motalova Yu.I.**, 2<sup>nd</sup> year PhD student, Southern Federal University, Rostov-on-don, Russia. E-mail: yuliya.motalova@gmail.com

**Abstract.** At least partially, disordered eating attitudes and patterns are rooted in growing up in a particular family environment. A more comprehensive understanding of potential ED triggers in parenting styles could inform different ED-preventing programs. The objective of this research was to assess the influence of retrospective evaluations of parenting styles on young women's eating behavior. 100 women aged from 20 to 30 participated. All the participants had university degrees and lived in the Rostov-on-Don, Rostov and Krasnodar regions. The components of disordered eating behavior were evaluated by means of The Eating Disorder Inventory-2. The evaluation of interpersonal relationships quality was conducted with the help of Fundamental Interpersonal Relations Orientation Inventory by William Schutz. For examining retrospective evaluations of parenting styles, we used Adolescent's Report of Parental Behavior Inventory by Earl. S. Schaefer. IBM SPSS Statistics 23.0 was used for statistic processing of the data collected. The results revealed that those women who retrospectively evaluated their mothers as too autonomous show an intense tendency to control interpersonal relationships. Those women who perceived their fathers as too autonomous were prone to express affect and establish interpersonal connections. The higher the retrospective evaluation of positive interest in the father's parenting style was, the more intense there was a tendency to engage other people into one's activities and relationships. The father whose parenting style could be described as hostile influenced the women's need to engage other people in their interpersonal relationships. Women's expectations that other people will pay attention to them increases the intensity of several disordered eating behavior components, such as thinness craving, body dissatisfaction and perfectionism. Intense need to control interpersonal relationships or to be the object of control is accompanied by significant body dissatisfaction, perfectionism, bulimia, sense of ineffectiveness, distrust in personal relationships, and also by interoceptive incompetence.

**Keywords:** retrospective assessment; eating behavior; eating disorders; interpersonal relationships; studies of young women; parenting style.

## МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ЧАСТОТНО-СПЕЦИФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ МОЗГА ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ РАЗВИТИИ

А.М. Петров, М.В. Плотникова, А.С. Мальшенкова

Тюменский государственный университет, Тюмень, Россия

**Аннотация.** Рассматривается планируемая методика исследования выявления особенностей частотно-специфических характеристик электроэнцефалограммы мозга при профессиональном развитии.

**Ключевые слова:** альфа-, бета-, тета- и дельта-ритмы; электроэнцефалограмма; профессиональное развитие; онтогенез; частотно-специфические характеристики электроэнцефалограммы мозга.

**Введение.** В настоящее время требования работодателя к соискателю претерпевают изменения. Работодатель требует, чтобы инженер технической сферы не только глубоко разбирался в вопросах по его специальности, но и обладал рядом умений и навыков, с нею не сопряженных. Параллельно этому работодателю заинтересован в молодом специалисте с уже устоявшимися взглядами на свою работу. В этой статье мы не представляем работодателя как некоего «монстра». Подобные запросы продиктованы лишь желанием удовлетворить требования технологических реалий нашего мира. Прогресс развивается неумолимо, и чтобы «скорость» его не падала, уже со школьной скамьи необходимо растить специалиста, который будет востребован не в настоящее время, но в будущем.

Государство понимает существующие реалии мира и в связи с этим выстраивает стратегию развития в следующем направлении:

1. Издает приказ от 24.02.1995 г. № 262 «О создании республиканского государственного центра многокомпонентных информационных компьютерных сред», так называемых «кванториумов», которые не просто готовят детей в зависимости от направления (аэро-, hi-tech-, нано-, робоквант и пр.), но и развивают у них навыки ведения научного и творческого проектирования.

2. Издает распоряжение Правительства РФ от 11 августа 2011 г. № 1393-р «Об учреждении автономной некоммерческой организации “Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов” (АСИ)».

3. Президент одобряет Проект проведения первого национального чемпионата WorldSkills Russia в октябре 2011 г. для выявления одаренных подростков в системе высшего и среднего профессионального образования.

4. Издает приказ Минтруда России от 2 ноября 2015 г. № 832 «Об утверждении справочника востребованных на рынке труда, новых и перспективных профессий, в том числе требующих среднего профессионального образования», более известный как ТОП-50, для дальнейшего ориентирования политики отдельных регионов на усиленную подготовку кадров именно в данных направлениях.

Эти четыре документа направлены на создание некоего «образовательного коридора», который способен уже с начальных классов школы провести ребенка в рамках заинтересовавшей его сферы до профессиональной реализации на рынке труда. Например, если школьник в начальных классах занялся робототехникой, он попадает на «Робоквант» в кванториум, затем реализуется при поддержке АСИ, параллельно с обучением участвует в World Skills по компетенции «робототехника» и в итоге выходит на рынок труда инженером-робототехником с огромным опытом по специальности, и вкуче с этим он обладает умениями ведения научных исследований, инфографики, публичных выступлений и т.д.

Таким образом, удовлетворяется спрос работодателя, о котором мы писали выше. Однако это также означает, что такой «коридор» должен пройти каждый школьник. В связи с этим возникает проблема создания эффективного механизма распределения школьников по «направлениям». Поскольку «переходы» школьника из одного кванториума в другой, с одной компетенции в другую и так далее возможны, что приведет к нарушению созданного «коридора» и, как следствие, «выходу» менее подготовленного специалиста.

В нашем исследовании мы хотим предложить создание рекомендательного механизма распределения людей по «направлениям», основываясь на особенностях частотно-специфических характеристик электроэнцефалограммы мозга.

Развитие психики человека в онтогенезе во время приобретения профессионального опыта является важной задачей для общей, возрастной, педагогической психологии и психологии труда. Известно, что на психотехническом этапе профессионального развития появляются психофизиологические показатели, которые, в свою очередь, являются следствием нейрофизиологических и биохимических процессов. Ввиду этого можно заключить, что формирование психики зависит от приобретаемых особенностей структуры головного мозга [2, 3]. Поэтому при профессиональном развитии, в зависимости от «направления» этого развития, формируется особая трудовая психика человека и, как следствие, происходят специфичные для нее нейрофизиологические и биохимические процессы.

**Обзор литературы.** Подготовка ребенка, подростка или взрослого к направленному профессиональному развитию должна начинаться с эффективной диагностики и оценки предрасположенности к той или иной профессиональной деятельности для дальнейшей максимальной реализации профессионального потенциала.

Важной задачей для психологии труда является фиксирование предрасположенности детей, подростков и взрослых к профессиональному развитию в той или иной области, для которого желательным определением критериев номинального психофизиологического развития, не зависящих от:

– стремления личности к интеграции в некую социальную группу, которая исторически сформировалась на основе самоидентификации ее членов с социумом и институтами;

– детерминанты процессуального развития, которой свойственна главенствующая на данный момент времени культура общественного разделения труда.

Подобными критериями могут являться электрофизиологические показатели, на которые не влияют вышеуказанные ограничения. Также данные показатели, анализируемые комплексно, могут выявить корреляцию величин, отвечающих за профессиональное развитие на протяжении определенного временного диапазона.

К настоящему времени опубликовано достаточное количество научных работ для проведения глобального исследования, которое охватывало бы как большую возрастную, так и широкую профессиональную аудиторию. Авторы работ, такие как Н.Ю. Кипятков, Г.А. Аминев, Э.Г. Аминев, О.Г. Кондратьева, С.А. Башкотов, Ю.В. Бовт, нашли статистически значимые корреляции между электрофизиологическими показателями (альфа-, бета-, тета- и дельта-ритмы, выявляемые при ЭЭГ), нейропсихологическими параметрами и профессиональным развитием [1, 4–5].

Поэтому мы считаем, что с помощью анализа альфа-, бета-, тета- и дельта-ритмов, выявленных при ЭЭГ, и использования адекватных способов сравнения показателей, полученных на разных этапах и в различных сериях эксперимента для разных возрастных и профессиональных групп, можно получить достоверную информацию о психофизиологических особенностях испытуемых при становлении профессионального развития.

Рассмотрим и проанализируем работы наиболее приближенные к планируемому исследованию.

В исследовании И.Г. Таламовой, Л.П. Черепкиной, С.П. Степочкиной [6], которое посвящено нейробиологическому управлению в учебном процессе, говорится о возможности вмешательства в структуру и временное распределение альфа- и тета-ритмов, что позволит изменить течение нейрофизиологических процессов. Это наводит на мысль о том, что если мы способны изменять, хоть и частично, нейрофизиологические процессы, то фиксировать их динамику и осуществлять последующий анализ для выявления интересующих нас процессов также возможно.

Также авторами статьи описаны точные распределения фоновой биоэлектрической активности от наибольших к наименьшим у менее успевающих и, наоборот, у более успевающих студентов. Данный факт подтверждает зависимость параметров альфа-, бета-, тета- и дельта-ритмов от успеваемости и, как следствие, от профессионализма.

Фактически эта работа указывает на существование некоего механизма динамики альфа-, бета-, тета- и дельта-ритмов в зависимости от профессионального развития человека.

В дальнейшем, в работах О.В. Кайгородцевой, В.Г. Тристан, И.Г. Таламовой, Т.Ю. Стрижковой, Л.П. Черепкиной, О.Ю. Стрижковой [7–10], только подтверждаются подобные умозаключения. Однако их исследования проводились либо на студентах физического факультета, либо на спортсменах, что значительно «специализирует» подобные работы. В нашем же исследовании планируется собрать данные с «широкого круга» специальностей, что позволит охватить разные возрастные и профессиональные группы. Далее рассмотрим методику.

**Методология, результаты.** Исследование будет проводиться на группах испытуемых – учащихся средних общеобразовательных школ (СОШ), учреждений среднего профессионального (СПО) и высшего профессионального (ВПО) образования региона. Подбор испытуемых зависит:

- в СОШ – от возраста, пола и увлечений школьников;
- в СПО – от специальностей студентов (указанных в ТОП-50);
- в ВПО – от дальнейшего развития специальностей, указанных в предыдущем пункте.

Для подтверждения / опровержения выдвинутых в работе гипотез необходимо собрать и проанализировать показатели альфа-, бета-, тета- и дельта-ритмов, составляющих ЭЭГ учащихся и специалистов в общем возрастном диапазоне от 13 до 25 лет. Испытуемые разделяются как по возрастному признаку, так и по уровню образования (СОШ, СПО, ВПО и работающие) и направлению специальности (естественные, общественные, технические, гуманитарные, антропологические науки). Таблицы с указанием распределения испытуемых приведены ниже (табл. 1–3).

Т а б л и ц а 1

Таблица для СОШ

Показатели	13 лет	14 лет	15 лет	16 лет	17 лет	18 лет
Альфа-ритм						
Бета-ритм						
Тета-ритм						
Дельта-ритм						

Таблица для СПО

Параметры	16 лет	17 лет	18 лет	19 лет	20 лет	21 год
Альфа-ритм						
Бета-ритм						
Тета-ритм						
Дельта-ритм						

Таблица для ВПО

Параметры	16 лет	17 лет	18 лет	19 лет	20 лет	21 год
Альфа-ритм						
Бета-ритм						
Тета-ритм						
Дельта-ритм						

Для обработки ЭЭГ отбираются результаты исследования испытуемых, показавших предрасположенность к одному из пяти научных направлений (для испытуемых СОШ), обучение на определенной специальности (для испытуемых СПО и ВПО), а также непосредственная работа по одному из направлений (для работающих испытуемых).

В табл. 1–3 указываются средние значения для испытуемых в зависимости от возраста. Индивидуальная анкета будет выглядеть следующим образом (табл. 4).

Индивидуальная анкета

Ф.И.О.			
Возраст (полных лет)			
Альфа-ритм			
Бета-ритм			
Тета-ритм			
Дельта-ритм			

Исследование планируется проводить на протяжении четырех лет, чтобы можно было проследить развитие испытуемых и, как следствие, их показателей альфа-, бета-, тета- и дельта-ритмов. Это даст нам следующую важную информацию:

- на какой специальности обучается «первая волна» испытуемых СОШ и насколько успешно;
- на какой направленности работает «первая волна» испытуемых СПО и ВПО и насколько успешно;
- есть ли схожие диапазоны ритмов у последующих «волн» испытуемых по сравнению с «первой волной».

Записи ЭЭГ планируется снимать модулем ЭЭГ «BiTronics Lab» (один модуль на одного испытуемого) при выполнении базового вида деятельности (в зависимости от направленности).

Базовые виды деятельности должны быть определены и согласованы перед проведением исследования и не меняться на протяжении всех четырех лет. Для определения базового вида деятельности необходимо воспользоваться консультацией специалистов и ФГОС.

Альфа-, бета-, тета- и дельта-ритмы регистрируются от симметричных отведений модуля на лобных, передне-височных, теменных и затылочных зонах. Показатели снимаются на протяжении всего периода выполнения задания испытуемым.

После получения показателей и заполнения табл. 1–4 в автоматическом режиме с помощью компьютерной программы производится сравнение графиков и нахождение схожих диапазонов (профессиональных маркеров).

#### Выводы и дальнейшие перспективы исследования

1. В настоящее время происходит процесс формирования «образовательного коридора», цель которого заключается в быстром развитии профессиональных навыков ребенка с раннего возраста, что приведет к ускоренной реализации на рынке труда.

2. На данный момент мы располагаем достаточным количеством информации в этой области, что помогает нам «ограничить поле деятельности». А самое главное, исследования авторов выявили интересующие нас критерии для работы, т.е. электрофизиологические показатели (альфа-, бета-, тета- и дельта-ритмы), отвечающие за профессиональное развитие на протяжении определенного временного диапазона.

3. Сформирована методика, составлен план и подобрано измерительное оборудование для исследования, что позволит нам получить достоверную информацию о психофизиологических особенностях испытуемых при становлении профессионального развития.

#### *Литература*

1. Бовт Ю.В. Компьютерные методы анализа электроэнцефалографии при дисциркуляторной энцефалопатии у механизаторов сельского хозяйства // Вестник НТУ ХПИ. 2004. № 34.
2. Гольцева Т.П. О задачах исследования психологических особенностей профессиональной деятельности инженера связи органов внутренних дел // Вестник Костромского государственного университета. Сер. Педагогика. Психология. Социокинетика. 2010. № 3.
3. Еремеева О.В. Электроэнцефалографическая функциональная проба произвольного усиления мощности ритма мозга в альфа диапазоне и ее результаты у спортсменов, прошедших курс нейробиоуправления // Вестник ЮГУ. 2008. № 3 (10).
4. Зверева З.Ф., Ванчакова Н.П., Осипов К.В. Психофизиологические характеристики и нейрофизиологические показатели (величина межполушарной асимметрии мощности биопотенциалов) у лиц с десинхронизированными и синхронизированными ЭЭГ при разном уровне профессиональной ответственности // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Серия 11. Медицина. 2011. № 2.
5. Кайгородцева О.В., Тристан В.Г., Таламова И.Г. Динамика электроэнцефалограммы после курса нейробиоуправления // Бюллетень сибирской медицины. 2010. № 2.
6. Карпова В.В., Дикая Л.А. Электрофизиологические показатели образной творческой деятельности у художников // Северо-Кавказский психологический вестник. 2015. № 2.
7. Кондратьева О.Г., Башкотов С.А. Изменение  $\alpha$ -ритма ЭЭГ при формировании синдрома эмоционального выгорания у педагогов общеобразовательных школ // Вестник ЧГПУ. 2010. № 9.
8. Суворов Н.Б., Абрамов В.А., Козаченко А.В., Полонский Ю.З. Биотехническая система для исследования интеллектуальной деятельности человека // Информационно-управляющие системы. 2010. № 5.
9. Таламова И.Г., Черепкина Л.П., Степочкина С.П. Электроэнцефалографическое нейробиоуправление (альфа-тренинг) в учебном процессе у студентов // Человек. Спорт. Медицина. 2006. № 3-1.
10. Таламова И.Г. Нейрофизиологические механизмы успешности нейробиоуправления и его психофизиологические эффекты // Омский научный вестник. 2006. № 5-1.

#### **METHODOLOGY OF IDENTIFYING PECULIARITIES OF FREQUENCY-SPECIFIC BRAIN EEG CHARACTERISTICS IN ONE'S PROFESSIONAL DEVELOPMENT**

**Petrov A.M.**, candidate of technical sciences, highest category teacher, associate professor of general and social psychology, Tyumen State University, Tyumen, Russia.

**Plotnikova M.V.**, candidate of biological sciences, associate professor, associate professor of developmental physiology, special and inclusive education, Tyumen State University, Tyumen, Russia.

**Malyshenkova A.S.**, first-year student (pedagogical education), Tyumen State University, Tyumen, Russia.

**Abstract.** This article suggests a mechanism for orienting people to professional fields based on their frequency-specific characteristics of brain electroencephalogram (EEG). It is known that at the psycho-technical stage of professional development there appear physiological characteristics which in turn are the consequence of neurophysiological and biochemical processes. Because of this we can conclude that the psyche development depends on the acquired features of the brain structure. Thus, the analysis of alpha-, beta-, theta- and delta-rhythms revealed by the electroencephalogram and the use of adequate methods of comparing the parameters obtained at different stages and series of experiments for different ages and professional groups enable one to obtain reliable information about psycho-physiological characteristics of the subjects in the course of professional development. The study is going to involve groups of subjects in secondary schools, institutions of secondary professional and higher education in the region. To confirm or disprove the hypotheses it is necessary to collect and analyze the metrics of alpha-, beta-, theta- and delta-rhythms of the electroencephalogram components in students and professionals in the general age range from 13 to 25 years. The subjects are divided based on their age, level of education and area of specialty: natural, social, technical, humanitarian, or anthropological science. For processing the electroencephalograms we will select data from the study subjects who showed a predisposition to one of the five scientific fields. The criterion of "predisposition" can be revealing interest in a particular orientation or being trained in this or that specialty, as well as those who work in one of the directions. The study is going to be conducted for four years in order to follow the development of the subjects in the professional field based on their indicators of alpha-, beta-, theta – and delta-rhythms. Electroencephalograms are going to be recorded using the BiTronics Lab module (one module per a subject) when you perform a basic activity (depending on the orientation). Basic activities should be identified and agreed prior to the study and will not change throughout the four years. To determine the basic kind of activity it is necessary to address experts and the FSES.

**Keywords:** alpha, beta, theta and delta rhythms; electroencephalogram; professional development; ontogenesis; frequency-specific characteristics of the brain's electroencephalogram.

## ТУВИНСКИЙ ЭТНОС В ФОКУСЕ ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНОЙ АДДИКТОЛОГИИ

А.Г. Пешковская

Научно-исследовательский институт психического здоровья,  
Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия  
E-mail: peshkovskaya@gmail.ru

**Аннотация.** Изложены результаты исследований, свидетельствующие о существенном влиянии фактора этнической принадлежности на развитие зависимого от алкоголя поведения. Аккультурация и аккультурационный стресс обозначаются в качестве условий, способствующих развитию алкогольной зависимости у представителей коренного этноса.

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость; этническая принадлежность; этнические различия.

Распространенность алкоголизма в Российской Федерации составляет 1,6% общей численности населения. При этом в ряде регионов этот показатель остается стабильным на уровне 3–5% общей численности населения [1]. В частности, высокие показатели распространенности алкоголизма регистрируются среди населения коренной этнической принадлежности.

Результаты многих научных изысканий доказывают существенное влияние этнокультуральных факторов на клинко-динамические характеристики психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя [2–3]. С развитием этнотерриториальных исследований получает развитие этнонаркологический аспект рассмотрения закономерностей формирования аддиктивных расстройств.

Акультурация и аккультурационный стресс выступают условиями, способствующими развитию алкогольной зависимости [4]. Так, злоупотребление алкоголем среди американцев азиатского происхождения часто связано с трудностями перехода к западной культуре. Для латиноамериканцев рождение в Соединенных Штатах может рассматриваться как фактор риска алкоголизма, в частности в отношении рожденных в США этнических мексиканцев в сравнении с рожденными и проживающими в Мексике [5]. Высокие темпы аккультурации связаны в этих группах со значительным риском злоупотребления алкоголем, а также эпизодическим пьянством у женщин.

Исследования показали, что, отказываясь от привычных ценностных отношений, стиля поведения, человек оказывается в состоянии социальной и психологической дезорганизации – аномии [6]. Следствием этого становятся чувство смятения и депрессия, открывается дорога различным формам аддиктивного поведения и в первую очередь злоупотреблению алкоголем.

В свою очередь, причину алкоголизации коренного населения, проживающего вне «этноконтактной зоны», можно связать со стрессующим действием современного общества [7]. Представители традиционных культур вынуждены менять свою ценностно-мотивационную структуру. Изменение структуры ценностей в традиционных обществах сопряжено с трансформациями этнической идентичности их представителей, ее размыванием. Распространение безработицы в селах, сложности адаптации к реалиям «техногенной цивилизации» (миграция сельского населения в город) и многие другие причины ведут к негативным последствиям, связанным с употреблением алкоголя [8].

Не менее остро стоит проблема психического здоровья малочисленных народов России. В качестве модели для изучения этнических и культуральных аспектов проблемы алкоголизма рассмотрена актуальная для сибирского региона ситуация в Республике Тыва. Среди населения республики наблюдается ежегодный рост употребления алкоголя с вредными последствиями. На наркологическом учете в республике состоит 3,2% населения трудоспособного возраста, регистрируется рост заболеваемости наркологическими расстройствами «новой волны», а также рост алкоголизма, определяющий структуру региональной наркологической ситуации [9–10].

Республика Тыва расположена в центральной части Азии между югом Восточной Сибири и севером Республики Монголии. Тувинцы – континентальные монголоиды, один из коренных народов Саяно-Алтайского нагорья на юге Сибири (бассейн Верхнего Енисея). Республика Тыва – самое молодое государственное образование в составе РФ. Общая численность населения республики – 312 940 чел. (2014), плотность населения – 1,86 чел./км<sup>2</sup>. Удельный вес городского населения – 51,22% (2014). Преобладающую часть населения республики составляют представители коренной национальности – тувинцы (77%), в том числе тувинцы-тоджинцы – один из малочисленных народов Севера. Доля проживающих на территории республики русских составляет 20%.

По своему происхождению тувинцы относятся к алтайской языковой семье и входят в тюркскую языковую группу. Традиционное вероисповедание тувинцев – буддизм с сохранением элементов более древних верований – шаманизма. Основным занятием тувинцев издавна было скотоводство. Большинство тувинцев-аратов (так назывались крестьяне в Тыве, занимающиеся скотоводством) вели кочевой образ жизни. Из кипяченого квашеного молока готовили молочную водку – арагу. Арага считалась священным напитком. Употребление араги имело сакральный смысл – напиток использовался в различных магических обрядах. Существовал древний магический запрет на нее для женщин и детей, а также для мужчин моложе 30 лет.

Веками сложившаяся традиция употребления молочной араги сформировала определенные биохимические процессы переработки алкоголя, которые не совпадают с таковыми у европеоидов, вследствие чего потребление этнокультурально чуждого продукта имеет для тувинцев значительно более тяжелые последствия.

**Цель исследования:** изучение клинико-психологических особенностей у лиц с алкогольной зависимостью тувинской и русской национальной принадлежности.

**Материалы и методы исследования.** Клинико-динамическому и экспериментально-психологическому обследованию были подвергнуты 134 больных алкогольной зависимостью: 70 человек тувинской и 64 человека русской национальности.

В процессе обследования больных анализировались анамнестические данные, проводились общее клиническое и экспериментально-психологическое обследования. Статистическая обработка данных проводилась с использованием U-критерия Манна–Уитни.

**Результаты исследования.** Установлено, что первый эпизод знакомства с алкоголем происходит у тувинцев достоверно позже, чем у русских потребителей – в среднем в 17,9 лет ( $p=0,00002$ ). По данным отдельных исследований, русские подростки, раньше приобщаясь к алкоголю, вероятно, «втягивают» тувинских, поскольку субмиссивная мотивация потребления алкоголя является ведущей в мотивационных профилях тувинцев. Аналогично, систематически употреблять спиртное тувинцы начинают почти на 10 лет позже русских, в возрасте 35,1 лет против 24,6 лет у русских. Один из основных синдромов алкогольной зависимости – синдром отмены – формируется у тувинцев в достоверно более позднем возрасте в сравнении с русскими (37,7 и 29,6 лет соответственно;  $p=0,00004$ ). Однако у тувинцев эти симптомы формируются прогрессивно – в среднем за 2–2,5 года систематического употребления алкоголя, что в 2 раза быстрее, чем у русских.

Фокус внимания экспериментально-психологического исследования составили память, мышление – характеристики и уровень мыслительных операций – в их взаимосвязи с клинико-динамическими параметрами алкогольной зависимости у тувинцев и русских.

Исследование памяти подтверждает наличие мнестических нарушений как у тувинцев, так и русских: показатели методики «10 слов» (число слов в третьем повторении и повторении спустя час; наличие лишних слов и застревание на них) ниже нормативных. Вместе с тем в тувинской группе показатель продуктивности запоминания составил в среднем  $4,65 \pm 0,41$  слов, что достоверно ниже ( $p=0,017$ ), чем в группе русских, в которой он в среднем равнялся  $6,88 \pm 0,09$ .

Данные об особенностях мышления, полученные с помощью методики пиктограмм, свидетельствовали о том, что в результате алкогольной зависимости обобщение на уровне сложных абстрактных понятий доступно больным алкоголизмом тувинцам в меньшей степени в сравнении с русскими того же возраста с той же стадией развития заболевания ( $p=0,047$ ).

Во всех группах установлено, что алкогольная зависимость, оказывая влияние на интеллектуальную сохранность респондентов, обнаруживает связь и с тонкими особенностями выполнения методики пиктограмм – тяжесть клинических проявлений связана со структурными и графическими особенностями рисунка. Установлено, что феномен графической стереотипии (повторение в рисунках человеческих фигур или мелких деталей человеческого тела, предметов, символов) имеет связь с продолжительностью синдрома отмены в группе тувинцев; использование предыдущего рисунка для построения образа на последующее понятие пиктограммы – феномен «единой системы» – коррелирует с количеством предпринятых попыток лечения в группе русских и продолжительностью синдрома отмены у тувинцев. В свою очередь, чем дольше длительность систематического употребления алкоголя, тем чаще имеет место персеверация – прямое повторение идентичных изображений на два и более понятия пиктограммы.

Вместе с тем особенностью, характерной для рисунков пациентов тувинской национальности, является актуализация образов культурально-обусловленной тематики. Так, с определенной частотой в протоколах тувинцев встречаются изображения лошадей, скачек и борцов (обычно на понятие «веселый праздник»); юрты, скота (на понятие «богатство»); буддийского храма (на понятие «развитие») и даже схематичные фигуры людей нередко имеют «монголоидные» лица (рис. 1–4).



Рис. 1. «Лошадь, скачки», изображенные пациентом тувинской национальности на понятие «веселый праздник» методики пиктограмм



Рис. 2. Изображение буддийского храма на понятие «развитие»

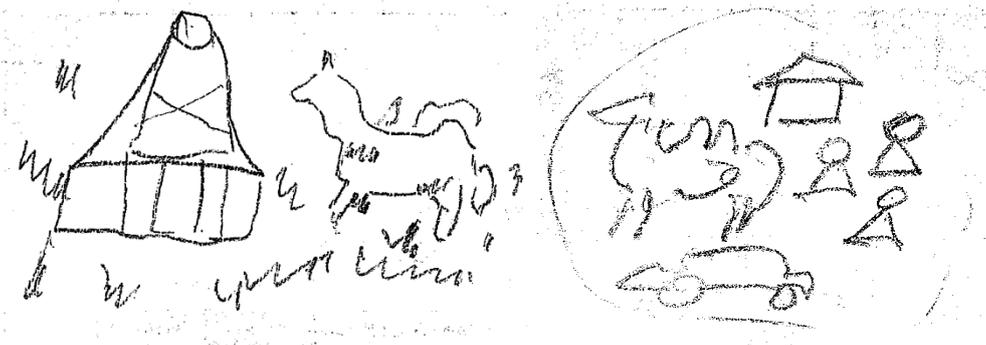


Рис. 3. Юрта, скот, а также верблюд – пиктограммы на понятие «богатство»

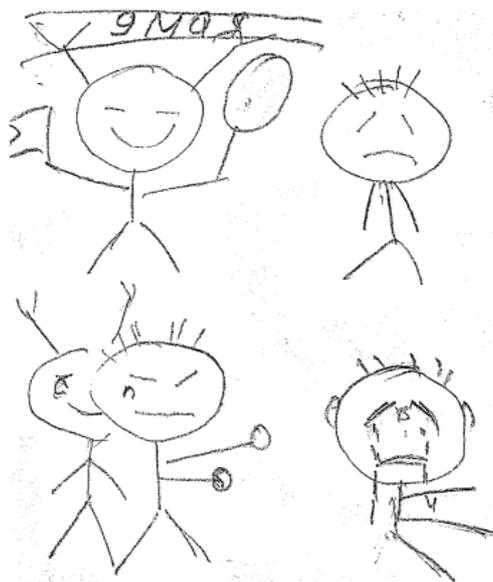


Рис. 4. Изображения человеческих фигур, лица которых имеют «монголоидные черты»

**Заключение.** Установлены клинико-динамические и познавательные особенности при алкогольной зависимости у лиц тувинской и русской этнической принадлежности. Тувинцы достоверно позже русских впервые пробуют, а также начинают употреблять алкоголь систематически, но тип течения алкоголизма у них приобретает высокопрогредиентный характер. Сопоставимость возрастных клинико-динамических показателей формирования алкоголизма у русских и тувинцев является прогностически неблагоприятным признаком для тувинцев. У представителей тувинского этноса алкогольная зависимость в большей степени повреждает способность к оперированию сложными абстрактными понятиями. Снижения продуктивности запоминания также более выражены среди больных алкоголизмом тувинцев в сравнении с русскими, что свидетельствует о большей уязвимости коренного этноса воздействию алкоголя.

Установленные особенности параметров алкогольной зависимости среди коренного населения отражают актуальность этнокультуральной специфики, представления о которой определяют новые возможности повышения эффективности терапии и профилактики зависимости с расширением этнически компетентных границ реабилитационного воздействия.

## Литература

1. Меркер В., Иванова С.А. Этнокультуральные исследования психического здоровья Сибири: 15 лет Международной Ассоциации этнопсихологов и этнопсихотерапевтов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 5 (80). С. 83–86.
2. Бисалиев Р.В., Кречина Е.В., Ханинев Н.Ф. Этнокультуральные аспекты алкогольной зависимости // Неврологический вестник. 2011. Т. XLIII, вып. 1. С. 68–75.
3. Бохан Н.А., Мандель А.И., Пешковская А.Г., Бадырғы И.О., Асланбекова Н.В. Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. № 6, вып. 2: Алкоголизм. С. 9–14.
4. Chartier K., Caetano R. Ethnicity and Health Disparities in Alcohol Research // Alcohol Research & Health. 2010. Vol. 33, № 1, 2. P. 152–160.
5. Caetano R., Ramisetty-Mikler S., Rodriguez L.A. The Hispanic Americans Baseline Alcohol Survey (HABLAS): The association between birthplace, acculturation and alcohol abuse and dependence across Hispanic national groups // Drug and Alcohol Dependence. 2009. № 99 (1–3). P. 215–221.
6. Palacios J.F., Portillo C.J. Understanding native women's health // Journal of Transcultural Nursing. 2009. № 20 (1). P. 15–27.
7. Пешковская А.Г. Этно-культуральный диспаратет когнитивных нарушений при алкоголизме // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2014. Т. XLVI, № 3. С. 97–98.
8. Пешковская А.Г., Мандель А.И., Бадырғы И.О., Бохан Н.А., Иванова С.А., Федоренко О.Ю. Психологические особенности больных алкоголизмом различных этнических групп коренного населения Сибири : пособие для врачей. Томск, 2015. 45 с.
9. Пешковская А.Г., Кузнецов В.Н., Бохан Т.Г. Этнокультуральная характеристика параметров социального функционирования южных (нарымских) селькупов с синдромом алкогольной зависимости // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 3 (78). С. 69–74.
10. Бадырғы И.О., Бохан Н.А., Мандель А.И., Монгуш Ч.К., Пешковская А.Г. Медико-социальные показатели наркологической ситуации среди населения Республики Тыва // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 3. С. 29–32.

### TYVINIAN ETHNOS IN THE FOCUS OF TRANSCULTURAL ADDICTOLOGY

**Peshkovskaya A.G.**, Junior researcher, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia. E-mail: peshkovskaya@gmail.ru

**Abstract.** Ethnic and cultural factors have a significant impact on the clinical and dynamic characteristics of mental and behavioral disorders due to alcohol use. As a model for studying ethnic and cultural aspects of the problem of alcohol dependence, the current situation in the Republic of Tyva, Russia is considered. The predominant part of the population of the republic is made up of representatives of indigenous nationality – Tuvinians, including Tozhu Tuvinians – the small ethnos of the North. The study established the clinical and dynamic parameters of alcohol dependence among representatives of the Tuva and Russian ethnic groups. We found that alcohol dependence in the representatives of the Tuva emerged rapidly. Specific features of cognitive impairments, which consist in a decrease in memory productivity, a decrease in the adequacy of associative connections, are determined. In representatives of Tuvan ethnos, alcohol dependence in the greater degree hurts the ability to operate with complex abstract concepts, reduces the productivity of memorization in comparison with Russians, which indicates a greater vulnerability of the indigenous ethnos to the effects of alcohol. The established features of the parameters of alcohol dependence among the indigenous population reflect the relevance of ethno-cultural specificity. We assume that ethno-cultural features determines new possibilities for increasing the effectiveness of therapy and preventing on the expansion of ethnically competent borders of rehabilitation effects.

**Keywords:** alcohol dependence, ethnicity, ethnic differences.

УДК 159.97

## УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РОССИЯН

**В.А. Прохода**

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова,  
Финансовый университет при Правительстве РФ, Москва, Россия  
E-mail: prohoda@bk.ru

**Аннотация.** Рассматривается связь употребления алкоголя с психическим здоровьем россиян.

**Ключевые слова:** алкоголь; употребление алкоголя; здоровье; психическое здоровье; психосоциальное состояние; депрессивные состояния.

Взаимосвязь употребления алкоголя с состоянием здоровья общеизвестна. По официальным данным, чрезмерное употребление алкоголя является одним из основных факторов роста преждевременной смертности и бремени предотвратимых заболеваний, серьезно влияет на здоровье населения. Только в 2012 г. в мире произошло 3,3 миллиона случаев смерти в результате вредного употребления алкоголя. Употребление алкоголя может приводить к формированию зависимости, повышать риск развития у людей более 200 болезней [9]. Алкоголем обусловлено 5,1% общего глобального бремени болезней и травм, согласно оценкам в показателях лет жизни, утраченных в результате инвалидности. Среди людей в возрасте 20–39 лет примерно 25% всех случаев смерти связаны с алкоголем.

В официальных международных документах здоровье трактуется не только как отсутствие болезней и физических дефектов, но как состояние полного физического, душевного и социального благополучия [8, с. 1]. При этом под психическим здоровьем обычно понимается «состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество» [5]. Постулируется, что психическое здоровье является неотъемлемой частью здоровья. На уровне официальных международных организаций констатируется, что существует причинно-следственная связь между вредным употреблением алкоголя и целым рядом психических и поведенческих расстройств [3]. Признается, что вредное употребление алкоголя является серьезным предотвратимым фактором риска возникновения нервно-психических болезней [7]. Многочисленные исследования подтверждают существование связи между употреблением алкоголя и состоянием психического здоровья [4, 10].

Оговоримся, что настоящая работа не претендует на комплексное рассмотрение затрагиваемой проблемы, подразумевающее наличие мощной медицинской составляющей. Автор ограничивается анализом результатов массового опроса населения. Эмпирической основой публикации послужили результаты проведенного в 2010 г. социологического исследования «Здоровье населения и социальные перемены». Исследование проводилось Центром социологических исследований ОПИНИО в 2010 г. в рамках проекта «Здоровье в переходный период: тенденции в здоровье населения и политика в сфере здравоохранения в странах СНГ» (НИТТ-CIS, соглашение о гранте № 223344, ЕС-FP7). Метод сбора первичной социологической информации – личное интервью (face-to-face). Объем выборки – 3 000 человек. Тип выборки – стратифицированная, многоступенчатая, случайная на этапе отбора респондентов, репрезентативная для взрослого населения России.

Результаты исследования позволяют констатировать, что россияне осознают необходимость воздержания от чрезмерного употребления алкоголя для поддержания здоровья. Большинство респондентов (70,3%) отметили, что избегание злоупотребления алкоголем важно для поддержания здоровья, 18,6% – скорее важно. Только для каждого двадцатого россиянина (5,2%) этот фактор скорее не важен и лишь для 3,8% респондентов совсем не важен. Можно констатировать устойчивость подобных установок респондентов, что подтверждается результатами предыдущей волны исследования, проведенной в России в 2001 г. В сознании россиян неумеренное употребление алкоголя ассоциируется с вредом для здоровья. При этом существует вероятность, что у некоторой части респондентов здоровье ассоциируется, прежде всего, с физическим здоровьем. Интересно, что, по мнению опрошенных, отказ от употребления ударных доз алкоголя важнее для поддержания здоровья, нежели регулярное выполнение физических упражнений и регулярное посещение врачей.

Всемирная организация здравоохранения к числу факторов вредного употребления алкоголя относит характер употребления спиртного, в частности эпизодическое или регулярное употребление спиртных напитков. Сравнительно чаще других алкогольных напитков россияне употребляют пиво (раз в неделю и чаще – 37%). Среди мужчин пиво пользуется большей популярностью, чем у женщин ( $r = 0,233$ ;  $p \leq 0,001$ ). Обнаруженная корреляция частоты потребления с возрастом ( $r = 0,343$ ;  $p \leq 0,001$ ) позволяет назвать пиво молодежным напитком. На втором месте по частоте употребления оказалось крепкое спиртное (раз в неделю и чаще – 23,8%). Предпочтение крепким напиткам отдают мужчины ( $r = 0,338$ ;  $p \leq 0,001$ ), представители старших возрастов ( $r = -0,262$ ;  $p \leq 0,001$ ), жители сел и деревень (раз в неделю и чаще – 30,9%; Москва – 11,1%; областной центр – 23%; город – 24%; ПГТ – 21%). Потребители крепкого спиртного чаще относят себя к группе бедных россиян ( $r = 0,094$ ;  $p \leq 0,001$ ). Интересно, что установку на отказ от потребления высокоградусного алкоголя демонстрируют лишь 14,9% респондентов, к которым относился вопрос. Процент отказников минимален по сравнению с долей никогда не пьющих респондентов по другим видам алкоголя.

Вино пользуется у опрошенных гораздо меньшей популярностью, нежели пиво и крепкое спиртное (раз в неделю и чаще – 5,3%). Отчасти это может быть обусловлено отсутствием в стране хороших вин собственного производства и сравнительно высокими ценами на импортную продукцию. Последнее подтверждается обнаруженной корреляцией самооценки материального положения домохозяйства с частотой употребления вина ( $r = 0,091$ ;  $p = 0,002$ ). Вино употребляют люди сравнительно обеспеченные. Молодые опрошенные пьют вино чаще респондентов в возрасте ( $r = 0,146$ ;  $p \leq 0,001$ ), образованные россияне чаще опрошенных с низким уровнем образования ( $r = -0,191$ ;  $p \leq 0,001$ ), жители столицы или областного центра чаще жителей простых городов, ПГТ, сел и деревень, женщины чаще мужчин ( $r = -0,285$ ;  $p \leq 0,001$ ). При этом среди мужчин в два раза больше (40,6%) процент респондентов, никогда не употребляющих вино (женщины – 20%). Отметим наличие обратной связи между частотой употребления вина и крепкого алкоголя ( $r = -0,160$ ;  $p \leq 0,001$ ). Таким образом, аудитории потребителей вина и высокоградусного спиртного не совпадают.

Важной характеристикой вредного употребления алкоголя является объем выпитого за определенный период времени. По мнению экспертов, предвестником возникновения многих хронических заболеваний в результате употребления алкоголя является суммарный объем алкоголя, выпитого за многолетний период [7, с. 1]. По устоявшемуся мнению вредит здоровью именно чрезмерное употребление алкоголя [2]. Что же касается умеренного потребления, то его иногда даже связывают со снижением уровня заболеваемости некоторыми сердечно-сосудистыми заболеваниями, уровня психо-эмоционального стресса, повышением познавательных функций и др. [1]. Однако вопросы об относительно безопасной дозе употребления, равно как и о пользе малых доз алкоголя для здоровья, до сих пор дискутируются. Встречаются различные оценки, которые также подвержены колебаниям в зависимости от пола, возраста, веса, индивидуальных наследственных характеристик и т.д.

Культура потребления алкоголя в значительной степени характеризуется одновременно частотой и количеством употребляемых россиянами спиртных напитков. По крепкому алкоголю и пиву фиксируется связь между упомянутыми показателями, а по вину зависимость отсутствует. В целом, чем чаще респондент употребляет водку ( $r = -0,184$ ;  $p \leq 0,001$ ) или пиво ( $r = -0,121$ ;  $p \leq 0,001$ ), тем больше единовременная доза приема. Распространенные паттерны употребления различных видов спиртного в зависимости от года исследования представлены в табл. 1. Поскольку вопросы о частоте и количестве употребляемых видов спиртного задавались не всем респондентам, анализировались только ответы россиян, употребляющих определенный вид алкоголя 1 раз в месяц и чаще.

Т а б л и ц а 1

**Распространенные паттерны употребления алкоголя  
(% от числа респондентов, употребляющих тот или иной вид алкоголя 1 раз в месяц и чаще)**

<b>Крепкое спиртное</b>	<b>Пиво</b>	<b>Вино</b>
1. 1–2 раза в месяц около 200 г – 20,5%	1. 1–2 раза в месяц около литра – 15,9%	1. 1–2 раза в месяц около 200 г – 34%
2. 1–2 раза в месяц около 100 г – 13,6%	2. 1–2 раза в месяц около 0,5 л – 14,4%	2. 1–2 раза в месяц около 350 г – 15,7%
3. 1–2 раза в месяц около 300 г – 11,6%	3. Один раз в неделю около литра – 12,7%	3. 1–2 раза в месяц меньше 200 г – 15,1%
4. 1–2 раза в месяц пол-литра – 7,6%	4. Один раз в неделю около 0,5 л – 10%	4. 1–2 раза в месяц пол-литра – 8,9%

Практически все представленные в таблице паттерны вне зависимости от вида спиртного связаны с единовременным употреблением значительного количества алкоголя. Для крепкого алкоголя самые распространенные дозы варьируют от 100 до 500 г, для пива от 0,5 до 1 л, для вина от 200 до 500 г. При этом алкоголь чаще всего употребляется 1–2 раза в месяц. Очевидно, что в пересчете на этанол при одинаковой частоте употребления наибольшее количество алкоголя принимают любители крепкого спиртного (разово, примерно от 40 до 200 г). Высокое содержание этанола в сравнительно малых объемах крепких напитков провоцирует единовременный прием больших доз алкоголя. На долю поклонников пива приходится приблизительно от 25 до 50 г чистого алкоголя за один прием, однако среди них пользуется популярностью употребление пенного напитка раз в неделю. Наконец потребитель вина по приблизительным подсчетам принимает от 20 до 50 г этанола.

Рассмотренные паттерны дают представление лишь о самых распространенных образцах питьевого поведения россиян. Для классификации респондентов в зависимости от частоты и количества потребляемого спиртного использовалась процедура двухэтапного кластерного анализа. Среди потребителей крепкого алкоголя кластерный анализ позволил выделить три группы респондентов. К первой, с условным названием «чрезмерное потребление», относятся опрошенные, употребляющие в среднем за прием около 420 г крепкого спиртного один раз в неделю и чаще. Таких оказалось 13% от числа респондентов, к которым относился вопрос ( $n = 97$ ). Во вторую группу попали опрошенные, «активно потребляющие» крепкие напитки – выпивают разово в среднем 265 г с периодичностью один раз в неделю (24,6%;  $n = 182$ ). Наконец в третью группу, условно названную «умеренное потребление», оказались включены россияне, употребляющие 1–2 раза в месяц в среднем около 217 г (62,3%;  $n = 461$ ). Отметим, что во всех трех группах степень разброса ответов вокруг среднего значения существенна.

Потребители пива по результатам анализа также оказались разделены на три группы. В первой («чрезмерное потребление») оказались респонденты, употребляющие за один прием в среднем 1,4 л с периодичностью 2–3 раза в неделю и чаще (23,5%;  $n = 179$ ). Во вторую были включены опрошенные, практикующие употребление пива раз в неделю в количестве около 1 л (32,9%;  $n = 251$ ). В третью попали респонденты, выпивающие в среднем около 1 л пива 1–2 раза в месяц (43,6%;  $n = 332$ ). Что же касается употребления вина, то в результате кластеризации были выделены две группы: первая («чрезмерное потребление») – употребляющие промышленное вино раз в неделю и чаще в среднем около 450 г (18,3%;  $n = 62$ ); вторая («умеренное потребление») – выпивающие около 300 г с периодичностью 1–2 раза в месяц (81,7%;  $n = 276$ ).

Проследить связь наличия состояний, характеризующих психическое здоровье респондентов, с их принадлежностью к тому или иному кластеру или группе опрошенных, никогда не употребляющих алкоголь, позволяет табл. 2.

По крепкому спиртному и вину прослеживается зависимость между принадлежностью к кластеру и большинством перечисленных состояний. Люди, употребляющие крепкий алкоголь или вино чрезмерно, чаще констатируют у себя наличие тех или психосоциальных проблем. Особенно ярко это проявляется, когда речь заходит о бессоннице (45,4%), внутреннем напряжении (37,1%), невозможности влиять на происходящее (40,2%), невозможности сконцентрироваться на текущих делах (22,7%) и т.д. Опрошенные, чрезмерно употребляющие пиво, чаще фиксируют невозможность сконцентрироваться на текущих делах (21,8%), отсутствие удовлетворенности от повседневных дел (34,6%). Последнее характерно и для респондентов из кластера «чрезмерное употребление» вина (41,9%). Помимо этого, они чаще других респондентов констатируют чувство одиночества (29%), состояние стресса (41,9%), отмечают бессонницу (45,2%), невозможность влиять на происходящее (37,1%).

**Употребление алкоголя и наличие состояний, характеризующих психическое здоровье респондентов  
(% опрошенных, констатирующих наличие состояния)**

Показатель	Употребляют тот или иной вид спиртного не менее 1–2 раз в месяц									Не употребляют алкоголь
	Крепкое спиртное			Пиво			Вино			
	н	з	о	н	з	о	н	з	о	
Невозможность сконцентрироваться на том, что вы делаете	22,7	12,6	14,1	21,8	14,7	11,4	22,6	14,1	25,9	
Бессонница	45,4	33	31,9	31,3	22,7	29,5	45,2	35,9	52,3	
Постоянное внутреннее напряжение	37,1	21,4	27,8	26,3	25,9	27,1	37,1	29,3	35,9	
Отсутствие удовлетворенности от своих повседневных дел	34	25,3	27,5	34,6	22,7	25,9	41,9	28,3	28,9	
Неспособность преодолевать трудности	15,5	9,9	16,1	16,8	10,8	13,6	13	17	22	
Пугающие мысли	26,8	17,6	20,6	19,6	17,9	23,2	33,9	25	31,3	
Состояние стресса	36,1	28,6	30,8	29,6	25,5	28,9	41,9	32,6	31,2	
Чувство одиночества	22,7	14,8	18	17,9	14,3	18,1	29	18,8	23,1	
Ощущение чрезмерной сложности жизни	34	27,5	26,7	26,8	26,3	27,1	28,4	25,7	36,5	
Невозможность влиять на происходящее	40,2	21,4	25,6	25,7	24,3	24,1	37,1	23,6	31,8	

В то же время требует объяснения тот факт, что среди россиян, не употребляющих алкоголь, оказалось достаточно велика доля респондентов, констатирующих наличие различных депрессивных состояний. Например, абстиненты существенно чаще заявляют о наличии психосоциальных проблем, нежели респонденты, употребляющие алкоголь умеренно, вне зависимости от вида спиртного. Максимальное различие фиксируется применительно к бессоннице. При анализе табл. 2 важно учитывать возможность обратного влияния. Наличие проблемы, болезненное состояние с некоторой долей вероятности могут служить причиной отказа от алкоголя. На уровне гипотезы можно предположить, что в значительной степени именно этим объясняется факт сравнительно частой констатации людьми, не употребляющими алкоголь, плохого состояния здоровья и наличия различных заболеваний. Возможность обратного влияния отчасти подтверждается ответами на вопрос о том, почему респонденты стали пить меньше алкоголя или прекратили выпивать совсем. Каждый седьмой из них (14,2%) сослался на то, что чувствовал себя слишком больным, чтобы употреблять алкоголь. А каждому пятнадцатому (6,6%) прекратить употреблять алкоголь посоветовал врач.

Очевидно, что психическое здоровье респондентов взаимосвязано с потреблением алкоголя. Связь возможна в обоих направлениях, т.е. различные психосоциальные состояния могут быть как следствием, так и причиной употребления спиртных напитков. С одной стороны, общеизвестно пагубное влияние чрезмерного потребления алкоголя на нервную систему человека, с другой – в обществе широко распространено мнение об алкоголе как успокаивающем средстве, своего рода «лекарстве» в трудной жизненной ситуации, способствующем улучшению настроения и приливу сил. Стресс-протективный эффект алкоголя объясняет так называемая гипотеза снижения напряжения [6]. Респонденты потребляют алкоголь, поскольку он обладает способностью хотя бы на время снимать накопившуюся неудовлетворенность, являясь своеобразным способом ее компенсации. Так, например, одиночество может стать провоцирующим употребление алкоголя фактором, в то же время ограниченность социальных связей, в свою очередь, может провоцироваться тяжелыми формами алкоголизации.

Таким образом, исследование показало, что употребление алкоголя связано с психическим здоровьем россиян. Респонденты, злоупотребляющие алкоголем, особенно крепким спиртным, чаще демонстрируют неудовлетворенность состоянием своего здоровья, констатируют наличие психосоциальных проблем. Россияне в большинстве своем отчетливо осознают вред для здоровья чрезмерного употребления алкоголя. Эти представления весьма устойчивы и могут выступать основой поддержки большинством населения принятия и реализации комплекса мер, направленных на ограничение потребления алкоголя. Представленный материал не претендует на учет всех аспектов затрагиваемой проблемы. Очевидно, что ее исчерпывающее рассмотрение сопряжено с рядом методологических сложностей и требует проведения масштабных многолетних межотраслевых исследований с мощной медицинской составляющей. Перспективным представляется проведение компаративного анализа на уровне макрорегионов России и европейских стран.

#### *Литература*

1. Алкоголь и здоровье населения России, 1900–2000 : материалы Всерос. форума по политике в области общественного здоровья «Алкоголь и здоровье» и Всерос. конф. «Алкоголь и здоровье», г. Москва, 1996 г. / под ред. А.К. Демина. М., 1998.
2. Злоупотребление алкоголем в Российской Федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия: доклад Общественной Палаты Российской Федерации. М., 2009. 80 с.
3. Информационный бюллетень № 349. Всемирная организация здравоохранения. Январь 2015 г. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ru/> (дата обращения: 12.09.2017).

4. Овчинников А.А. Диссоциативная модель формирования психических и поведенческих расстройств в результате употребления алкоголя : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2008. 47 с.
5. Основные сведения о психическом здоровье // Всемирная организация здравоохранения. 2014. URL: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/mental-health-final.pdf?ua=1](http://www.who.int/topics/mental_health/mental-health-final.pdf?ua=1) (дата обращения: 12.09.2017).
6. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и стресс // Медицинские новости. 2006. № 10. С. 18–22.
7. Стратегии сокращения вредного употребления алкоголя. Всемирная организация здравоохранения. Шестидесят первая сессия всемирной ассамблеи здравоохранения. 2008. С. 1–8.
8. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения // Всемирная организация здравоохранения. Основные документы. Италия, 2014. С. 1–26.
9. Global status report on alcohol and health 2014. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. P. 376.
10. Dixit A.R., Crum R.M. Prospective study of depression and the risk of heavy alcohol use in women // American Journal of Psychiatry. 2000. Vol. 157. P. 751–758.

#### USE OF ALCOHOL AND MENTAL HEALTH OF THE RUSSIANS

**Prokhoda V.A.**, cand. of sci. (sociology), senior researcher of M.V. Lomonosov Moscow State University, associate professor of the department of sociology of Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, Russia. E-mail: prokhoda@bk.ru

**Abstract.** The author considers the relationship between the alcohol consumption and mental health of Russians. The empirical basis of the publication is the results of an intercountry sociological survey conducted within the framework of the project: "Health in Transition: Trends in Public Health and Health Policy in the UIS Countries" (HITT-CIS). It is stated that Russians are aware of the need to abstain from excessive consumption of alcohol to maintain their health. These representations are very stable in time and can serve as the basis for supporting by the population a set of measures aimed at limiting alcohol consumption. Alcohol consumption patterns that are prevalent in Russia are considered. It is concluded that the audience of consumers of wine and strong alcohol do not match. Socio-demographic characteristics of typical consumers of beer, strong alcohol, wine are described. The respondents are classified according to the frequency and amount of alcohol consumed by the types of alcohol, using a two-stage cluster analysis procedure. The connection between the respondents' mental health and their belonging to a particular cluster has been found; a group of respondents who have never consumed alcohol has been revealed. It was found that the respondents drinking alcohol or wine excessively often displayed the presence of the following health status: insomnia, internal tension, the inability to influence what is happening, the inability to concentrate on current affairs, etc. The respondents drinking beer excessively fix the inability to concentrate on current affairs, lack of satisfaction from everyday affairs. It is noted that the abstinent is more likely to report psychosocial problems than the respondents who drink alcohol moderately regardless of the type of alcohol. The maximum difference is fixed for insomnia. A conclusion is drawn about the bi-directional character of the revealed connection. It is stated that alcohol consumption is associated with the mental health of Russians. Respondents who abuse alcohol, especially strong alcohol, often demonstrate dissatisfaction with their state of health and ascertain the presence of psychosocial problems.

**Keywords:** alcohol; alcohol consumption; health; mental health; psychosocial status; depressive states.

УДК 159.97

### СИНДРОМ ИГНОРИРОВАНИЯ (НЕГЛЕКТА) У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ПАЦИЕНТОВ И ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

О.А. Русских<sup>1</sup>, П.В. Перовщиков<sup>1</sup>, В.А. Бронников<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Городская клиническая больница № 4, Пермь, Россия

<sup>2</sup> Центр комплексной реабилитации инвалидов, Пермь, Россия

<sup>3</sup> Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия  
E-mail: OlgaRusskih2304@mail.ru; paper197@gambler.ru; bronnikov66@mail.ru

**Аннотация.** Рассматриваются синдром игнорирования (неглекта) у пациентов с инсультом, возможности нейропсихологической диагностики и реабилитации пациентов с данным синдромом.

**Ключевые слова:** реабилитация; инсульт; агнозия; неглект; нейропсихологическая диагностика.

В современном мире растет количество инсультов, в результате чего у многих больных происходит нарушение различных функций головного мозга. Расстройства зрительного восприятия, возникающие при поражении корковых структур задних отделов больших полушарий и протекающие при относительной сохранности элементарных зрительных функций (остроты зрения, полей зрения, цветоощущения) называют агнозиями [4].

Классификация агнозий подразумевает их разделение на следующие категории: зрительную, слуховую, обонятельную, вкусовую, тактильную. Следует отметить, что как отечественные, так и зарубежные публикации посвящены главным образом описанию зрительных агнозий.

В силу разнообразия нарушений зрительного гнозиса в отечественной нейропсихологии выделяют несколько типов зрительных агнозий: предметная, цветовая, лицевая, символическая (буквенная, цифровая), симультанная, оптико-пространственная (односторонняя оптико-пространственная, апрактоagnoзия) [2].

При оптико-пространственной агнозии у больных теряется возможность ориентации в пространственных признаках окружающей среды и изображений объектов. Ярким проявлением оптико-пространственной агнозии признан феномен игнорирования одной половины пространства (односторонняя зрительно-пространственная

агнозия, односторонний пространственный неглект, гемипространственный неглект, гемипространственное сенсорное невнимание) [2].

Еще в 1904 г. В.М. Бехтеревым были описаны случаи ощущения больными дополнительных конечностей слева (на фоне левостороннего паралича двигающихся или неподвижных. В 1919 г. G. Holmes выделил феномен отчуждения левой половины пространства, а W.R. Brain в 1941 году подробно описал его. Феномен характеризовался тем, что пациенты не воспринимали невербальный материал: зрительные, тактильные и слуховые стимулы, исходящие из левой половины пространства. В 1949 г. офтальмологом S. Duke Elder для обозначения феномена отчуждения в зрительной сфере был предложен термин «односторонняя пространственная агнозия» [1].

Синдром неглекта наблюдается при обширных повреждениях задних (теменных или теменно-затылочных) областей правого полушария. Считается также, что в развитие данного синдрома вовлечены зрительный бугор, базальные ганглии, мозолистое тело, лобная, теменная и височная доли, ретикулярная формация, другие неспецифические образования, которые поражаются при инсульте.

По данным различных авторов, данный синдром отмечается у 33–38% больных с правополушарным инсультом и у 24% – с левополушарным [3].

Отмечается также, что правостороннее игнорирование проявляется в более мягкой форме.

При неглекте наблюдаются зрительно-пространственные нарушения в виде утраты способности пациента отвечать на стимуляцию или воспринимать информацию на стороне, противоположной пораженному полушарию. Больной не может обнаружить стимул, ответить на него или сфокусировать на нем внимание.

Выделяют следующие виды синдрома неглекта:

- репрезентативное игнорирование, связанное с дефицитом памяти и репрезентации информации. Больной, страдающий этим видом пространственного игнорирования, игнорирует часть пространства, описывая его по памяти;
- моторное игнорирование, выражающееся в дефиците инициации движений;
- сенсорное игнорирование, связанное с расстройством внимания. При этом виде пространственного игнорирования больной не может сфокусировать внимание на части пространства, противоположной поражению мозга.

Клинические признаки синдрома неглекта:

- геминевнимание (отсутствие адекватного ответа на окружающие пациента раздражающие стимулы: приближение людей, различные звуки);
- тактильное угасание (утрата способности реагировать на тактильные стимулы при одновременном тактильном стимулировании обеих сторон);
- зрительное угасание (утрата способности реагировать на зрительные стимулы при одновременном стимулировании обеих полей зрения (поведенческим признаком неглекта может являться насильственный поворот головы в здоровую сторону);
- аллоэстезия (ощущение сенсорных стимулов на стороне, противоположной стимуляции);
- анозогнозия (отрицание нарушений неврологических функций);
- отрицание принадлежности конечностей одной стороны своему телу.

Выявление феномена игнорирования левой половины пространства имеет столь же существенное значение в диагностике поражений правого полушария, как и выявление афазии в диагностике поражений левого полушария [3].

Так как при синдроме неглекта для пациентов характерно неполное осознание развившегося дефекта, в результате формируется пассивное отношение к своему заболеванию, что негативно сказывается на всем процессе реабилитации.

**Описание выборки.** В исследовании приняли участие 318 пациентов в остром и раннем восстановительном периоде после инсульта. Все пациенты находились на лечении или реабилитации в неврологическом отделении для лечения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения ГБУЗ ГКБ № 2 им. Ф.Х. Граля г. Перми и отделении медицинской реабилитации ГАУЗ ПК ГКБ № 4 г. Перми. Средний возраст испытуемых составил 62 года. Из них 31% женщины и 69% мужчины. Все испытуемые были доступны контакту, не имели выраженных речевых нарушений.

По очагу нарушения пациенты распределились следующим образом: пациенты с инсультом в бассейне правой средней мозговой артерии (ПСМА) составили 31%, из обследованных пациентов с инсультом в бассейне левой средней мозговой артерии (ЛСМА) было 66%, пациенты с инсультом в бассейне левой задней мозговой артерии (ЛЗМА) и инсультом в вертебробазиллярном бассейне (ВББ) в совокупности составили 3%.

Со всеми пациентами, поступившими в отделение, была проведена нейропсихологическая диагностика с использованием шкал, принятых в данных учреждениях.

**Методы и методики исследования:**

1. Схема нейропсихологического исследования высших психических функций, разработанная А.Р. Лурия.
2. Для скрининговой оценки когнитивных процессов использовались:
  - 2.1. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МОСА).
  - 2.2. Батарей лобной дисфункции (FAB).

2.3. Тест рисования часов.

3. Тест Альберта.

4. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

5. Математическая обработка данных проводилась в программе Статистика 10,0.

**Полученные результаты.** В результате проведенной диагностики получены следующие данные. Из всей выборки пациентов с синдромом неглекта выявлены 59 человек, что составило 18,5% от данной выборки. Из них пациентов с инсультом в бассейне правой средней мозговой артерии 55 человек (56% от всех исследуемых пациентов с инсультом в бассейне ПСМА), из пациентов с инсультом в бассейне левой средней мозговой артерии неглект выявлен только у 4 человек (1,9% от испытуемых с инсультом в бассейне ЛСМА).

Рассмотрим далее данные диагностики и реабилитации пациентов с синдромом игнорирования.

По тесту Альберта все пациенты допускали ошибки (пропуски при вычеркивании линий), среднее количество допущенных ошибок по всем пациентам с неглектом составило 25%.

При проведении нейропсихологического исследования высших психических функций с применением схемы разработанной А.Р. Лурия, наиболее частые затруднения у пациентов с неглектом вызывали пробы: «кулак–ребро–ладонь», пробы на кинестетический праксис, «Заучивание 10 слов», зрительно-конструктивная деятельность: допускали пациенты ошибки при выполнении арифметических действий (в том числе ошибки пространственного характера), при обследовании зрительного гнозиса пациенты часто не называли предметы, расположенные на стороне, противоположной поражению.

По тесту рисования часов норма выявлена у 16% от имеющих синдром неглекта. Неточности расположения чисел на циферблате и стрелок часов (8–5 баллов) выявлены у 62% опрошенных. Для 22% опрошенных характерны значимые изменения при попытке нарисовать часы, у них наблюдается утрата целостности часов, числа часто располагаются вне круга.

По шкале МОСА у пациентов с синдромом игнорирования показатель в пределах нормы находится у 19% пациентов, следовательно, 81% пациентов сталкиваются с трудностями при выполнении заданий, определяющих состояние когнитивных процессов. Основные трудности составили задания, направленные на оценку зрительно-конструктивных и исполнительных навыков.

При анализе батареи лобной дисфункции дизрегуляторные нарушения (разные по выраженности) присутствуют у 71% пациентов, для 29% пациентов по данному тесту показатели вошли в пределы нормы.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии показывает, что нормальный уровень тревоги диагностирован у 56% испытуемых, 32% имеют субклинически выраженные показатели тревоги, у 12% диагностирована клинически выраженная тревога. По той же методике клинических проявлений депрессии на данной выборке не выявлено, на долю субклинической депрессии приходится 24% испытуемых, норма показателя диагностирована у 76% пациентов.

Для выявления взаимосвязей между показателями используемых методик был применен корреляционный анализ, который показал наличие прямых значимых связей между тестом Альберта и тестом рисования часов ( $r = 0,70$ ;  $p = 0$ ), шкалой МОСА ( $r = 0,47$ ;  $p = 0$ ), FAB ( $r = 0,33$ ;  $p = 0,011$ ). Обратную связь тест Альберта имеет с уровнем депрессии ( $r = -0,43$ ;  $p = 0,001$ ).

Тест рисования часов имеет прямые связи со шкалой МОСА ( $r = 0,46$ ;  $p = 0$ ), FAB ( $r = 0,44$ ;  $p = 0$ ). Обратную связь тест Альберта имеет с уровнем депрессии ( $r = -0,33$ ;  $p = 0,009$ ).

Полученные данные показывают, что для пациентов с синдромом неглекта свойственны снижение регуляторных и прочих когнитивных процессов, это вполне логично, так как нарушение восприятия (к которому относится неглект) само по себе является когнитивным процессом. Обратную связь неглекта и уровня депрессии можно объяснить тем, что у пациентов с данным синдромом снижение критичности к своему нарушению с меньшей силой будет вызывать негативные эмоциональные переживания.

С пациентами была проведена коррекционная работа, которая включала в себя:

- стимуляцию пораженной стороны (тактильную, зрительную, двигательную);
- постоянное привлечение внимания к пораженной половине пространства (ношение ярких браслетов на левой руке, расположение с левой стороны фотографий значимых людей, ярких предметов);
- вовлечение пораженной стороны в повседневную деятельность (расположение еды (не горячей) с пораженной стороны, подход специалистов и родных со стороны игнорирования, расположение настольных игр, средств связи со стороны игнорирования);
- пациентам также давались задания, включающие в себя расстановку стрелок на часах в соответствии с заданным временем; дорисовывание недостающей части предмета, дорисовывание букв, цифр; сбор заданных узоров в кубиках Коса, выкладывание узоров, используя тактильное (тактильно-цветовое) домино; нахождение середины отрезка; вычеркивание цифр, находящихся в правой и левой половине листа; работа на листах, разделенных пополам; рисование симметричных рисунков; поочередные и одновременные движения руками и пр.).

Проводились также занятия, направленные на тренировку других нарушенных когнитивных процессов. С пациентами с нарушениями эмоциональной сферы проводилась индивидуальная и групповая работа по коррекции тревожно-депрессивных нарушений.

С пациентами работали также и другие специалисты мультидисциплинарной бригады: инструкторы ЛФК, логопеды, эрготерапевты, специалисты по социальной работе.

Перед выпиской пациенты прошли повторно диагностику, по которой получено следующее.

При анализе результатов оценки зрительно-пространственного восприятия с помощью пробы Альберта обращает на себя внимание более высокий процент зачеркивания отрезков. В среднем по группе допущено 15% ошибок.

По тесту рисования часов показатели нормы диагностированы у 41% пациентов, неточности расположения цифр и стрелок на циферблате наблюдались у 42% исследуемых, значимые затруднения при данной пробе сохранились у 17% пациентов.

По шкале МОСА показатели в пределах нормы стали диагностироваться у 61% исследуемых, 39% пациентов по-прежнему испытывали трудности при выполнении заданий.

Снижение управляющих функций сохранилось у 58% пациентов, в норме регуляторные процессы при повторной диагностике диагностировались у 42% испытуемых.

По госпитальной шкале тревоги и депрессии клинические проявления тревоги выявлены у 5% пациентов, субклинические тревожные проявления сохранились у 31% исследуемых, показатели нормы при повторной диагностике определяются у 64%.

Из депрессивных проявлений субклинически выраженная депрессия выявлена у 17% испытуемых, 83% пациентов на время выписки депрессии не имели.

При проведении нейропсихологических проб у пациентов наблюдалась положительная динамика, заключающаяся в улучшении зрительно-конструктивной деятельности, снижении игнорирования левой половины пространства, улучшении восприятия пространственных отношений.

Для выявления статистически значимых различий, учитывая близость распределения к нормальному, был применен Т-критерий Стьюдента. По данному критерию статистически значимыми оказались изменения в тесте рисования часов ( $t = -3,64$ ;  $p = 0$ ), в тесте Альберта ( $t = -2,75$ ;  $p = 0,007$ ), в шкале МОСА ( $t = -2,72$ ;  $p = 0,008$ ), в батарее тестов лобной дисфункции ( $t = -2,93$ ;  $p = 0,004$ ), по шкале тревоги ( $t = 2,14$ ;  $p = 0,03$ ). Это статистически подтверждает снижение синдрома неглекта, улучшение регуляторных и других высших психических, а также снижение тревожных реакций в результате психологической реабилитации.

**Выводы.** В результате исследования выявлено, что синдром неглекта в большей степени характерен для пациентов с правополушарными инсультами, на данной выборке он был диагностирован у 55% от перенесших инсульт в бассейне ПСМА, что совпадает с данными, имеющимися в литературе. Полученные данные говорят о необходимости выявления синдрома игнорирования у пациентов и проведения с ними реабилитационных мероприятий. Однако, несмотря на частоту встречаемости синдрома неглекта, недостаточно нейропсихологического диагностического инструментария для выявления данного синдрома; также в литературе недостаточно исследований по данной теме, в имеющихся исследованиях в основном описан зрительный неглект, материала о других видах неглекта представлено недостаточно.

**Дальнейшие перспективы исследования:** увеличение выборки исследуемых, расширение диагностических методик, применение нейрофизиологических методов исследования, внедрение новых технологий в реабилитационный процесс, анализ динамики у пациентов с синдромом игнорирования на последующих этапах медицинской реабилитации.

### *Литература*

1. Буклина С.Б. Нарушение высших психических функций при поражении глубоких и стволовых структур мозга. 2-е изд. М. : МЕДпресс-информ, 2017. 312 с.
2. Григорьева В.Н., Ковязина М.С., Тхостов А.Ш. Когнитивная реабилитация больных с инсультом и черепно-мозговой травмой. 2-е изд. Н. Новгород : Изд-во Нижегород. гос. мед. акад., 2013. 324 с.
3. Ковальчук В.В. Пациент после инсульта. Принципы реабилитации и особенность ведения. М., 2016. 328 с.
4. Хомская Е.Д. Нейропсихология. 4-е изд., испр. СПб. : Питер, 2006. 496 с.

### **THE SYNDROME OF NEGLECT (AGNOSIA) IN POST-STROKE PATIENTS AND POSSIBILITIES OF NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION**

**Russkikh O.A.**, medical psychologist, City clinical hospital № 4, Perm, Russia. E-mail: OlgaRusskih2304@mail.ru

**Perevoshchikov P.V.**, head of the department of medical rehabilitation of City clinical hospital № 4, Perm, Russia. E-mail: paper197@rambler.ru

**Bronnikov V.A.**, dr. of medicine, professor, director-physician, center of complex rehabilitation for disabled people, Academician E.A. Wagner Perm State Medical University, Perm, Russia. E-mail: bronnikov66@mail.ru

**Abstract.** The problem of recovery of patients with stroke is increasing from year to year due to the fact that stroke occupies the second and the third place among the main causes of disability in developed countries. There are an increasing number of patients with stroke. This requires scientifically based effective schemes of rehabilitation after stroke. A stroke usually leads to some impairment in mental functions that have a strong influence on quality of life in the post-stroke patients and may be a serious obstacle to their rehabilitation in general. The severity of violations of higher mental functions depends on the extent and localization of the brain lesion. In patients with a right hemispheric stroke the common abnormality is a syndrome of neglect. As a result, such patients fail to perceive visual, somatosensory and auditory stimuli on the opposite to the lesion side. The neglect syndrome is one of the important factors that hinder adequate recovery of neurological functions. For successful rehabilitation of patients with the syndrome of neglect it is needed to early detect one and initiate prompt measures aimed at its elimination. A number of studies on dealing with

patients with stroke and the neglect syndrome are very few and, accordingly, there are insufficiently developed regulations and guidelines for managing these patients. This article describes the syndrome of neglecting, including its connection to cognitive and emotional disorders in patients in the acute and early period after stroke. The directions and effectiveness of neuropsychological correction in patients with the neglect syndrome are discussed. The conclusions are made about the effectiveness of psychological interventions in patients with the neglect syndrome and other cognitive disorders, as well as on the necessity of studying this topic, the extension of diagnostic tools to increase the possibilities of helping patients with the syndrome of neglect and improve the efficiency of the whole process of rehabilitation.

**Keywords:** rehabilitation; stroke; agnosia; neglect; neuropsychological diagnostics.

УДК 159.99

## ОСОЗНАННОСТЬ КАК МЕТАПРЕДИКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

Д.С. Семенов

Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина, Екатеринбург, Россия  
E-mail: dim\_sd@mail.ru

**Аннотация.** Обоснован вклад осознанности в формирование психологического иммунитета личности к преодолению профессиональных деструкций.

**Ключевые слова:** конструктивное профессиональное развитие; метаконцепт; осознанность; профессионально-психологическое здоровье личности; психологические предикторы

**Введение.** В современной сложной экономической и политической реальности особенно актуализируется идея самореализации и востребованности каждой личности в обществе. Проблема повышения эффективности работы субъекта труда как в государственном, так и в частном секторе привлекает к себе все большее внимание ученых, политиков, руководителей. В связи с этим поиск возможностей рационального использования ресурсов психики индивида в профессиональной деятельности приобретает первостепенное значение. Это обусловлено рядом причин. Во-первых, таковы актуальные потребности общества, связанные с возрастанием интенсивности профессиональной деятельности и необходимостью решения все более усложняющихся профессиональных задач различного масштаба. Во-вторых, решение указанной проблемы обусловлено важностью повышения эффективности профессиональной деятельности человека (от правильного понимания и качественного выполнения должностных инструкций до грамотного принятия, и эффективной реализации управленческих решений). В-третьих, что является предметом данной статьи, оно обусловлено необходимостью обеспечения психологических условий для профессионального самосохранения и развития субъекта труда, сохранения и укрепления профессионально-психологического здоровья личности.

Реальности трудовой деятельности таковы, что профессионалу, даже несмотря на наличие у него достаточно высоких амбиций и формальных «знаков успеха», не всегда удается справиться со своими должностными обязанностями, достичь требуемого результата работы в кризисных ситуациях, обусловленных неопределенной и нестандартной средой. И в большинстве случаев это связано с недостаточным уровнем развития универсальных (базовых) компетенций, в основе которых находится личностный потенциал (личностные ресурсы) человека. По мнению Э.Ф. Зеер и Э.Э. Сыманюк, в процессе профессиональной деятельности человек, выполняя многоаспектные функции, реализует и преобразовывает себя, снимает свои психологические барьеры, переосмысливает свои профессиональные ожидания, ищет возможности для развития профессионально значимых качеств, вырабатывает свою профессиональную концепцию. Конструктивные проявления индивидуальности обеспечивают человеку адаптацию в обществе, выработку индивидуальных стилей деятельности и жизни в целом, личностное развитие, сохранение нравственного и духовного здоровья. В формировании личностно-профессиональной компетентности особое место занимают потенциальные возможности индивида, нравственные основы, навыки рефлексивного поведения, позволяющие прогнозировать его успешную деятельность. В своем исследовании авторы отмечают, что конструктивный сценарий профессионального будущего личности предполагает максимальную реализацию себя в профессиональной деятельности, поиск возможностей самосохранения и самореализации в трудовой деятельности, проектирование альтернативных стратегий профессионального развития [2].

С целью создания желаемого образа профессионального будущего необходимо исследовать потенциальные возможности индивида, точно и своевременно диагностировать нравственные основы индивидуального поведения, прогнозировать успешную деятельность и способности к решению широкого спектра нестандартных задач. Другими словами, для того чтобы управлять направлением вектора профессионального развития личности и придать ему конструктивную направленность, необходимы технологии диагностики психических состояний и прогнозирования возможных вариантов поведения человека. Важно отметить, что целью данного прогноза является не предсказание будущего, а набор рекомендаций для такого поведения в настоящем, которое будет разумным при любом возможном варианте реального протекания будущих событий.

В связи с тем что профессионально-психологическое здоровье личности является необходимым условием самореализации и конструктивного профессионального развития индивида, становится очевидным актуальность осуществления прогноза траектории профессионального развития субъекта труда. Это обусловлено важностью профилактики и коррекции эмоционального выгорания, формирования негативных качеств личности, деформации системы нравственно-профессиональных ценностей. Поиск возможностей предупреждения и коррекции деструктивного профессионального развития, сохранение и укрепление психологического иммунитета будут способствовать формированию профессионально-психологического здоровья личности, повышению личностно-профессиональной компетентности, приданию профессиональному развитию субъекта труда конструктивной направленности. Перспектива придания вектору профессионального развития конструктивной направленности, по нашему мнению, заключается в изменении сознания человека, его образа жизни, а также субъектного отношения к профессиональной деятельности.

**Обзор литературы.** На протяжении всей истории общественного развития высоко ценились и были востребованы такие качества субъекта труда, как профессионализм и компетентность. В профессиональном самосохранении и развитии субъекта труда особая роль отводится обеспечению профессионально-психологического здоровья, повышению психологического иммунитета личности. При помощи термина «психологический иммунитет» можно описать способность личности противодействовать психотравмирующим факторам, оказывающим на нее давление, которая проявляется как психологическая устойчивость к деструктивным воздействиям окружающей среды.

В современном мире понятие «психологический иммунитет» востребовано в различных сферах жизнедеятельности. Так, например, в глобальной политике данный конструкт используется при разработке стратегии противостояния в информационных войнах и эффективной защиты интересов государства в информационно-психологической сфере. Подобная стратегия заключается в информационной защите сознания граждан путем так называемой «иммунизации», формирования критического мышления. А.В. Кирейчев определяет психологический иммунитет как способность личности поддерживать и восстанавливать свое психическое здоровье посредством использования психологических знаний. Психологический иммунитет человека представляет собой систему защиты собственной психики от психологического воздействия на него другого лица, воспитание здорового скепсиса против предлагаемой информации [4].

Под психологическим иммунитетом субъекта труда мы понимаем способность индивида самостоятельно прогнозировать и осуществлять профилактику стрессовых состояний в обычной и профессиональной деятельности, а также формировать фрустрационную толерантность к различным стрессогенным факторам, т.е. корректировать фрустрационные реакции от деструктивных (непродуктивных) к конструктивным (продуктивным) за счет повышения уровня осознанности. Учитывая данные исследования Н.В. Майсак, к конструктивным реакциям можно отнести интропедитивные (восприятие препятствий как благоприятных и выгодно-полезных для саморазвития) и интроперзистивные (проявление упорства в достижении цели и разрешении фрустрирующих ситуаций) [5].

Таким образом, психологический иммунитет может являться одновременно причиной и следствием психологического здоровья индивида, необходимым условием личностного и профессионального развития, формирования психологически здорового общества. Укрепление психологического иммунитета является залогом психологического здоровья индивида и непременным условием формирования личностно-профессиональной компетентности, прогнозируемости процессов, происходящих в профессиональной деятельности. Толерантная к фрустрации личность способна не только противостоять стрессу, конфликту, психологическим барьерам и т.п., но, что более важно, воспринимать эти барьеры в качестве потенциальной возможности для саморазвития, личностного и профессионального роста.

Основываясь на исследовании психологических факторов профессионального развития личности [7], к психологическим предикторам профессионально-личностного здоровья можно отнести:

– личностные качества (интернальный локус субъективного контроля, рефлексивность, Я-концепция, жизнестойкость, толерантность к фрустрации, целеполагание, стремление к саморазвитию, способность к концентрации внимания, устойчивость интересов, эмоциональная увлеченность, креативная направленность, интуиция, оптимизм и т.п.);

– мотивы (внутренние: смысложизненные ориентации, удовлетворенность (жизнью, трудом, профессией), субъективное благополучие, потребность в самоутверждении; внешние: уровень притязаний, субъектная активность, коммуникативность, стремление к данной деятельности);

– ценности (материальные и нравственные, профессиональная идентичность);

– когнитивные способности;

– когнитивные стили и ряд других переменных.

В исследовании принимали участие врачи (69) и средний медицинский персонал (73) государственных лечебных учреждений г. Екатеринбурга и Свердловской области. Анализ и сравнение полученных результатов у работников высшего (врачи) и среднего (медицинские сестры) звена показали высокую положительную корреляцию смысложизненных ориентаций, а также других психологических характеристик (удовлетворенность трудом, чувство связности, жизнестойкость и др.) с уровнем должностных обязанностей и профессиональных компетенций. При интерпретации результатов исследования были учтены должностные различия, а также спе-

цифика функционала медицинских профессий, которая у средних медицинских работников выражается в локальном характере действий и конкретных производственных процессах, предполагающих ограниченную зону ответственности в совокупности с четко обозначенными должностными инструкциями. Врачи, напротив, отвечают за весь лечебный процесс, положительный исход которого предполагает, с одной стороны, интегративный подход в жестких рамках медико-экономических стандартов, с другой – нестандартное и аналитическое мышление. Кроме того, полученные данные вполне согласуются с концепцией профессиональной идентификации медработников, которая предполагает осознанный выбор профессии, самоотдачу, творческий подход, системное повышение квалификации, ответственность за свои действия и жизни других людей, способность принимать решения в условиях неопределенности и цейтнота.

Результаты исследования легли в основу наших теоретических предположений о тесной взаимосвязи психологических особенностей личности индивида, его когнитивных способностей и стилей с уровнем профессионально-психологического здоровья личности. В основу сохранения и укрепления профессионально-психологического здоровья личности существенный вклад вносит постоянная рефлексия непосредственно на содержание предмета осуществляемой деятельности – осознание и осмысление своей деятельности, средств и методов ее осуществления. Именно осознание индивидом своего профессионального труда как цели самореализации обуславливает тенденцию к повышению уровня профессионализма [7].

В современном обществе довольно часто игнорируется роль эмоций в регуляции деятельности человека. Наиболее распространенным способом эмоционального регулирования является эмоциональное подавление в силу сложившегося в обществе отношения к эмоциям как отрицательному психическому явлению, требующему сдерживания, вытеснения, запретному для открытого выражения. Эмоциональное подавление не требует специального обучения, в отличие от эмоционального отреагирования и эмоциональной трансформации. Большинству людей трудно использовать эмоциональное отреагирование, поскольку относящиеся к нему техники и приемы противостоят традиционным социальным стереотипам и требуют немалого мужества в противостоянии им. Напротив, регуляция эмоций – это осознание своих эмоциональных переживаний, трансформация деструктивных эмоций в конструктивные, их биологическое и социальное целесообразное использование для достижения цели и удовлетворения потребностей. Регуляция эмоций подразумевает применение знаний о своих эмоциях для решения проблем, о которых они сигнализируют. Трансформация деструктивных эмоций в конструктивные способствует продуктивной деятельности и межличностному взаимодействию. Осознанные и реализованные эмоции способствуют развитию личности и наиболее полному раскрытию ее потенциала [4].

Осознанность как важное свойство личности и условие ее конструктивного развития отмечают как отечественные, так и зарубежные исследователи [1, 6, 8–10 и др.]. В западной психологии явление под названием «mindfulness» (полнота сознания, осознанность) описывается как способность в полной мере, без потери информации, воспринимать события настоящего момента [8–10]. С точки зрения E.J. Langer, осознанность обозначает открытое и гибкое состояние сознания, соответствующее «открытости к новому» – процессу активного поиска новых направлений. В таком состоянии индивид осознает себя как «здесь и сейчас»: открытым к контексту и перспективам ситуации. Развитие осознанности выражается в позитивном аффекте, снижении эмоционального выгорания, росте креативности, харизмы и улучшении субъективной оценки собственной жизни. Основным свойством осознанности является осознание изменчивости вещей и ориентация на поиск новизны. Осознанность позволяет оценивать другого человека и рассматривать положительные и отрицательные действия на основе рациональных суждений, а не стереотипов, принятых в обществе, или же схем и убеждений, принятых неосознанно. Осознанность дает человеку контроль над своим опытом и навык нахождения преимуществ в недостатках, и наоборот. Подобное отношение показывает, что не существует однозначно негативных событий в жизни человека, в результате чего эмоции от оценки «правильно–неправильно» повышают вероятность восприятия своей жизни как субъективно благополучной [9, с. 4].

В то время как осознанность является атрибутом полноценного функционирования человека и связана с ощущением благополучия, ее снижение сопутствует различным невротическим расстройствам. Многими авторами показана возможность целенаправленного развития осознанности как некоторой способности, умения [8, 9]. Тренировки осознанности приводят к повышению благополучия, снижают психологическое напряжение и уменьшают стрессовые реакции. Осознавая, человек может выбрать реакцию, приводящую к желательному исходу. Это делает осознанность фактором, влияющим не просто на имеющееся знание, но и на направление будущих действий индивида.

По мнению А.М. Голубева, хотя внимание и осознание являются неотъемлемыми признаками нормального функционирования, осознанность может быть рассмотрена как повышенное внимание (или осознание) к текущему опыту [1]. О.Д. Пуговкина отмечает, что способность человека сосредоточиваться, осознавать текущий внутренний и внешний опыт, управлять процессом осознания является важным фактором стрессоустойчивости и психологического благополучия [6]. Способность осознавать субъективность внутренней картины реальности рассматривается, таким образом, как эффективное средство совладания с различными формами психологического стресса – тревогой, страхами, раздражением, гневом, руминациями.

**Методология и результаты.** Проведенное эмпирическое исследование и анализ научной литературы позволяют рассматривать осознанность как конструкт, который может вносить существенный вклад в повышение уровня фрустрационной толерантности, удовлетворенности трудом, субъективного благополучия, само-

контроля, позитивной самооценки, эмпатии и др. В логике таких выводов актуализируется использование метасистемного подхода [3] как методологического основания для объяснения феномена «осознанность». С нашей точки зрения, обоснование метаконцепции и выделение метаконцепта обусловлено необходимостью более четкого понимания и объяснения взаимосвязи между психологическими предикторами профессионально-психологического здоровья и конструктивного профессионального развития субъекта труда.

А.В. Карпов выделяет метасистемный уровень в организации психики, который является высшим уровнем и в то же время открытым, т.е. через него система взаимодействует с иными системами и развивается в таком взаимодействии. «Метасистемный» означает, что данная сущность одновременно и принадлежит системе, и лежит вне ее. Понятием метасистемности обозначается сам факт включенности той или иной системы в иные системы более высоких порядков, а также ее взаимодействие с ними. Под метаконцептом понимаются относительно универсальные, межпредметные когнитивно-ориентированные понятия, способствующие выявлению связей между разнообразными явлениями и процессами. Метаконцепты помогают видеть общее в различном, проводить аналогии, делать обобщения; в целом они способствуют многомерности видения мира. Понятие «метаконцепт» можно рассматривать с разных аспектов, определяя его как некий когнитивный механизм, внутренне присущий процессу накопления опыта и обуславливающий восприятие и реализацию всех сторон действительности, а также как инструмент категоризации опыта [3].

По данным D.J. Siegel, осознанность является интегрированным состоянием сознания, создавая его внутреннюю сонастройку и связность, позволяя избирательно направлять обработку информационного потока. Такое резонансное состояние может порождать ощущение удовлетворенности, субъективного благополучия, наполненности деятельности смыслом [10]. В таком контексте будет вполне уместным позиционирование конструкта «осознанность» как психологического метапредиктора профессионально-психологического здоровья, лежащего в основе конструктивного профессионального развития субъекта труда.

**Выводы и перспективы.** Установление взаимосвязи между психологическими предикторами профессионально-психологического здоровья и конструктивного профессионального развития личности позволяет расширить понимание индивидуально-психологических свойств и возможностей человека в его вершинных достижениях, сформировать стратегии эффективного использования психологического и интеллектуального ресурса личности профессионала, выбора между деструктивным и конструктивным профессиональным развитием в пользу последнего, развития личностно-профессиональной компетентности.

Дальнейшие исследования конструкта «осознанность» могут способствовать его рассмотрению в качестве новой современной перспективы для понимания мира профессиональной деятельности. Полученные результаты могут быть использованы для разработки программы ранней диагностики, профилактики и коррекции деструктивного профессионального развития и внедрения ее в качестве учебных и методических материалов в системы повышения квалификации, переподготовки кадров, профессионального развития персонала в организации, других сферах жизнедеятельности человека.

#### *Литература*

1. Голубев А.М. Природа полноты сознания. Адаптация опросника внимательности и осознанности MAAS // Вестник НГУ. Психология. 2012. Т. 6, вып. 2. С. 44–51.
2. Зеер Э.Ф., Сыманюк Э.Э. Психологические особенности развития жизнеспособности и жизнестойкости человека // Известия Российской академии образования. 2015. Т. 1, № 4. С. 110–122.
3. Карпов А.В. О метасистемном подходе в психологии // Труды Ярославского методологического семинара. Ярославль, 2004. Т. 2. С. 21–34.
4. Кирейчев А.В. Психологический иммунитет как фактор развития зрелой личности // Личность семья и общество: вопросы педагогики и психологии : сб. статей по материалам LIV междунар. научн.-практ. конф. Новосибирск : СибАК, 2015. № 7 (53). С. 6–9
5. Майсак Н.В. Тест «Деловые ситуации» в выявлении фрустрационных реакций и девятивных паттернов учителей и врачей // Актуальные проблемы психологической науки и практики. Теоретические и практические проблемы психологии. 2012. № 4. С. 155–171.
6. Пуговкина О.Д., Шильникова З.Н. Концепция mindfulness (осознанность): неспецифический фактор психологического благополучия = The concept of mindfulness: nonspecific factor of psychological wellbeing // Современная зарубежная психология. 2014. № 2. С. 18–28.
7. Семенов Д.С. Взаимосвязь удовлетворенности трудом и смысловых ориентаций у врачей и среднего медицинского персонала // Педагогическое образование в России. 2014. № 9. С. 212–217.
8. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future // Clinical psychology: Science and practice. 2003. Vol. 10, № 2. P. 144–156.
9. Langer E.J., Moldoveanu M. The construct of mindfulness // Journal of social issues. 2000. Vol. 56, № 1. P. 1–9.
10. Siegel D.J. Mindful awareness, mindsight, and neural integration // The Humanistic Psychologist. 2009. Vol. 37, № 2. P. 137–158.

#### **MINDFULNESS AS A META-PREDICTOR OF A PERSON'S PROFESSIONAL AND PSYCHOLOGICAL HEALTH**

**Semenov D.S.**, PhD student, department of general and social psychology, Ural Federal University, Yekaterinburg, Russia. E-mail: dim\_sd@mail.ru

**Abstract.** The article is devoted to the solution of the problem caused by high risks of emergence of professional destructions in the process of professional and personal development of the subject of labor under the current conditions of social and economic shocks, information overloads, and modernization of almost all spheres of professional activity. Psychological factors determining a direction of the trajectory of one's professional development are considered. The conditions for the formation of coping skills in critical situations such as stress, conflict, frustration, etc., which are the causes of emotional burnout, professional destructions, deviant behavior, deterioration of professional psychological health, psychosomatic disorders, etc., are determined. The author singled out the psychological predictors of professional and psychological health in individuals, including personal qualities of the subject of labor, cognitive abilities and styles. The contribution of these predictors to an increase in psychological immunity to professional destruction and to the development of personal-professional competencies based on the example of medical workers is substantiated. The scientific novelty of the study consists in analysis of the psychological construct of mindfulness, which is relatively new in Russian science. The author views this construct as a psychological meta-predictor of an individual's professional and psychological health, belonging to the structure of personal and cognitive features and ensuring effective realization of their personal potential. The research at the level of theoretical justification has found out the link between the psychological predictors of an individual's professional and psychological health and his level of mindfulness. It makes possible to broaden an understanding of individual psychological characteristics and capabilities of labor subjects in their topmost achievements, to define strategies for effective use of psychological and intellectual resources of a professional, for choice between destructive and constructive professional development in favor of the latter. On the meta-cognitive level mindfulness can contribute to building a labor subject's psychological immunity for overcoming professional destruction, determine acquisition of personal and professional competences required for constructive professional development and an increase in personal and professional competence, and provide the possibility of designing an individual trajectory of constructive professional development. The results of the research can be used for creating a program for early diagnosis, prevention and correction of destructive professional development and its implementation as educational and methodological materials in the systems of professional development, retraining of staff, professional development of personnel in organizations, and other areas of human activity.

**Keywords:** constructive professional development; metaconcept; mindfulness; professional psychological health of the individual; psychological predictors.

УДК 159.96

## ЛИЧНОСТНОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ФАКТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ЧЕЛОВЕКА

М.В. Сокольская

Дальневосточный государственный университет путей сообщения, Хабаровск, Россия  
E-mail: mvsokolskaya@mail.ru

**Аннотация.** Выдвинута гипотеза о том, «личностное здоровье» и «психологическая устойчивость» как психологические феномены и одновременно сложные интегративные качества в целостной системе личности определенным образом взаимосвязаны и взаимозависимы – личностное здоровье выступает в качестве фактора психологической устойчивости.

**Ключевые слова:** личностное здоровье; субъективное благополучие; жизнедеятельность; личность; психологическая устойчивость; стойкость; уравновешенность; сопротивляемость.

В данной статье мы попытаемся проследить соотношение феноменов «личностное здоровье» и «психологическая устойчивость» как качеств личности.

Анализ представлений о личности (А.Н. Леонтьев, К.А. Абульханова-Славская, А.Г. Асмолов., Б.С. Братусь, Д.А. Леонтьев, Н.И. Непомнящая и др.) показывает, что основой ее целостности является система смысловой регуляции жизнедеятельности, «реализующая во всех проявлениях человека через отдельные смысловые структуры и процессы логику жизненной необходимости» [10]. На этом основании можно говорить о том, что сущность понятий «личностное здоровье» и «психологическая устойчивость» соотносится с наличием жизненных ценностей и их осуществлением.

Б.В. Зейгарник отмечает, что в основании почти всех теорий личности лежит предположение о том, что личность как социально-психологический феномен представляет собой жизненно устойчивое в своих основных проявлениях образование. Устойчивость личности характеризует последовательность ее действий и предсказуемость ее поведения, придает ее поступкам закономерный характер [6, с. 47].

Г.М. Андреева пишет, что устойчивость представляет собой совокупность адаптационных процессов, интегрированность личности в смысле сохранения согласованности основных ее функций, стабильности их выполнения, которая предполагает вместе с тем ее достаточную гибкость [1, с. 34].

По мнению И.С. Кона, психологическую устойчивость следует рассматривать как соразмерность, равновесие постоянства и изменчивости личности, т.е. как постоянство главных жизненных принципов и целей.

А.Н. Леонтьев отмечает, что психологическая устойчивость – это целостная характеристика личности, обеспечивающая ее устойчивость к фрустрирующему и стрессогенному воздействию трудных ситуаций [9, с. 98].

По мнению Л.В. Куликова, психологическая устойчивость является сложным и емким качеством личности. На передний план выходят три аспекта психологической устойчивости: стойкость, стабильность; уравно-

вешенность, соразмерность; сопротивляемость (резистентность) [8]. Все это позволяет личности противостоять жизненным трудностям, неблагоприятному давлению обстоятельств, сохранять здоровье и работоспособность в различных жизненных ситуациях. Психологическая устойчивость как сложное качество личности объединяет целый комплекс способностей, широкий круг разноуровневых явлений.

Стойкость личности проявляется в преодолении трудностей – как способность сохранять веру в себя, сохранить свою жизнь, быть уверенным в себе, своих возможностях; как способность к эффективной психической саморегуляции. Стабильность проявляется в сохранении способности человека функционировать, осуществлять самоуправление, развиваться как личность, адаптироваться к окружающей среде, а также как стабильность функционирования, надежность в профессиональной деятельности.

Изменчивость наблюдается в динамике мотивов, появлении новых способов поведения, поиске новых способов деятельности, выработке новых форм реагирования на ситуации.

Под сопротивляемостью можно понимать способность человека к сопротивлению препятствиям, обстоятельствам, ограничивающим свободу его поведения, свободу его выбора как в отдельных решениях, так и в выборе образа жизни в целом.

Таким образом, психологическую устойчивость личности можно рассматривать как сложное качество личности, синтез отдельных качеств и способностей. Насколько она выражена – зависит от множества факторов. Психологическую устойчивость поддерживают внутренние (личностные) и внешние ресурсы (межличностная, социальная поддержка) [8].

В соответствии с принципами системности и иерархичности человек является сложной, многоуровневой, динамичной, саморазвивающейся системой, жизнедеятельность которой обеспечивается на разных, но взаимосвязанных между собой уровнях функционирования, следовательно, можно говорить об уровневой структуре здоровья человека, причем на каждом уровне существуют определенные критерии здоровья–нездоровья и свои особые закономерности протекания [5], а значит, допустимо выделить уровень личностного здоровья в структуре здоровья человека в качестве целостной, динамической характеристики личности. Критерием здоровья на личностном уровне, как показал анализ теоретических концепций и научных исследований, выступает субъективное благополучие как мера целостности, иерархичности системы смысловой регуляции личности и степень соответствия внешних проявлений личности этой системе [12].

При таком понимании личностное здоровье оказывается не константой, раз и навсегда определяющей человека, но характеристикой, изменяющейся на протяжении жизни и имеющей некоторый исходный уровень. Однако необходимо подчеркнуть, что этот уровень будет индивидуален для каждой личности. Можно говорить о состоянии личностного здоровья человека аналогично тому, как говорят о состоянии его телесного, соматического здоровья, отмечая, например, что человек под влиянием условий своей жизни и деятельности утрачивает или укрепляет свое здоровье.

Личностное здоровье мы понимаем как качество личности, позволяющее человеку самостоятельно, осознанно регулировать, управлять своим физическим, психическим и душевным состоянием, активизировать собственные резервы, возможности. Личностное здоровье как интегративная динамическая характеристика личности, как метакачество личности, интегрирующее в себе ресурсы личности и ресурсы различных сфер жизнедеятельности, обуславливающее успешность личности в целостной системе его жизнедеятельности, обеспечивает личности субъективное благополучие, психологический комфорт, баланс между различными сферами жизнедеятельности (в системе «личность – профессия – непрофессиональные сферы жизнедеятельности»), т.е. является интегративным, стержневым психологическим образованием личности, обобщая всю структуру личности. С другой стороны, личностное здоровье – это качество, характеризующее человека, обладающего в высокой степени самоуважением, уважением к своему и чужому труду, работающего с увлечением, позитивно настроенного к жизни.

Все выше сказанное позволяет рассматривать личностное здоровье одновременно и как психологическое явление – как целостную, сложную, интегративную, динамическую характеристику личности – метакачество личности, которое характеризуется субъективной активностью личности, социальной направленностью, стремлением к самореализации и проявляется в субъективном благополучии в рамках своей принадлежности к определенному социокультурному и профессиональному сообществу, и как психологический процесс становления специфических системных закономерностей – принципов системогенеза, определяющих регуляцию личностной активности и обеспечивающих эффективную жизнедеятельность [11].

Таким образом, уточнив смысл феноменов «личностное здоровье» и «психологическая устойчивость», можно проанализировать их соотношение.

С одной стороны, рассматриваемые качества личности являются сложными, интегративными, динамическими феноменами, обеспечивающими психологическое благополучие личности, и с этой позиции они «равноправны», другой стороны, одна из функций психологической устойчивости – выживание личности – в зависимости от ценностных приоритетов личности может проявляться и негативной стороной, т.е. психологическая устойчивость как качество личности может иметь как положительный знак, так и отрицательный.

В отличие от психологической устойчивости феномен «личностное здоровье» определяет исключительно благополучный, позитивный в социальном контексте комплекс личностных проявлений – и смысловых, и поведенческих, и внутриличностных. Феномену «личностное здоровье» не существует альтернативы в качестве «личностного нездоровья» в силу того, что не может быть единого критерия для этих явлений, также как нет

общего основания для счастья и несчастья [3]. Можно разработать уровневую структуру личностного здоровья (высокий – низкий), но только при условии соответствия определенным критериям: социальной направленности личности, субъектной активности, принадлежности к определенному социокультурному сообществу и субъективному благополучию личности. При отсутствии хотя бы одного из критериев мы не можем говорить о личностном здоровье, равно как и о личностном нездоровье. Так, например, человек может вести осознанный асоциальный образ жизни, который вполне может приносить ему удовлетворение, способствовать, по его мнению, самореализации и, соответственно, обеспечивать субъективное благополучие. Однако нет оснований идентифицировать такого респондента ни как «лично-здорового», ни как «лично-нездорового».

Таким образом, психологическая устойчивость характеризует способность личности преодолевать жизненные трудности, противостоять им, а личностное здоровье определяется сбалансированным, гармоничным внутренним состоянием личности, способностью перераспределять личностные силы и средства между различными сторонами собственной жизнедеятельности: не концентрироваться на деструктивном, не преодолевать, а направлять активность на полезное, лично безопасное, любимое, комфортное дело. Следовательно, личностное здоровье – качество личности, являющееся основой для формирования и развития психологической устойчивости личности, а значит, личностное здоровье можно рассматривать в качестве фактора психологической устойчивости. И еще один важный аргумент в подтверждение выявленного соотношения исследуемых качеств: характеристика «психологическое» в сочетании определенным качеством личности сразу же ставит его в позицию смыслообразующей и системообразующей категории по своей роли в психологической науке в целом.

В процессе разработки обобщенной психологической концепции личностного здоровья профессионала, в которой необходимо было раскрыть одновременно содержательную сущность личностного здоровья не только как психологического явления, но и как психологического процесса, выявить его характерологические особенности и показатели (структуру, факторы и механизмы формирования и развития), определить возможности диагностики, прогноза и управления личностным здоровьем на разных этапах профессионализации и в различных видах профессиональной деятельности, были получены следующие результаты, подтверждающие соотношение феноменов «лично-здоровье» и «психологическая устойчивость».

В качестве **методов** получения информации по проблеме исследования применялись аналитический обзор литературы, наблюдение, включенное наблюдение, беседа, интервью, анализ документов, контент-анализ, экспертная оценка, анкетирование.

Комплекс психодиагностических методик включал в себя: «Ценностные ориентации» М. Рокича; Всемирный опросник здравоохранения «Качество жизни» (ВОЗКЖ-100); «Тест-опросник уровня субъективного контроля» (Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткин); «Мотивация к успеху» и «Мотивация к избеганию неудач» (Т. Элерс); «Готовность к риску» (Шуберт); «Шкалы самооценки Спилберга–Ханина» (уровень тревожности); «Самоактуализационный тест» (Э. Шостром); «Многофакторный личностный опросник Р.Б. Кеттела»; Тест «Удовлетворенность работой»; «Анкета организационной культуры» Ю.Г. Семенова; метод семантического дифференциала (частный) для исследования индивидуальных систем значений понятий «профессия» и «здоровье».

Эмпирическая база. Исследование проводилось на базе Тындинского и Хабаровского отделений филиала ОАО «РЖД» Дальневосточной железной дороги, Дорожного центра Управления перевозками Двостжд филиала ОАО «РЖД» (ДЦУП), Дальневосточного государственного университета путей сообщения (ДВГУПС), Хабаровского техникума железнодорожного транспорта (ХТЖТ), Дальневосточного государственного гуманитарного университета (ДВГУ), Хабаровского краевого института переподготовки и повышения квалификации педагогических кадров (ХК ИПиПКПК).

В соответствии с целью исследования были определены основные группы респондентов: представители профессиональных сообществ типа «человек–техника» (операторы-железнодорожники: поездные диспетчеры и машинисты локомотива) и «человек–человек» (учителя-филологи общеобразовательных школ Хабаровского края). Данные типы профессиональных деятельностей приняты в исследование в силу их различий по отношению субъекта к действительности, которая может выступать для него либо в форме объекта, либо в форме субъекта» [7].

В исследовании также приняли участие студенты – будущие специалисты обозначенных профессий – в целях выявления динамики формирования личностного здоровья профессионала в процессе профессионализации. В целом в исследовании, включая все этапы, приняли участие более 1 000 человек.

Полученные результаты позволили сделать ряд **выводов**, важных в контексте анализа соотношения таких качеств личности, как «лично-здоровье» и «психологическая устойчивость» [11]:

1. Выявлены специфические подсистемы личностного здоровья профессионала, обозначенные как «подсистема ресурсов» и «подсистема деструкторов», сущностное различие которых заключается в их вкладе в достижение актуальных для личности потребностей, целей, ценностей, т.е. в их роли в обеспечении личностного здоровья профессионала. В качестве ресурсов и деструкторов выступают как характеристики личности, так и особенности профессиональной деятельности, выраженность которых в контексте актуальной ситуации жизнедеятельности личности и является определяющим фактором в их влиянии на формирование личностного здоровья профессионала (ресурсном или деструктивном). В этой связи данные подсистемы приобретают как бы «распределенный характер», предстают как инверсионная форма всех других подсистем. Поэтому

ресурсы и деструкторы, характеризуя целостную структуру личностного здоровья профессионала и являясь неотъемлемой ее частью, формируют баланс, нарушение которого может привести к дезорганизации, разрушению его личностного здоровья и личности в целом. Следовательно, личностное здоровье профессионала обеспечивается сбалансированным «распределением» подсистем ресурсов и деструкторов на всех уровнях его структурной организации и в системе всех видов детерминант.

2. Подтверждено, что в структурах личностного здоровья профессионала всех субъективно благополучных респондентов ресурсы и деструкторы сбалансированно «распределены» в системе направленности личности «интеграция–индивидуализация» на всех уровнях его структурной организации и в системе всех видов детерминант.

В структурах личностного здоровья субъективно неблагополучных респондентов распределение ресурсов и деструкторов в системе направленности личности «интеграция–индивидуализация» наблюдаются смещения в зависимости от этапа профессионализации и типа профессиональной деятельности.

В связи с этим можно утверждать, что неблагополучие профессионала в управленческой деятельности – поездной диспетчер, – а следовательно, и разрушение личностного здоровья связано с чрезмерной интеграцией, включенностью – поглощенностью профессионала деятельностью.

Неблагополучие же респондентов в тех видах профессий, деятельность в которых в большей степени осуществляется персонально (машинист локомотива и педагог), а следовательно, и разрушение их личностного здоровья связаны, наоборот, с чрезмерной индивидуализацией профессионалов, акцентированностью на себе, как на определяющем субъекте деятельности.

3. Этап окончания учебного заведения – завершение базового профессионального образования – является наиболее благополучным в плане удовлетворенности своей жизнью, состоянием здоровья и качеством жизни в целом, о чем свидетельствуют и наиболее высокий уровень субъективного благополучия у выпускников, и большее количество благополучных выпускников независимо от типа профессиональной деятельности. Это характеризует сбалансированность уровня ожиданий выпускников и уровня «обещаний» – перспектив, которые перед ними открываются.

4. Наиболее высокий уровень субъективного благополучия выявлен в профессиональной группе машинистов локомотива. Это характеризует сбалансированность уровня удовлетворения потребностей личности и уровня требований деятельности – уровня необходимой включенности в деятельность.

5. Семантическим анализом отношения к профессии и здоровью удалось выявить:

– выраженную однородность отношения к профессии и здоровью студентов-первокурсников и профессионалов – независимо от уровня их субъективного благополучия, что свидетельствует о приобщенности, защищенности первых семейной родительской средой, а вторых – профессиональной;

– разнонаправленность отношений к профессии и здоровью студентов-выпускников в зависимости от уровня их субъективного благополучия, которую можно объяснить тем, что от семейной среды они уже практически оторвались, а в профессиональную пока еще не вошли.

Указанные факты требуют особенно пристального внимания со стороны руководителей и педагогов сферы профессионального образования, поскольку социальный заказ на подготовку специалистов не может считаться выполненным, если специалист приходит на производство тревожным, неустойчивым, «раздираемым» внутренними противоречиями. Особо следует отметить, что в современной экономике, промышленности, профессиональной социальной сфере времени на адаптацию молодого специалиста к условиям и специфике деятельности не предусмотрено, не существует как такового и самого понятия «молодой специалист» со всеми присущими ему правами и возможностями. Ключевым требованием, предъявляемым к выпускнику, является наличие профессионализма – качества, формирующегося исключительно в процессе профессиональной деятельности.

6. В процессе становления профессионала его личностное здоровье претерпевает закономерные изменения, которые отражаются:

– в уровне субъективного благополучия (на этапе профессионального обучения – у студентов – уровень субъективного благополучия выше, чем на этапе развития профессионализма);

– в качественной дифференциации респондентов (среди профессионалов доля субъективно неблагополучных респондентов уменьшается, но существенно увеличивается доля субъективно неустойчивых по сравнению со студентами);

– в отношении к профессии и здоровью (гомогенность смысловой сферы первокурсников и профессионалов и геотрогенность – выпускников, которая характеризует их отношение к профессии и здоровью);

– в сферах детерминации личностного здоровья профессионала (преимущественно внешняя детерминация у первокурсников и внутренняя – у выпускников и профессионалов);

– в характеристиках личности (у профессионалов ниже уровень тревожности по сравнению со студентами, но выше осторожность; профессионалы меньше внимания уделяют непрофессиональным видам деятельности и в меньшей степени стремятся к самоактуализации);

– личностное здоровье на первом этапе профессионализации – у первокурсников – обеспечивается балансом потребности в саморегуляции и потребности в поддержке семьи, друзей – в стабильных близких социальных отношениях;

- личностное здоровье на завершающем этапе профессионального обучения – у выпускников – характеризуется балансом внутренних потребностей и внешних требований;
- личностное здоровье профессионалов характеризуется балансом потребности в личностной самореализации и стремлением к профессиональным достижениям.

7. Наибольшее количество характеристик личности, имеющих значимые различия, выявлено у студентов-выпускников, изменения эти касаются мотивационно-ценностной сферы личности и ее направленности. На этом же этапе профессионализации обнаружен и наиболее высокий уровень субъективного благополучия. Это позволяет сделать вывод, что личность будущего профессионала претерпевает существенные изменения, прежде всего, в период подготовки профессионала, и именно эти изменения обеспечивают более высокий уровень его личностного здоровья, а следовательно, и его становление и развитие.

Итак, полученные результаты подтверждают гипотезу о том, что личностное здоровье можно рассматривать в качестве фактора психологической устойчивости человека. Личностное здоровье характеризуется сбалансированным, гармоничным внутренним состоянием личности, способностью перераспределять личностные силы и средства между различными сторонами собственной жизнедеятельности (не концентрироваться на деструктивном, не преодолевать, а направлять активность на полезное, личностно безопасное, любимое, комфортное дело), иначе говоря, переключаться на ситуативно «безопасную» для себя сферу жизнедеятельности, а психологическая устойчивость – способность личности преодолевать жизненные трудности, противостоять им, сохраняя внутренний баланс и возможность продуктивно решать все значимые задачи жизнедеятельности.

В данной статье представлен пилотный анализ взаимоотношения феноменов «личностное здоровье» и «психологическая устойчивость», который показал перспективность дальнейшего исследования этой проблемы.

### *Литература*

1. Андреева Г.М. Социальная психология : учебник для вузов. М. : Аспект-Пресс, 2003. С. 34–42.
2. Анцыферова Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. М. : Ин-т психологии РАН, 2006. 512 с.
3. Аргайл М. Психология счастья. М. : Прогресс, 1990. 336 с.
4. Асмолов А.Г. Психология личности: принципы общепсихологического анализа. М. : Смысл, 2001. 416 с.
5. Братусь Б.С. Аномалии личности. М. : Мысль, 1988. 304 с.
6. Зейгарник Б.В. Теории личности в зарубежной психологии. М. : Мир, 1982. С. 47–59.
7. Климов Е.А. Психология профессионала : избранные психологические труды. М. : Изд-во Моск. психол.-соц. ин-та ; Воронеж : МОДЭК, 2003. 456 с.
8. Куликов Л.В. Здоровье и субъективное благополучие личности // Психология здоровья / ред. Г.С. Никифоров. СПб. : Изд-во СПбГУ, 2000. С. 405–442.
9. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М. : Политиздат, 1975. С. 94–98.
10. Леонтьев Д.А. Личностное в личности. Личностный потенциал как основа самодетерминации // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ / под общ. ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. М., 2002. Вып. I. С. 56–65.
11. Сокольская М.В., Карпов А.В. Психология личностного здоровья профессионала. Метасистемный подход. Хабаровск : Изд-во ДВГУПС, 2017. 559 с.
12. Сокольская М.В. Личностное здоровье человека (теоретический аспект). Хабаровск : Изд-во ДВГУПС, 2007. 223 с.

### **PERSONAL HEALTH AS A FACTOR OF A PERSON'S PSYCHOLOGICAL STABILITY**

**Sokolskaya M.V.**, doctor of psychology, professor, head of the department of general, legal and engineering psychology, Far Eastern State Transportation University, Khabarovsk, Russia. E-mail: mvsokolskaya@mail.ru

**Abstract.** In the article the author advances a hypothesis that personal health and psychological stability are definitely interconnected and interdependent as psychological phenomena and at the same time as complex integrative qualities in the complete system of personality, personal health acts as a factor of psychological stability. This assumption is proved theoretically on the basis of analysis of the concepts "personal health" and "psychological stability" where "personal health" is understood as an integrative dynamic characteristics of personality, as a metaquality of personality integrating in itself resources of personality and various spheres of life activity and causing success of personality in a complete system of its activity, and provides personality with subjective wellbeing, psychological comfort, balance between various spheres of activity. "Psychological stability" in turn is understood as a complex quality of personality, a synthesis of specific qualities and abilities. As far as it is expressed depends on a set of factors. Psychological stability is maintained by internal (personal) and external (interpersonal, social support) resources. In confirmation of the stated hypothesis about the relation between the phenomena designated some results of the empirical research into a professional's personal health are given. First, personal health of the professional is provided by a balanced "distribution" of subsystems of resources and destructors at all levels of its structural organization and in the system of all types of determinants. Resources and destructors, characterizing the complete structure of personal health of the professional and being its integral part, form a balance which violation can lead to disorganization, destruction of his personal health and personality in general. Second, in the course of formation of the professional his personal health undergoes natural changes which are reflected: in the level of subjective wellbeing; in high-quality differentiation of respondents; in the relation to a profession and health; in spheres of determination of personal health of the professional; in characteristics of personality. Third, the identity of the future professional undergoes essential changes, first of all, during professional training, and these changes provide a higher level of his personal health and thus his formation and development.

**Keywords:** personal health; subjective wellbeing; life activity; personality; psychological stability; resistance; mental balance; resilience.

## НЕКОТОРЫЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ РАССТРОЙСТВЕ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

М.С. Спиридонова<sup>1</sup>, Е.А. Черенева<sup>2</sup>, С.Г. Маслобоев<sup>1</sup>, Т.А. Муллер<sup>1</sup>,  
И.П. Скрипникова<sup>1</sup>, Н.А. Лисова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Клиника современных коррекционных и развивающих технологий, Красноярск, Россия

<sup>2</sup> Международный институт аутизма при КГПУ им. В.П. Астафьева, Красноярск, Россия  
E-mail: klinika-skirt@mail.ru, elen\_korn@bk.ru

**Аннотация.** Статья посвящена изучению биохимических и гематологических нарушений у детей с РАС.

**Ключевые слова:** расстройство аутистического спектра; аутизм; гематологические показатели; гемоглобин; эритроциты; гипоксия; иммунитет; иммунограмма; формула крови; вирусный энцефалит; цитомегаловирус; вирус Эпштейна–Барра; сенсо-моторная алалия; синдром Ирлен; нейроэнергокартирование НЭК.

**Введение.** Расстройство аутистического спектра является довольно распространенным заболеванием. По данным ВОЗ каждый 166-й ребенок имеет диагноз аутизм [3]. Симптомы данного заболевания впервые описаны в работах психологов в 20-х гг. XX в. Впервые признаки необычного психического расстройства у детей представлены в работах советского психолога Груни Сухаревой [4]. Схожие симптомы описаны учеными Л. Каннером и Г. Аспергером почти через 20 лет после Г. Сухаревой [3]. В монографии С. Морозова приведены убедительные данные о признаках, проявлениях аутизма а также о способах его ранней диагностики, однако С. Морозов подчеркивает, что, несмотря на обилие исследований, посвященных изучению аутизма, центральное звено патогенеза до сих пор не изучено [3]. Поэтому целью нашего исследования является выявление центрального звена патогенеза аутизма, для выработки успешной схемы его купирования, коррекции, а также предупреждения.

**Обзор литературы.** В литературе представлены единичные исследования, посвященные генетической, психиатрической, вирусной, бактериальной, аутоиммунной и биохимической природе аутизма. В публикациях последних лет исследователи связывают аутизм проблемами пищеварения, непереносимостью глютена и казеина [2]. В некоторых исследованиях показана связь аутизма с нарушением метаболизма аминокислот [2] и нарушением метаболизма витаминов группы В. Также в литературных данных встречается информация об увеличении содержания тяжелых металлов в волосах детей с аутизмом, особенно ртути. Однако эти данные довольно разрозненные и статистически имеют низкую значимость. Поэтому в задачи нашего исследования входит сбор данных анамнеза, выявление отягощающих факторов со стороны наследственности и течения пренатального, натального и постнатального периодов; определение неврологического статуса ребенка; проведение анализа гематологических данных ребенка с момента рождения до момента исследования; иммунологические исследования, включая бактериальный и вирусный скрининг (PANDAS синдром и энцефалитический синдром). Также мы проводим оценку работы головного мозга с помощью ЭЭГ для выявления особенностей коры головного мозга, омегаметрию для оценки корково-подкорковых механизмов головного мозга. Кроме того, мы оцениваем уровень энергообмена корковых структур с использованием нейроэнергокартирования.

**Методы.** Исследования проведены на базе МИП ООО Клиника современных коррекционных и развивающих технологий при Международном институте аутизма КГПУ им. В.П. Астафьева. Выборка составила 70 детей в возрасте от 1,5 до 5 лет, из них 10 девочек и 60 мальчиков. Данные анамнеза собирались путем опроса родителей ребенка. Гематологические исследования проводились с использованием данных клинических анализов крови детей, которые были предоставлены родителями детей. ЭЭГ проводилось с использованием энцефалографа Мицар. Нейроэнергокартирование (НЭК) проводилось на пятиканальном нейроэнергокартографе НЭК-5 (разработан на базе Института мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН). НЭК основано на принципе фиксации устойчивых потенциалов за счет молекул АТФ, образующихся при аэробном окислении глюкозы клетками головного мозга. Иммунный статус детей оценивался по данным иммунограмм, которые были проведены на базе гематологических лабораторий г. Красноярска за счет финансирования родителей. Статистически данные обрабатывались с использованием программы Statistica 6,0.

**Результаты и их обсуждение.** У 100% детей, входящих в исследовательскую выборку, выставлен официальный диагноз – атипичный аутизм. У всех детей выявлены нарушения когнитивной, коммуникативной и эмоциональной сфер. У 40% детей отсутствует речь, причем речь нарушена по типу сенсомоторной алалии. У 60% детей речь есть, но она не используется для коммуникации и имеет эхолалический характер. У 95% детей присутствуют различные виды сенсорных нарушений, а также множественные стереотипии и аутостимуляции. У 80% детей есть трудности самообслуживания и проблемы с освоением туалета / горшка. В 75% случаев аутизм возник в возрасте 1,5 лет после периода нормального развития, родителями отмечается «откат» в развитии речи, поведении и других характеристиках. В 20% случаев родителями отмечалось появление нарушения

сна на фоне аутистического регресса. По данным ЭЭГ у детей обнаружено преобладание тета-ритмов над альфа-ритмами в возрасте от пяти лет (2% случаев), в 2% случаев присутствуют дельта-ритмы. У одного ребенка в выборке длительное время регистрировалась пароксизмальная активность. У некоторых детей выявляются нарушения электрогенеза коры головного мозга и изменения волновой активности в лобной, затылочной и височных долях.

Полученные данные не подчинялись закону нормального распределения, поэтому достоверность различия результатов оценивалась с помощью непараметрической статистики с применением критерия Вилкоксона. По данным гематологических исследований выявлено, что у 90% детей с момента рождения до момента обращения в клинику есть стойкие нарушения гематологической картины, проявляющиеся в снижении концентрации гемоглобина, повышении ширины распределения эритроцитов, лимфоцитозе и нейтропении. Так, для нормальной оксигенации органов и тканей организма в детском возрасте необходимо 130–140 г/л гемоглобина, у детей исследовательской выборки снижение гемоглобина происходило в среднем до  $110 \pm 7$  г/л, что на фоне изменения скорости кровотока по позвоночным артериям (в 80% случаев снижение магистральной скорости кровотока по ПА составило 30–40%) может драматически сказываться на кислородном обеспечении клеток головного мозга ребенка. Снижение гемоглобина часто сопровождалось изменением размера эритроцитов, так, в 50% случаев ширина распределения эритроцитов превышала норму и достигала в отдельных случаях 15%. Такой показатель, как ширина распределения эритроцитов, может увеличиваться за счет уменьшения объема эритроцита, а также за счет изменения его формы. В обоих случаях возникает анемическое состояние, сопровождающееся гипоксией тканей и органов.

Эти данные согласуются с признаками нарушения энергообмена головного мозга, которые можно выявить с помощью нейрэнергокартирования. Так, у 95% детей выявлены признаки частичного кислородного голодания в основном височных и лобных долей головного мозга, у двух детей (1,4%) обнаружено тотальное снижение энергообмена коры головного мозга, которое также сопровождалось увеличением продуктов гипоксического расщепления глюкозы – лактата – в крови и выведением увеличенной фракции компонентов цикла Кребса с мочой.

У 97% детей по данным развернутого анализа крови выявляется хроническое нарушение работы иммунной системы, проявляющееся в лимфоцитозе и нейтропении. В целом по литературным данным, для младенцев характерен лимфоцитоз с нейтропенией, но не выходящие за рамки нормы. В нашей исследовательской группе количество нейтрофилов в крови достигало  $10 \pm 5\%$ , а количество лимфоцитов  $70 \pm 9\%$ , что свидетельствует о нарушении иммунного гомеостаза крови детей, обусловленного либо врожденным, либо приобретенным иммунодефицитом. При этом в 100% случаев у детей в период с года до трех лет отмечается эпизод вирусного заболевания, зафиксированного педиатром, сопровождавшегося увеличением температуры вплоть до  $40^\circ\text{C}$ , а также ростом количества моноцитов до  $16 \pm 5$ , некоторые случаи сопровождались резким снижением или увеличением количества клеток среднего размера. Данные иммунограммы выявили в 100% случаев снижение фагоцитирующей активности клеток крови, подавление гуморального иммунитета, особенно за счет IgA, а также чрезмерное увеличение количества Т-лимфоцитов на фоне нормального или немного пониженного количества В-лимфоцита, также существенного понижения натуральных киллеров. У 50% детей из исследовательской выборки сделан иммуноферментный анализ крови к Ig G:M на вирусы семейства герпесов. У 10% детей выявлен вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ), у 10% детей обнаружен цитомегаловирус (ЦМВ), еще у 10% детей обнаружены вирусы герпеса 1, 2 и / или 6 типаа. У остальных 20% детей обнаружены различные сочетания вирусов: ЦМВ+ВЭБ, ЦМВ+ВЭБ+Герпес 6 типа, Герпес 1, 2 и 6 типа + ЦМВ и / или ВЭБ. У 6 детей (8,5%) сдан анализ на avidность, который показал либо отсутствие avidных тел к вирусам, либо присутствие низко avidных тел. Снижение avidности иммуноглобулинов к вирусам приводит к хронизации герпетической инфекции. Известно, что обозначенные выше вирусы способны вызывать хронический вирусный энцефалит головного мозга, который сопровождается симптомами, характерными для РАС. В литературе представлены МРТ и КТ-признаки протекающего вирусного энцефалита, который зачастую вовлекает в патогенез лобную, затылочную и височные доли, также отмечают появление ЭПИ-волн в височных долях при герпесе человека 1 и 2 типов [1]. Патогенез в лобной доле приводит к нарушению эмоционально-волевой сферы. Вовлечение в патогенез височных долей приводит к нарушению понимания и воспроизведения речи. Патогенетичность теменной области приводит к сенсорным нарушениям. Нарушение работы затылочной доли приводит к возникновению синдрома скотопической чувствительности (синдром Ирлен). Противовирусное лечение у иммунолога трех детей привело к снижению проявлений у них признаков аутизма. Это косвенно подтверждает вирусную природу патогенеза аутизма. Последующие исследования будут включать хемилюминесцентный анализ, который позволит оценить интенсивность процессов свободнорадикального окисления (СРО), протекающих в организме детей с РАС.

#### **Выводы:**

1. Клинические проявления аутизма, фиксируемые в области нарушения эмоционально-волевой сферы, сопровождаются ЭЭГ-признаками нарушения лимбико-ретикулярного комплекса. Следовательно, ЭЭГ может быть использован как диагностический метод при коррекции аутизма.

2. По данным НЭК, у детей с аутизмом присутствуют признаки частичного или тотального нарушения энергообмена головного мозга, проявляющиеся в снижении выработки АТФ в разных долях коры головного мозга. Это может быть обусловлено хронической гипоксией головного мозга. Поэтому НЭК может быть использовано в диагностике расстройства аутистического спектра для определения тактики коррекционных воздействий.

3. По гематологическим данным у детей выявлено нарушение гомеостаза внутренней среды организма за счет снижения гемоглобина, изменения формы и объема эритроцита, а также за счет иммунной дисфункции, проявляющейся в лимфоцитозе и нейтропении. Таким образом, развернутый анализ крови может быть ранним диагностическим критерием патогенеза РАС.

4. По данным иммунограммы у детей с РАС регистрируется вторичный иммунодефицит, на фоне которого может возникать хроническая герпетическая инфекция, которая, в свою очередь, способна вызывать хронический энцефалит головного мозга, проявления которого схожи с РАС.

5. Вирусная природа РАС объясняет скорость распространения этого заболевания у детей, сопоставимую только с ОРВИ.

### *Литература*

1. Болезни нервной системы / под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. М. : Медицина, 2001. Т. 1. С. 48–49.
2. Влияние глутена и казеина на формирование мозга. URL: <http://www.elinahealthandbeauty.com/forum/viewtopic.php?t=8867>.
3. Морозов С.А. Комплексное сопровождение лиц с расстройствами аутистического спектра. М. : Медиа-Книга, 2015. С. 24–33.
4. Морозов С.А. Комплексное сопровождение лиц с расстройствами аутистического спектра : учеб.о-метод. пособие. М. : Медиа-Книга, 2015. С. 143–153.
5. Вайсман Т. Еврейский гений: Груня Сухарева, первооткрывательница детского аутизма. URL: [http://jewishnews.com.ua/publication/evreyskiy\\_geniy\\_grunya\\_suhareva\\_pervootkrivatelynitsa\\_detskogo\\_autizma](http://jewishnews.com.ua/publication/evreyskiy_geniy_grunya_suhareva_pervootkrivatelynitsa_detskogo_autizma).

### **SOME HEMATOLOGICAL AND IMMUNE SYSTEM DISORDERS AMONG CHILDREN ON AUTISTIC SPECTRUM**

**Spiridonova M.S.**, Clinics of Modern correctional and developmental methodologies, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: [klinika-skirt@mail.ru](mailto:klinika-skirt@mail.ru)

**Chereneva E.A.**, International Institute of Autism KSPU named after V.P. Astafjev, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: [elen\\_korn@bk.ru](mailto:elen_korn@bk.ru)

**Masloboev S.G.**, Clinics of Modern correctional and developmental methodologies, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: [klinika-skirt@mail.ru](mailto:klinika-skirt@mail.ru)

**Muller T.A.**, Clinics of Modern correctional and developmental methodologies, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: [klinika-skirt@mail.ru](mailto:klinika-skirt@mail.ru)

**Skrypnikova I.P.**, Clinics of Modern correctional and developmental methodologies, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: [klinika-skirt@mail.ru](mailto:klinika-skirt@mail.ru)

**Lisova N.A.**, Clinics of Modern correctional and developmental methodologies, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: [klinika-skirt@mail.ru](mailto:klinika-skirt@mail.ru)

**Abstract.** The article is devoted to research into immunological and hematological disorders among children of autistic spectrum. The authors have analyzed data which are presented in the literature about main reasons which lead to autism for defining a main focus of the study. Sampling includes children n=70 (60 boys and 10 girls) aged from one to five years old with the official atypical autism diagnosis. All of them have clinical characteristics of autism. The study was conducted on the basis of SIB KSPU named after V.P. Astafjev, LC «Clinics of Modern Correctional and Developmental Methodologies» in the Krasnoyarsk city. Some methods were used in the investigation, such as survey, hematological and immunological analysis, brain neuroenergy mapping, omegametry, EEG. The data collected were processed by Statistica 6.0. The following hematological indicators were analyzed: hemoglobin, erythrocyte distribution width, leukogram. The study results revealed a relationship between a decreasing in hemoglobin and brain energy exchange among children with autistic spectrum disorders. Besides we have found out a connection between immunological disorders and chronically herpetic viruses' encephalitis which is a base for appearing stable cognitive deficits in children. Dysfunction of the immune system was stable and viewed as lymphemia and neutropenia with indicators beyond the normal ranges. There was an increase in lactate in blood of some children and an increase in some chemicals of the Krebs cycle in the urine samples; this can be evidence of hypoxia of brain cells. Thus, we can conclude that autistic disorder can be caused by a combination of hematological and immunological disorders.

**Keywords:** autism spectrum disorder; autism spectrum disorders; hematological parameters; hemoglobin; red blood cells; hypoxia; immune system; immunity; blood count; viral encephalitis; cytomegalovirus; Epstein-Barr; senso-motor alalia; Irlen syndrome; neurogenerative NEK.

## ОСОБЕННОСТИ ИДЕНТИФИКАЦИИ СЕБЯ С СОЦИОКУЛЬТУРНЫМ СТЕРЕОТИПОМ МУЖЕСТВЕННОСТИ – ЖЕНСТВЕННОСТИ У ЛИЦ С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ

О.К. Труфанова

Южный федеральный университет, Ростов-на-Дону, Россия  
E-mail: trufanovaok@mail.ru

**Аннотация.** Исследованы особенности полоролевой идентификации с помощью опросника ММР1 у лиц с транссексуализмом.

**Ключевые слова:** полоролевая идентификация; транссексуализм; инверсия половой идентичности.

Трансексуализм (ТС) согласно МКБ-10 рассматривается как «ощущение собственной принадлежности к противоположному полу. Желание жить и быть принятым в качестве лица противоположного пола обычно сочетается с чувством неадекватности или дискомфорта от своего анатомического пола и желанием получить гормональное и хирургическое лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному полу». Он отнесен в раздел «Расстройства половой идентификации» F64.0 [3]. В последнее время более популярен стал термин «трансгендер», но он включает более широкий спектр расстройств, помимо транссексуализма, например трансвестизм, гомосексуализм.

Лица с транссексуализмом демонстрируют психическую норму, но одержимы стремлением сменить физический пол. На специфические телесные признаки пола они реагируют с ненавистью и отвращением (синдром половой дисфории), ведут постоянную борьбу с физическими проявлениями своего пола. Уже с детских лет транссексуалы демонстрируют внешнее поведение, свойственное противоположному полу, включая игры, кроссдрессинг [1, 2].

При невозможности решить свою проблему медицинским путем реакции транссексуалов отличаются агрессивностью, возможна аутоагрессия – попытки самоубийства, самокастрации.

Основными симптомами транссексуализма являются инверсия половой идентичности, инверсия половой социализации личности, инверсия психосексуальной ориентации [1].

К производным симптомам транссексуализма А.О. Бухановский относит симптом отвергания пола, многообразные проявления психосоциальной дезадаптации, аутодеструктивное поведение, включая суицидальное, транссексуальную установку на изменение пола.

Инверсия половой идентичности – осознание себя лицом противоположного пола – предстает естественной, телесные признаки пола становятся чуждыми.

Инверсия половой социализации личности – усвоение, нередко утрированное, личностных свойств и характеристик, считающихся в социокультурном окружении этих лиц характерным для лиц противоположного пола. Инверсные идентичность и социализация личности проецируются вовне инверсной половой ролью [1].

Анализ результатов клинико-биографического и психологического исследования лиц с транссексуализмом (30 женщин и 20 мужчин), обратившихся с просьбой о смене пола в научный лечебно-реабилитационный центр «Феникс» им. А.О. Бухановского г. Ростова-на-Дону, позволяет сделать следующие выводы.

Инверсия психосексуальной ориентации у лиц с ТС характеризовалась следующими признаками:

- контакты с партнерами противоположного биологического пола, но совпадающего психологического, оцениваются и переживаются как аморальные, противоестественные, гомосексуальные, что делает бесперспективными редкие в нашем исследовании попытки рационально-компенсаторного создания гетеросексуальных (по биологическому полу) семей; чаще соглашаются на отнесение себя к гермафродитам;

- половое партнерство базируется на чувстве симпатии и любви;

- в интимных отношениях транссексуалами избирается сексуальная роль по психологическому полу: пассивная при мужском ТС, активная при женском ТС.

Синдром отвергания пола как ненависть к половым признакам и их проявлениям проявлялся в исследуемой группе в стремлении замаскировать признаки своего пола (утягивание груди резиновым бинтом, ношение очень тесных трусов с целью маскировки полового члена) и одновременно имитировать признаки противоположного пола, в отвергании зеркал, фотографий. Компенсаторно акцентируются духовные качества в результате сниженной самооценки телесных качеств. Телесные качества рассматриваются как преграда по отношению к значимым мотивам. Образ телесного «Я» имеет негативный личностный смысл, на поведенческом уровне проявляющийся в активном стремлении к изменению телесного пола.

Психосоциальная дезадаптация у лиц с транссексуализмом имела разнообразные проявления – от внешних, объективных, до внутренних, субъективных. Диапазон аутоагрессивного поведения весьма широк – опасные хобби и профессии, уход на войну, рабочие перегрузки, злоупотребление спиртным и наркотиками, изнурительные сексуальные контакты (до промискуитета), самопрвреждения, суициды. Трансексуальная установка на изменение пола также может иметь разную степень выраженности – от грезоподобных фантазий на тему «волшебного» превращения до непоколебимого решения сменить пол.

Личностная дисгармония у лиц с транссексуализмом ведет к выраженной социальной дезадаптации. Причем речь идет не только о дооперационном, но и о послеоперационном периоде. Личность оказывается вырванной из системы прежних отношений, должна создавать новые. Часто пациенты круто меняли свою жизнь, переезжали в другой город, уничтожали все вещи, напоминающие о прежней жизни. Психологическая диагностика особенностей инверсной половой идентичности при мужском и женском транссексуализме позволит более адресно построить психокоррекционные и реабилитационные мероприятия. Реабилитация лиц с транссексуализмом возможна в двух направлениях: хирургическая коррекция пола – приведение вторичных половых признаков в соответствие с биологическим полом и последующая смена документов и имени; второе направление – построение семьи с биологически однополым, а психологически разнополым партнером.

При мужском транссексуализме – исходно мужской биологический пол – мужчины не имеют каких-либо отношений с противоположным полом, рассматривая их как гомосексуальные. Только после операции по изменению вторичных половых признаков, смены имени и документов мужчины-транссексуалы пытаются создать семью. Как правило, в «конкуренции» с женщинами бывшие мужчины проигрывают. В наших наблюдениях только один после смены пола создал семью. Другой вариант реабилитации также имел место у одного бывшего мужчины – сменив пол на женский, он удочерил девочку из детского дома, создав неполную семью.

При женском транссексуализме – исходно женский биологический пол – женщины создают семью задолго до хирургической коррекции пола. Гражданские (формально гомосексуальные) браки имели 54,8% обследованных. В этих семьях воспитывались 16 детей в возрасте от 1,5 до 17 лет, все дети были детьми партнерш.

Психологический анализ мотивов создания гражданской семьи у гетеросексуальных партнерш позволяет сделать следующие выводы.

На первом месте стоит мотив избегания мужчин. Около половины женщин-партнерш (49,7%) имели негативный сексуальный опыт с мужчинами, 23,2% партнерш оказались жертвами сексуального насилия. Среди других причин избегания мужчин встречаются такие, как грубая дефлорация, отсутствие психологической подготовки, интимные отношения в основном в состоянии алкогольного опьянения мужчины, психологическая чуждость партнеров, отсутствие учета эмоционального состояния женщины, отношение к ней как к объекту удовлетворения потребности.

На втором месте стоит мотив «материнского отношения». Этот мотив характерен для женщин, имеющих выраженные черты женщины-матери, а также живущих в стесненных материальных условиях с детьми от предыдущих неудачных браков. У женщин такого типа вызывали сочувствие «несправедливость судьбы», гонения и оскорбления окружающих, комплекс неполноценности у женщин-транссексуалок, и у партнерш возникало желание спасти, защитить, пожалеть.

На третье место может быть поставлен мотив «неведения». Он присутствовал у молодых девушек без сексуального опыта с мужчинами, партнерши-транссексуалы являлись первыми и единственными их «мужчинами», сумевшими завоевать любовь и привязанность романтически-рыцарским ухаживанием и служением прекрасной даме. Как правило, этим партнершам выдается легенда о якобы проблемах с половыми органами, в связи с чем планируется операция. При создании семьи речь идет об усыновлении детей.

Нами исследовалась также степень идентификации лиц с транссексуализмом с социокультурной половой ролью в соответствии с биологическим и психологическим полом с помощью опросника MMP1 (в модификации Л.Н. Собчик). Как известно, профили личности в этом опроснике вычерчиваются в зависимости от пола на «мужском» и «женском» бланках. В нашем исследовании мы анализировали два профиля личности: профиль по биологическому и профиль по психологическому полу транссексуалов.

Сравнительный анализ усредненных профилей MMP1 женщин-ТС, построенных на «мужских» бланках в соответствии с половой идентичностью, и усредненного профиля гетеросексуальных мужчин показывает абсолютное их несовпадение по конфигурации и размаху. Особо следует подчеркнуть несовпадение по 5 шкале (мужественности–женственности): показатели этой шкалы у женщин-ТС достоверно выше, чем у гетеросексуальных мужчин, что свидетельствует о более мягком, женственном варианте полоролевого поведения.

Содержательная характеристика профиля по психологическому полу оказалась противоположной по отношению к профилю личности по биологическому полу: сентиментальность, мягкость, внимание к нюансам интерперсональных отношений, сензитивность, недостаточная идентификация с ортодоксальной мужской полоролевой позицией. Несколько повышенная 2-я шкала (депрессии) означает блокаду гетероагрессивных тенденций, ощущение неудачливости, комплекс неполноценности. Формы протестного поведения чаще имеют аутоагрессивную направленность.

Нами были также обследованы с помощью опросника MMP1 стабильные партнерши женщин-ТС. Усредненный личностный профиль партнерш характеризуется подъемом по 4-й, 5-й, 6-й шкалам, что свидетельствует об уверенности в себе, готовности брать на себя ответственность, активности, лидерских тенденциях. Активная позиция, стремление к самоактуализации, самоуважение дезадаптировали этих женщин во взаимоотношениях с «мужественными» мужчинами: отношения характеризовались требованиями уважения, самостоятельности, определенной свободы, но, кроме этого, у них была потребность в чуткости, эмоциональной поддержке, нежности, чего они не получали от «мужественных» мужчин. Наиболее совместимы такие женщины с андрогинным или женственным типом мужчин, реальным (почти идеальным) воплощением которого и являются женщины-ТС.

Сравнительный анализ усредненных профилей MMP1 мужчин-ТС, построенных в соответствии с психологическим полом, и гетеросексуальных женщин показывает, что конфигурация этих профилей (в отличие от предыдущих) совпадает; различным будет только размах профиля. Обращают на себя внимание более низкие показатели мужчин-ТС по 5-й шкале (мужественности–женственности) – они ощущают себя более женственными, чем биологические женщины. Ведущими профильными пиками при мужском ТС являются 4-я, 6-я, 8-я шкала, 5-я совпадает с профилем личности, построенным в соответствии с биологическим полом.

При сравнительной оценке усредненных профилей MMP1 мужчин-ТС и женщин-ТС в соответствии с биологическим полом обращает на себя внимание их достаточно выраженное сходство, что позволяет говорить о «транссексуальном MMP1 шаблоне». Ведущими пиками являются 5-я, 4-я, 8-я шкалы; при этом возможны комбинации: 8-я, 5-я, 4-я или 4-я, 5-я, 8-я.

У мужчин-ТС подобная конфигурация свидетельствует об отказе от традиционной мужской ролевой позиции, декларации своей мягкости, женственности в поведении и мотивации, пассивности, неумении взять на себя ответственность, стремлении в сексуальном партнерстве быть ведомым, внимании к эмоциональным нюансам и оттенкам отношений. Сравнение данного профиля с усредненным профилем гетеросексуальных мужчин показывает полное несовпадение их конфигураций и увеличение размаха профиля за пределы нормы.

У женщин-ТС такая конфигурация свидетельствует о низкой идентификации с женской психосексуальной ролью, стремлении к преодолению препятствий, доминантности, склонности к соперничеству, пренебрежении к общепринятым нормам, решительности, приводит к выбору неженственных профессий. Конфигурации профилей женщин-ТС по биологическому полу и гетеросексуальных женщин совпадают по конфигурации, но по размаху профиль женщин-ТС превышает по шкалам «транссексуального шаблона» – 5-й, 4-й, 8-й.

Таким образом, можно сделать вывод о полной инверсии половой идентичности при мужском ТС (суперфеминность) и слабой степени выраженности инверсии половой идентичности при женском ТС (феминный тип идентификации с мужской психосексуальной ролью), что согласуется с выбором партнерш с доминантным типом полоролевого поведения.

### *Литература*

1. Бухановский А.О. Транссексуализм и сходные состояния. Ростов н/Д : Феникс, 2016. 579 с.
2. Бухановский А.О., Ковалев А.И. Основные закономерности формирования инверсного полоролевого поведения в детстве и подростковом возрасте при транссексуализме // Обозрение медицинской психологии НИИ им. В.М. Бехтерева. 1998. № 1. С. 54–55.
3. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Психические расстройства и расстройства поведения. Ростов н/Д : Феникс, 1999. Ч. 1. 262 с.

### **FEATURES OF IDENTIFICATION OF ITSELF WITH SOCIO-CULTURAL STEREOTYPE OF MALE – FEMALE IN PERSONS WITH TRANSEXUALISM**

**Trufanova O.K.**, candidate of psychological sciences, associate professor, the senior lecturer of chair of psychophysiology and clinical psychology of Academy of psychology and pedagogics of Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia. E-mail: trufanovaok@mail.ru

**Abstract.** The comparative analysis of the averaged MMP1 profiles of female TCs, constructed on "male" forms in accordance with gender identity, and the average profile of heterosexual men shows their absolute mismatch in configuration and scope. Especially it is necessary to emphasize the discrepancy on the 5th scale (masculinity-femininity): the indices of this scale in women-TC are significantly higher than in heterosexual men, which indicates a milder, feminine version of sex-role behavior. The content characteristic of the TC profile on the psychological floor turned out to be opposite to the personality profile of the biological sex. We also examined, using the MMP1 questionnaire, the stable partners of women-TCs. The average personal profile of the partners is characterized by a rise of 4.5.6 scales. The active attitude, the desire for self-actualization, self-esteem, prevented these women in relationships with "courageous" men: the relationship was characterized by the demands of respect, independence, a certain freedom, but in addition they had a need for sensitivity, emotional support, tenderness, which they did not receive from "courageous" men. The most compatible are such women with androgynous or feminine type of men, the real (almost ideal) embodiment of which are female TS. A comparative analysis of the averaged profiles of MMP1 male-TC, constructed in accordance with the psychological sex, and heterosexual women shows that the configuration of these profiles (in contrast to the previous ones) coincides; the only difference is the size of the profile. Attention is drawn to the lower rates of male TS on the 5th scale (masculinity-femininity) – they feel more feminine than biological women. The leading profile peaks in the male TS are 4.6.8, -5, coincides with the personality profile constructed in accordance with the biological sex. Thus, it can be concluded that the gender identity is completely invalidated in masculine TC (superfeminism) and the degree of inversion of gender identity is weak in female TS (feminine type of identification with the male psychosexual role), which is consistent with the choice of partners with a dominant type of sex role behavior.

**Keywords:** sex role identification; transsexualism; gender identity inversion.

## ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОБРАЗОВ ПОЛОРОЛЕВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ СОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Н.К. Туран

Главное бюро медико-социальной экспертизы по Кемеровской области, Новокузнецк, Россия  
E-mail natalia.turan@yandex.ru

**Аннотация.** Представлены основные результаты изучения особенностей образов полоролевой идентификации подростков-инвалидов с разным уровнем соматических нарушений, складывающейся в социокультурном пространстве в возрасте 6–15 лет, отражены динамика восприятия образов поло-ролевой идентификации в разные возрастные периоды и гендерные стереотипы мальчиков и девочек с ОВЗ, проанализированы трудности формирования гендерных стереотипов подростков в условиях соматического дизонтогенеза.

**Ключевые слова:** соматический дизонтогенез; полоролевая идентификация; гендерные стереотипы; смысловое сознание; ценностное сознание; ребенок-инвалид.

Важным фактором становления ценностного сознания являются образцы идентификация, благодаря чему строится собственная идентичность подростка, формируется система его ценностных ориентаций, появляются гендерные стереотипы и полоролевая идентичность формирующейся личности. С рождения ребенок начинает знакомиться и осваивать определенные эталоны, модели поведения (особенности внешнего вида, социальных ролей, поведенческих стереотипов), присущие его полу и транслируемые этнокультурной средой. Усвоение гендерной информации происходит при посредстве родителей и значимых взрослых, принимающих участие в воспитании ребенка и являющихся культурными агентами. Кроме того, дети дошкольного возраста получают информацию о гендерных стереотипах из детской литературы и мультипликационных фильмов. В образовательных учреждениях (детский сад, школа) поддерживают поведенческие паттерны, соответствующие нормам мужского и женского образа, действующие в конкретный момент историко-культурного развития общества [3, 5, 7].

Полоролевая идентификация является одним из базовых элементов главного личностного новообразования пубертатного возраста – самосознания. Его проявлениями также являются усиление рефлексии, формирование мотивационно-ценностного компонента личности. Половое созревание стимулирует осознание сексуальной идентичности, формирование ценностных ориентаций, направленных на семью и будущие брачные отношения. Также нельзя не отметить взаимосвязь образов полоролевой идентификации с жизненными планами и профессиональной направленностью личности подростка. Таким образом, феномен гендерной идентификации пронизывает жизненный мир ребенка.

В социокультурном контексте о феномене идентичности говорил Э. Эриксон: особенности идентичности, согласно его концепции, складываются из характеристик культурной среды и возможностей самого индивида. Э. Эриксон отмечает, что наибольшее влияние на формирование идентичности оказывают значимые взрослые и культурная среда в целом [1, 11].

Значимым фактором, оказывающим влияние на становление жизненного мира ребенка с ограниченными возможностями, является первичный соматический дефект. Л.С. Выготский отмечает, что «от исхода социальной компенсации, т.е. конечного формирования его личности в целом, зависит степень его дефективности и нормальности» [4].

В процессе социализации детей с ограниченными возможностями возникает двойственная ситуация. С одной стороны, особенности развития детей с аномалиями развития и соматическими дефектами приводят к значительному ограничению коммуникативного пространства, и, как следствие, у ребенка с ограниченными возможностями здоровья возникает недостаток опыта межличностной коммуникации, способы построения межличностного контакта могут искажаться, затрудняется адаптация в социуме, замедляется или искажается процесс усвоения социального опыта. С другой стороны, на формирование личности ребенка с ОВЗ влияют факторы социальной среды: гиперпротекция со стороны семьи инвалида, а также стигматизация и маргинализация со стороны общества. Поскольку в каждый период развития общества существуют определенные эталонные образцы красоты и здоровья для женщин и мужчин, присущие детям-инвалидам соматические особенности вызывают у здоровой части населения тревожность, страх и отвержение; таким образом, особенность развития становится своеобразным клеймом (стигматизация) – их стремятся исключить из своего круга, в чем и заключается процесс маргинализации [1, 8, 10].

С точки зрения структурных звеньев Я-концепции, переживание ограниченности возможностей здоровья влечет кризис соотношения Я-реального и Я-идеального, возникновение комплекса неполноценности, который впервые был изучен А. Адлером. Как отмечают ученые (Е.С. Слюсарева, Е.В. Евмененко, Е.Л. Тинькова), наиболее остро проблема несоответствия собственного образа тела идеальным представлениям и требованиям, которые выдвигает общество, переживается детьми с ОВЗ в возрасте 5–7 лет и подростками-инвалидами [8, 10].

Для выявления идеалов, служащих идентификационными образцами для подростков с ограниченными возможностями здоровья, применена методика «Остров» (О.И. Васильева), в основе которой лежит принцип рефлексии: испытуемым необходимо вспомнить любимых героев детства (применен принцип ретроспективной

рефлексии к периоду первичной половой идентичности на этапе смыслового сознания), а также назвать актуальных любимых героев (применен принцип актуальной рефлексии, поскольку на данном возрастном этапе осуществляется переход от смыслового к ценностному сознанию). При помощи данной методики были выявлены стереотипы маскулинности и феминности, а также доминирующий идеал идентификации (вопрос о том, на кого хочет быть похожим респондент) [2].

На первом этапе подросткам предлагалось вспомнить себя в возрасте 5–6 (7) лет и подумать, кого из любимых героев (персонажи художественных произведений, известные люди) и людей близкого окружения они бы взяли с собой на необитаемый остров. Испытуемый должен ответить на следующие вопросы:

- 1) перечислите этих героев;
- 2) кто из этих героев, как вам кажется, самый сильный, может вас защитить?
- 3) кто из этих героев самый ласковый, заботливый?
- 4) на кого из этих героев вы больше всего хотели бы быть похожи и почему?

Далее предлагалось указать персон, которые не нравились в детстве, отправить их на остров нелюбимых героев и ответить также на четыре вопроса:

- 1) перечислите этих героев.
- 2) кто из этих героев, как вам кажется, самый сильный?
- 3) кто из этих героев самый ласковый, заботливый?
- 4) на кого из этих героев вы больше всего не хотели бы быть похожи и почему [2]?

Далее процедура повторяется, и испытуемый называет оба типа героев в актуальный жизненный период. При интерпретации данных анализировались образы гендерной идентификации, особенности изменения и усложнения образов полоролевой идентификации с возрастом, а также особенности эмоционального наполнения образов гендерной идентификации, специфичность выбранных образов.

В исследовании приняли участие 88 подростков с ограниченными возможностями здоровья, имеющие соматические нарушения: 41 юноша и 47 девушек в возрасте от 10 до 17 лет. По нозологическому признаку выборка включает лиц с такими заболеваниями, как сахарный диабет, нарушения опорно-двигательного аппарата (сколиоз, врожденные аномалии развития позвоночника, не связанные со сколиозом, ДЦП с преобладанием статодинамических нарушений без дефекта психических функций, болезнь Пертеса, ювенильный ревматоидный артрит), заболевания желудочно-кишечного тракта (синдром короткой кишки, болезнь Крона, атрезия ануса, посттравматический стеноз гортани и рубцовые изменения пищевода), последствия травм.

Кроме того, необходимо отметить, что 60,2% несовершеннолетних инвалидов проживают в неполных семьях (лишь в одной из этих семей отсутствует мать), у остальных 39,8% испытуемых семьи полные.

**Результаты анализа полученных данных.** Анализ данных, полученных при помощи методики «Остров», показал, что в качестве идеалов идентификации лица с ОВЗ подросткового возраста в прошлом выбирают персонажей мультипликационных фильмов и книг.

Частотный анализ данных по образам положительной идентификации в прошлом представлен в табл. 1. В таблице наглядно представлено, что преобладающими образами идентификации подростков-инвалидов в прошлом являются сказочные принцессы мультфильмов «Дисней» (23,9% испытуемых), герои современных иностранных мультфильмов (19,3% респондентов) и супергерои (14,8% опрошенных). Средняя степень выраженности у следующих образцов: герои отечественных мультфильмов (12,5%), члены семьи (9,1%), герои сказок и советских фильмов (5,7% для обеих групп образцов). Наименее популярными образцами идентификации являются актеры (избраны 3% испытуемых) и исторические личности (избраны 2% респондентов), спортсмены, современные киногерои и певцы (в каждой группе избрали по 1% респондентов).

Таблица 1

**Частотный анализ образов положительной идентификации (в период 6–7 лет) подростков-инвалидов**

Образец идентификации	Частота	%
Принцессы «Дисней» (Ариэль, Эльза, Белль, Золушка, Покахонтас, Спящая Красавица, Мерида)	21	23,9
Герои иностранных мультфильмов (феи Винкс, «Губка Боб Квадратные Штаны», «Гачки», «Тарзан», «Спасатели»)	17	19,3
Супергерои (Супермен, Человек-Паук, Халк, Железный человек)	13	14,8
Герои советских и российских мультфильмов	11	12,5
Семья (мама, папа, бабушка, тетушка)	8	9,1
Герои сказок (Чиполино, Пиноккио, Лис)	5	5,7
Герои советских фильмов («Ну, погоди!», «Снежная Королева», кот Леопольд)	5	5,7
Актеры	3	3,4
Исторические личности (Екатерина II, Мария Стюарт, Анна Болейн)	2	2,3
Спортсмены	1	1,1
Современные киногерои	1	1,1
Певцы	1	1,1
Итого	88	100

Рассмотрим те образцы идентификации, которые выделяют подростки-инвалиды при помощи ретроспективной рефлексии, обращаясь к тому жизненному периоду, когда им было 6–7 лет. Этот временной промежуток является сенситивным периодом становления смыслового сознания. В качестве идеалов феминной идентификации 70% девочек в прошлом (возраст 6–7 лет) склонны выбирать образы принцесс мультфильмов «Дисней» (Золушка, Спящая Красавица, Ариэль, Мерида, Эльза), Герду и фей Винкс. Указанные образы они наделяют как феминными, так маскулинными чертами: отмечая, с одной стороны, их нежность, доброту и красоту, с другой – силу духа этих персон и их готовность прийти на помощь, смелость и отвагу. В указанном возрастном периоде выделены также образы маскулинной идентификации – ими стали также герои художественных произведений.

Можно отметить инверсию относительно идентификационных персонажей в прошлом: 13,9% мальчиков с ОВЗ выбирают для идентификации феминные образцы и 30,8% девочек-инвалидов идентифицируются с маскулинными образами. Типичными феминными чертами наделяются такие персонажи, как Лунтик, кот Леопольд, Винни Пух и Кай. Данная особенность может быть детерминирована спецификой состава семьи подростков с ограниченными возможностями – многие из них воспитываются в неполных семьях, где мужчины могут отсутствовать вовсе, а воспитательную функцию выполняют исключительно женщины – мамы и бабушки. Относительно сопряженности семейного статуса подростков-инвалидов и образов идентификации в прошлом выявлено, что у 61,5% подростков из неполных семей представлены маскулинные образы идентификации.

Выявлены следующие особенности гендерной идентификации у мальчиков-инвалидов подросткового возраста. Как в возрасте 6–7 лет, так и в настоящее время у большинства респондентов маскулинные идеалы представлены персонажами мультсериалов о супергероях (Человек-Паук, Халк, современная версия Трех Богатырей): эти герои охарактеризованы как сильные, смелые, ловкие. Также респонденты отмечают, что в детстве их идеалами маскулинности были также супергерои (Человек-Паук, Халк).

Таким образом в качестве образцов положительной идентификации несовершеннолетние инвалиды в возрасте 6–7 лет отмечают как феминные, так и маскулинные образы: среди образцов идентификации преобладают принцессы, супергерои, герои сказок. Значительно меньшее количество испытуемых в качестве ориентиров для подражания выбрали спортсменов, актеров, членов семьи. При выявлении образцов идентификации отмечается инверсия – наполнение маскулинных образов феминными чертами, и наоборот.

В актуальный период жизненного развития лица подросткового возраста также выбирают персонажей художественных произведений. Кроме того, лица подросткового возраста, помимо киногероев, идентификационными образцами выбирают персон массмедиа (актеров, певцов, блогеров и т.п.). Частотный анализ данных по образам положительной идентификации в настоящем представлен в табл. 2.

Т а б л и ц а 2

**Частотный анализ по образцам положительной идентификации (в настоящем) подростков-инвалидов**

Образец идентификации	Частота	%
Сам испытуемый	20	22,7
Киногерои	11	12,5
Герои современных мультфильмов	10	11,4
Блогеры	9	10,2
Спортсмены	9	10,2
Принцессы «Дисней»	7	8
Актеры	5	5,7
Супергерои	4	4,5
Певцы	4	4,5
Герои книг	2	2,3
ТВ-ведущие научно-познавательных программ	2	2,3
Нет образа для подражания	2	2,3
Политики	1	1,1
Исторические личности	1	1,1
Друг или подруга	1	1,1
Итого	88	100

По результатам частотного анализа данных по образам идентификации подростков с ОВЗ, которые отражены в табл. 2, можно заключить, что доминирующими образцами полоролевой идентификации являются герои современной киноиндустрии (кинофильмов, сериалов, полнометражных мультфильмов), спортсмены, медийные личности. Наименее популярными образцами идентификации являются певцы, блогеры, лица из ближайшего окружения, что также отражено в таблице. Кроме того, 22,7% испытуемых при наличии постоянных интересов и увлечений отмечают, что не хотят быть похожими на какого-то определенного героя, а хотят быть похожими на самих себя.

Идеалами полоролевой идентификации девушек-инвалидов выступают соответствующие их полу героини кино, сериалов, полнометражных мультфильмов, блогеры (Саша Спилберг, Кристина Си, Мария Ро), спортсменки (участницы женских сборных России по плаванию и фигурному катанию), исторические личности (Анна Болейн, Мария Стюарт), современные певцы (Нюша, Селена Гомес, Таня Терешина, Максим (Марина Максимова), Полина Гагарина). Подростки женского пола отмечают, что выбранные ими героини являются красивыми, успешными, сильными женщинами, которые достигли многого благодаря своим личным чертам. Частотный анализ данных по образам положительной идентификации в настоящем представлен в табл. 2.

Идеалами гендерной идентификации для юношей с ОВЗ в настоящее время являются известные спортсмены (Мартен Фуркад, Уле Бьорндаллен), артисты цирка и кино (братья Запашные, Артур и Карина Багдасаровы, Йен Соммерхолдер, Владимир Епифанцев) – их характеризуют как сильных, смелых, выносливых и успешных людей. Кроме того, юноши стремятся подражать своим сверстникам-блогерам, таким как Ивангай (Eeonegy) и Мария Ро, отмечая их креативность и высокий уровень дохода.

Нельзя не отметить, что у 12,5% инвалидов сохраняются образы идентификации, выбранные ими при ретроспективной рефлексии. Кроме того, в актуальный возрастной период в образцах полоролевой идентификации присутствует инверсия гендерных ролей: 15% юношей с ОВЗ выбирают для идентификации феминные образцы и 27,1% девочек-инвалидов идентифицируются с маскулинными образами. В качестве идеалов феминности мальчики-подростки как в возрасте 6–7 лет, так и в настоящее время называют своих родственниц женского пола (мама, тетушки, бабушки). Относительно сопряженности семейного статуса подростков-инвалидов и образов идентификации выявлено, что у 56,2% подростков из неполных семей представлены маскулинные образы идентификации.

Итак, в качестве образцов полоролевой идентификации в актуальный жизненный период несовершеннолетние инвалиды склонны выбирать персонажей киноиндустрии, спортсменов, певцов и блогеров. Основными критериями выбора данных образцов являются их материальная успешность, внешняя привлекательность, личные качества.

Частотный анализ данных по образам отрицательной идентификации представлен в табл. 3. В табл. 3 наглядно представлено, что преобладающими образами отрицательной идентификации подростков-инвалидов в прошлом являются герои современных мультфильмов (у 33% испытуемых), герои сказок (отмечены 28,4% респондентов), у 18% респондентов нет образца отрицательной идентификации.

Средняя степень выраженности у следующих образцов: киногерои (отметили 6% испытуемых), одноклассники (отметили 5% респондентов). Наименее популярными образцами идентификации являются герои книг, учителя, ровесники, супергерои и антигерои (в каждой группе образов избрали по 1% респондентов).

Таблица 3

**Частотный анализ по образцам отрицательной идентификации (в прошлом) подростков-инвалидов**

Образец отрицательной идентификации	Частота	%
Герои современных мультфильмов	29	33
Герои сказок	25	28,4
Нет образа	18	20,5
Киногерои	6	6,8
Одноклассники	5	5,7
Герои книг	1	1,1
Учителя	1	1,1
Ровесники	1	1,1
Супергерои (антиподы главного героя)	1	1,1
Супергерои	1	1,1
Итого	88	100

Результаты показали, что антипатии у девочек в 6–7-летнем возрасте вызывают, как правило, сказочные персонажи (пингвины из мультфильмов «Мадагаскар», злые волшебники, гномы-смурфики, Лунтик): дети отмечают, что эти персонажи глупые и злые. В актуальном возрасте асимпатичны не только персонажи художественных произведений (такие как Маленький Принц, Царевна Лебедь, Богатыри), но и люди из ближайшего окружения (отцы, младшие сиблинги, учителя) – их характеризуют как слабых, слишком добрых (если говорить о сказочных персонажах), докучливых, строгих, придирчивых (лица из ближайшего окружения).

Антипатии и мальчиков, и девочек в детстве вызывают отрицательные персонажи фильмов и сказок (Кощей Бессмертный, Баба Яга, бандиты и террористы) – дети характеризуют их как злых, жадных и подлых. В настоящее время антипатии вызывают строгие учителя и одноклассники, которых называют «глупыми и вредными».

Нельзя не отметить, что значимый процент испытуемых отмечает, что в прошлом у них отсутствовали образцы отрицательной идентификации; дети с ограниченными возможностями объясняют это тем, что антипатий не было, поскольку со всеми людьми близкого окружения были достаточно ровные и хорошие взаимоотношения, культурные образцы резкого отрицания не вызывали.

Рассмотрим образы отрицательной идентификации, выделяемые подростками с ограниченными возможностями в актуальный жизненный период. Частотный анализ данных по образам отрицательной идентификации представлен в табл. 4, где наглядно представлено, что у преобладающего числа респондентов (28%) в настоящее время нет образа отрицательной идентификации. Средняя степень выраженности у следующих образцов: герои современных мультфильмов (выбраны 17% испытуемых), отрицательные герои сказок (отмечены 13,6% респондентов) и учителя (отмечены 10% участников исследования). Наименее популярными образцами идентификации являются киногерои (избраны 8% испытуемых), одноклассники (избраны 4,5% респондентов), герои книг (избраны 3,4% респондентов). По 2,3% испытуемых отмечаются в категориях образов «члены семьи», «певцы», «антиподы супергероев»; по 1,1% респондентов отмечают такие образцы идентификации, как исторические личности, спортсмены, люди из ближайшего окружения.

Т а б л и ц а 4

**Частотный анализ по образам отрицательной идентификации (в настоящем) подростков-инвалидов**

Образец идентификации	Частота	%
Нет образа	28	31,8
Герои современных мультфильмов	15	17
Отрицательные герои сказок	12	13,6
Учителя	10	11,4
Киногерои	7	8,0
Одноклассники	4	4,5
Герои книг	3	3,4
Певцы	2	2,3
Члены семьи	2	2,3
Супергерои (антиподы главного героя)	2	2,3
Исторические личности	1	1,1
Люди из ближайшего окружения	1	1,1
Спортсмены	1	1,1
Итого	88	100,0

Проанализировав представленные в табл. 4 данные об отрицательных образах идентификации, можно заключить, что наибольшие антипатии у подростков с ОВЗ (как юношей, так и девушек) вызывают учителя, отрицательные герои сказок (их характеризуют как злых, жадных, мстительных), герои современных мультфильмов (смурфики, свинка Пеппа, Гарфилд, Тачки, Миньоны) – их характеризуют как глупых, некрасиво нарисованных. Также антипатии вызывают учителя и одноклассники: учителей представляют как излишне строгих, придирчивых, не понимающих особые потребности детей с ОВЗ (например, статодинамические особенности детей с ортопедическими нарушениями, особенности образа жизни диабетиков). Одноклассники вызывают антипатии, поскольку воспринимаются как глупые, ведущие нездоровый образ жизни, беспардонные и злые.

Значительное число респондентов (31,8%) отмечают, что не имеют антипатий, поскольку с представителями ближнего круга у них достаточно ровные взаимоотношения, антипатий относительно культурно-исторических образов они также не выделяют.

**Обсуждение результатов.** По итогам анализа образов полоролевой идентификации можно заключить, что образы полоролевой идентификации мальчиков-подростков с ОВЗ более ригидны, нежели образцы идентификации их сверстниц. При этом образы гендерной идентификации юношей с ограниченными возможностями основываются на таких критериях, как сила, выносливость, внешняя привлекательность, социальная успешность и высокое материальное положение. Данный факт свидетельствует об активном типе защитного механизма по типу компенсации, при котором осознание несовершенства телесного образа влечет стремление к максимальной реализации в разных областях жизнедеятельности. Кроме того, выделение характеристик социальной успешности и материальной стабильности свидетельствует о формировании ценностных ориентаций и становлении ценностного сознания.

Итак, нельзя не отметить, что у большинства младших подростков выявлены динамика и усложнение гендерных стереотипов, что свидетельствует о расширении и качественном усложнении их жизненного мира. Однако 12,5% подростков сохранили стереотипы образцов идентификации, что может говорить о некоторой ригидности и замедленности идентификационных процессов. Референтная группа, благодаря которой складываются идентификационные образцы, состоит преимущественно из медийных личностей (известные актеры, певцы, блогеры и спортсмены), персонажей художественных произведений (герои кино и мультфильмов) и значимых взрослых (родители и учителя). Антипатии вызывают художественные образы (отрицательные персонажи сказок, кино- и мультфильмов), ассоциирующиеся с негативными чертами – злобой, агрессией, а также учителя и родственники – ввиду излишней строгости. При этом у девочек образцы идентификации более подвижны, нежели у мальчиков. У детей обоих полов в качестве образа защитника чаще выступает мама. Возможно, это связано с тем, что значительная часть детей-инвалидов проживает в неполных семьях. Также нельзя не отметить, что многие подростки в качестве образцов идентификации указывают конкретных людей, добив-

шихся успеха, что свидетельствует об активном развитии ценностных ориентаций и ценностного сознания, а конкретизация выбора – об усовершенствовании рефлексивных возможностей испытуемых. При этом важно отметить, что подростки с ОВЗ часто делают акцент именно на составляющих имиджа идентификационных образов (внешняя привлекательность, сила, ловкость, выносливость), что свидетельствует о стремлении к совершенствованию и изменению своего образа тела, а также о преобладании компенсации как защитного механизма психики.

#### **Выводы:**

1. Результаты исследования свидетельствуют об усложнении жизненного мира детей с ограниченными возможностями: усложнении процессов рефлексии, расширении культурных и идентификационных стереотипов, выходе к ценностному уровню сознания.

2. Усложнение рефлексии и образцов полоролевой идентификации также свидетельствует о переходе от смыслового к ценностному уровню сознания.

3. У некоторых подростков с ограниченными возможностями здоровья сохранились идентификационные образцы, обозначенные ими в детстве, что может свидетельствовать о некотором снижении скорости перехода от смыслового к ценностному уровню сознания.

4. Стремление к идентификации с сильными и привлекательными внешне личностями свидетельствует о преобладании компенсаторных защитных механизмов и стремлении к изменению образа тела.

5. Девушки с ОВЗ выделяют более широкие схемы, категории образцов идентификации, нежели юноши. При этом девушки (27,1%) чаще отмечают, что качествами защитников (маскулинный образ) обладают женские персонажи. Этот факт может быть детерминирован особенностями состава семьи подростков-инвалидов.

6. Юноши (15%) отмечают в качестве антипатий детства феминные черты (нежность, заботу) у маскулинных персонажей, что свидетельствует об активности защитного механизма психики по типу компенсации.

7. Выделение таких черт, как достижение финансовой стабильности, успешность реализации в сфере социального влияния, общая направленность на потребность в достижении успеха, а не только привлекательная внешность идентификационных идеалов служит свидетельством активного становления ценностного уровня сознания и более совершенных способов актуальной рефлексии.

8. Нельзя не отметить, что особенности семейной ситуации (многие подростки воспитываются в неполных семьях) сопряжены с наделением маскулинными чертами феминных образцов для идентификации у девушек. Тогда как отвержение феминных черт (нежность, чувствительность, заботливость) у маскулинных персон у юношей как и их стремление выбирать в качестве идентификационного идеала физически сильных людей с хорошими внешними данными, свидетельствует о защитном компенсаторном поведении и стремлению к изменению образа Я.

Таким образом, детская инвалидность представляет собой сложный биопсихосоциальный феномен, актуальность изучения которого обусловлена, с одной стороны, возрастающим количеством детей с аномальным развитием, с другой – задачами, стоящими перед государственными структурами и обществом по интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в актуальную социокультурную среду. Изучение особенности формирования образов полоролевой идентификации детей с ограниченными возможностями позволяет выбрать оптимальные пути реализации программ по социальной, психологической и культурной абилитации и реабилитации несовершеннолетних инвалидов.

#### *Литература*

1. Аксенова Л.И. Социальная педагогика в специальном образовании. М. : Академия, 2001. 468 с.
2. Васильева О.И. Исследование процесса становления ценностного сознания в условиях развивающей образовательной среды // Психология обучения. 2008. № 8. С. 32–45.
3. Возрастная психология. Детство, отрочество, юность : хрестоматия / сост. В.С. Мухина. М. : Академия, 2005. 624 с.
4. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. М., 1956. 356 с.
5. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. СПб. : Питер, 2003. 544 с.
6. Исаев Д.Н. Психология больного ребенка : лекции. СПб. : Изд-во ПМИ, 2003. 186 с.
7. Кон И.С. Ребенок и общество. М. : Академия, 2003. 280 с.
8. Косикова Л.В. Особенности смысловой сферы подростков в условиях включенного обучения : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Ростов н/Д, 2010. 20 с.
9. Семенака С.И. Социально-психологическая адаптация ребенка в обществе. М. : Аркти, 2004. 288 с.
10. Слюсарева Е.С., Евмененко Е.В., Тинькова Е.Л. Антропологический подход в профилактике психосоматических расстройств : учебно-методическое пособие. Ставрополь : Изд-во СГПИ, 2011. 156 с.
11. Эриксон Э. Идентификация: юность и кризис. Прогресс, 2006. 352 с.

#### **FEATURES OF FORMATION OF GENDER IDENTITY IMAGES IN ADOLESCENTS WITH DISABILITIES CAUSED BY DIFFERENT LEVELS OF SOMATIC DISORDERS**

**Turan N.K.**, psychologist, Main Bureau of Medico-Social Expertise for the Kemerovo Region, Novokuznetsk, Russia. E-mail: natalia.turan@yandex.ru

**Abstract.** Children's disability is a complex biopsychosocial phenomenon; the urgency of studying is due, on the one hand, to the growing number of children with abnormal development and, on the other hand, to the tasks faced by the state structures and society

to integrate children with disabilities into the current sociocultural environment. The paper describes major results of studying the features of gender-based identification images in disabled adolescents with different levels of somatic disorders that develop in the socio and cultural space at the age of 6-15 years. It also presents the dynamics of perception of gender identity images at different age periods. The article discusses the peculiarities of gender stereotypes in boys and girls with disabilities, as well as the difficulties of forming gender stereotypes in adolescents under conditions of somatic dysontogenesis.

**Key words:** somatic dysontogenesis; disability; sex-role identification; gender stereotypes; axiological consciousness; value consciousness; disabled child; children with disabilities.

УДК 159.9.07

## СТАНОВЛЕНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

А.Л. Ульянич<sup>1</sup>, Л.А. Агаркова<sup>2</sup>, И.Ю. Бухарина<sup>2</sup>, Т.Г. Бохан<sup>1</sup>, А.Э. Зайцева<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия

<sup>2</sup> Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия  
E-mail: psihoterapiya@rambler.ru; roddom4@mail.tomsknet.ru

*Исследование выполнено при поддержке гранта РГНФ № 15-06-10666а (2015–2016 гг).*

**Аннотация.** Представлены результаты исследования становления материнской идентичности у женщин в процессе беременности в ее мотивационном и ценностно-смысловом аспектах и во взаимосвязи с особенностями формирования представлений женщины о внутриутробно развивающемся ребенке.

**Ключевые слова:** психология личности; материнская идентичность; ценностно-смысловая сфера; беременность.

**Введение.** Изучение особенностей женской идентичности в процессе проживания особого жизненного этапа, которым является беременность, в настоящее время является очень актуальным. Рассматривая период беременности как особый этап в целостном контексте жизни женщины, можно увидеть, что в процессе его проживания происходит непрерывное взаимодействие женщины с новыми условиями жизненного пространства, в результате которого порождаются новые качества, системные новообразования, определяющие гармоничное прохождение данного жизненного этапа на психологическом и физиологическом уровнях [2, 3]. Основываясь на понимании того, что идентификация есть системная, комплексная деятельность по самоопределению, отражающая способность личности к полноценному решению задач, возникающих перед ней на каждом этапе ее развития, и выступающая важнейшим условием устойчивости жизни человека [1, 5], а идентичность есть сам процесс саморазвития, дающий устойчивость, которую человеку необходимо открыть, освоить, принять [4], в рамках данного исследования научный интерес направлен на изучение особенностей становления материнской идентичности у женщин в период беременности в ее мотивационном и ценностно-смысловом аспектах и на рассмотрение ее во взаимосвязи с особенностями формирования представлений женщины о своем внутриутробно развивающемся ребенке.

**Обзор литературы.** В рамках современных исследований показано, что процесс беременности, как и любое другое кризисное состояние, может сопровождаться сильными переживаниями, в том числе и негативными; важно, чтобы это приводило к более глубокому пониманию себя, ребенка, его места в своей жизни, т.е. являлось средством личностного развития [3, 7, 8, 10]. Ключевым моментом, который свидетельствует о продуктивном проживании данного кризисного периода, по мнению В.И. Брутмана и Г.Г. Филипповой (2012), является формирование родительской позиции женщины. В рамках своих исследований они рассматривают период беременности в качестве «нормативного кризиса» в развитии женской идентичности и особого этапа, связанного с формированием привязанности между женщиной и внутриутробно развивающимся ребенком [2].

По мнению О.В. Магденко (2012) в основе формирования материнской ролевой идентичности лежит психологический механизм идентификации, а именно отождествление себя с такими же беременными женщинами, общественными нормами, ценностями и мотивами материнства. Материнская ролевая идентичность выступает как категория индивидуальная, но обусловленная социальной ролью, ценностями, мотивами [6]. В.И. Брутман, Г.Г. Филиппова, И.Ю. Хамитова отмечают, что в период беременности происходят коренной перелом жизненных целей, мотивов и изменение всех сторон жизни женщины [2, 10]. В рамках нашего исследования изучение особенностей материнской ролевой идентичности будет раскрыто через описание мотивационной и ценностно-смысловой составляющих идентификационных процессов.

**Методология, результаты.** Для изучения особенностей становления материнской идентичности у женщин в период беременности были использованы следующие психодиагностические методики: Семантический дифференциал Ч. Осгуда, позволяющий определить отношение женщин к таким понятиям, как «Я сама», «Моя беременность», «Мой ребенок», «Мое будущее», с помощью 12 пар антонимичных прилагательных, относящихся к трем шкалам: «Активность», «Сила», «Оценка»; авторская анкета-опросник репродуктивных мотива-

ций «Моя беременность» О.В. Магденко, апробация которой осуществлялась на базе Новосибирского центра новых медицинских технологий в Академгородке; Рисунок «Я и мой ребенок» Г.Г. Филипповой, позволяющий выявить особенностей переживания женщинами процесса беременности и самой ситуации материнства, а также восприятия себя и своего ребенка.

В исследовании приняли участие 196 беременных женщин первого и третьего триместра беременности. Исследование проходило на базе НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук (г. Томск). Демографические характеристики выборки представлены в табл. 1.

Т а б л и ц а 1

**Демографические показатели выборки исследования, %**

Демографические показатели	Кол-во женщин 1-го триместра беременности (n = 103)	Кол-во женщин 3-го триместра беременности (n = 93)
Возраст 19–25 лет	33	26
Возраст 26–33 лет	53	57
Возраст 34–43 лет	14	17
Гражданский брак	43	83
Зарегистрированный брак	57	17
Средний уровень образования	14	13
Средний специальный уровень образования	28	25
Высшее образование	58	62

На первом этапе исследования с помощью описательной статистики и сравнительного анализа результатов, полученных по шкалам методики Семантического дифференциала были выявлены особенности отношения беременных женщин в начале и в конце беременности к себе, своей беременности, своему внутриутробно развивающемуся ребенку и к будущему (табл. 2, 3).

Т а б л и ц а 2

**Описательная статистика показателей Семантического дифференциала для женщин первого триместра (группа 1) и третьего триместра беременности (группа 2)**

	Группа	Мин.	Макс.	Среднее значение	Станд. откл.	Дисперсия	Асимметрия		Экссесс	
							Статистика / Станд. ошибка	Статистика / Станд. ошибка		
Я Сама Оценка	1	-7,0	9,0	,602	2,5586	6,547	,747	,250	2,571	,495
	2	-6,0	10,0	1,117	3,3381	11,143	,319	,238	,767	,472
Я Сама Сила	1	-6,0	10,0	3,774	3,2408	10,503	-,241	,250	-,082	,495
	2	-18,0	12,0	4,204	4,1806	17,478	-1,547	,238	6,843	,472
Я Сама Актив-ть	1	-6,0	6,0	,753	2,5566	6,536	,003	,250	-,302	,495
	2	-6,0	10,0	,233	2,8464	8,102	,436	,238	,363	,472
Моя бемер. Оценка	1	-4,0	9,0	,505	2,4787	6,144	1,151	,250	2,346	,495
	2	-6,0	12,0	,922	2,5464	6,484	,753	,238	3,007	,472
Моя бемер. Сила	1	-6,0	12,0	2,946	4,0870	16,704	,373	,250	-,305	,495
	2	-6,0	12,0	2,903	3,4599	11,971	,059	,238	-,018	,472
Моя бемер. Актив-ть	1	-7,0	11,0	1,043	2,8472	8,107	,519	,250	1,219	,495
	2	-12,0	9,0	,476	3,3339	11,115	-,391	,238	1,293	,472
Мой ребенок Оценка	1	-8,0	6,0	,376	2,0158	4,063	-,100	,250	4,151	,495
	2	-6,0	12,0	1,087	2,8905	8,355	1,148	,238	4,058	,472
Мой ребенок Сила	1	-7,0	12,0	2,237	4,3198	18,661	,182	,250	-,442	,495
	2	-9,0	12,0	3,223	4,2286	17,881	-,361	,238	,148	,472
Мой ребенок Актив-ть	1	-7,0	6,0	-,194	2,4989	6,245	,195	,250	,306	,495
	2	-8,0	11,0	,476	3,1463	9,899	,536	,238	1,556	,472
Мое будущее Оценка	1	-6,0	10,0	,882	2,2450	5,040	,958	,250	3,251	,495
	2	-10,0	9,0	,942	2,7469	7,546	,198	,238	3,352	,472
Мое будущее Сила	1	-6,0	12,0	1,000	3,6978	13,674	,315	,250	,347	,495
	2	-12,0	8,0	,505	3,6885	13,605	-,444	,238	,736	,472
Мое будущее Актив-ть	1	-6,0	8,0	-,376	2,7383	7,498	,402	,250	,727	,495
	2	-7,0	8,0	,417	3,0147	9,089	,393	,238	,328	,472

**Достоверные различия в показателях Семантического дифференциала между группами женщин первого и третьего триместров беременности**

Шкалы	U-критерий Манна-Уитни	W Вилкоксона	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Я Сама Оценка	4123,000	8494,000	-1,712	,087
Я Сама Сила	4313,000	8684,000	-1,207	,228
Я Сама Активность	4184,500	9540,500	-1,536	,124
Моя беременность Оценка	4182,000	8553,000	-1,582	,114
Моя беременность Сила	4689,500	9060,500	-,254	,800
Моя беременность Активность	4349,000	9705,000	-1,119	,263
Мой ребенок Оценка	4002,500	8373,500	-2,108	,035*
Мой ребенок Сила	4039,000	8410,000	-1,907	,057
Мой ребенок Активность	4159,500	8530,500	-1,615	,106
Мое будущее Оценка	4779,500	9150,500	-,027	,979
Мое будущее Сила	4540,000	9896,000	-,637	,524
Мое будущее Активность	4062,000	8433,000	-1,878	,060

Примечание. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Отмечаются одинаково высокие значения на выборке первого и третьего триместров беременности по показателям: «Я сама» по шкале «Сила» и «Моя беременность» по шкале «Сила», что свидетельствует о том, что большинство женщин обеих групп чувствуют свои силы и возможности, высоко оценивают ресурсы и при этом ощущают изменения организма, связанные с развивающейся беременностью.

Установлены различия на уровне тенденции между группами женщин первого и третьего триместров беременности по показателю «Мой ребенок» по шкале «Сила» и достоверные различия по показателю «Мой ребенок» по шкале «Оценка». Отрицательные значения по показателю «Мой ребенок» по шкале «Сила» у женщин в первом триместре беременности говорят о том, что большинство женщин данной группы не чувствуют активности своего внутриутробно развивающегося ребенка, им еще не доступны его проявления, что вполне объясняется маленькими размерами ребенка и невозможностью для женщины ощущать его внутри своего тела в отличие от женщин третьего триместра беременности. А достоверно высокие значения у женщин третьего триместра беременности по шкале «Оценка» свидетельствуют о большей сформированности самостоятельной ценности ребенка.

Также на уровне тенденции были выявлены различия по показателю «Мое будущее» по шкале «Активность», что говорит о сложности в большей степени для женщин первого триместра проработать временную перспективу будущего.

С помощью описательной статистики и сравнительного анализа были установлены особенности мотивов сохранения беременности у женщин в начале и в конце беременности (табл. 4, 5).

**Описательная статистика показателей Мотивов сохранения беременности для женщин первого триместра (группа 1) и третьего триместра беременности (группа 2)**

	Группа	Мин.	Макс.	Среднее значение	Станд. откл.	Дисперсия	Асимметрия Стагистика / Станд. ошибка	Экссесс Статистика / Станд. ошибка
Берем-ть для чув-ва материнства	1	0,0	20,0	15,524	3,6173	13,085	-1,999 ,365	7,151 ,717
	2	6,0	21,0	15,373	3,1998	10,238	-,468 ,333	,139 ,656
Берем-ть для потреб-ти в любви	1	4,0	20,0	15,976	2,9341	8,609	-1,654 ,365	5,766 ,717
	2	9,0	20,0	15,608	3,0468	9,283	-,485 ,333	-,559 ,656
Берем-ть для соц. статуса	1	10,0	20,0	16,714	2,6530	7,038	-,918 ,365	,651 ,717
	2	5,0	20,0	15,608	3,1564	9,963	-,930 ,333	1,362 ,656
Берем-ть как протест	1	0,0	18,0	11,857	4,0035	16,028	-,819 ,365	,669 ,717
	2	3,0	20,0	10,745	3,7728	14,234	,402 ,333	-,282 ,656
Берем-ть для сохран. отношений	1	0,0	20,0	12,976	5,0774	25,780	-,671 ,365	,207 ,717
	2	4,0	20,0	12,373	4,2987	18,478	,268 ,333	-,638 ,656
Берем-ть как отказ от прошл.	1	0,0	18,0	10,762	4,0833	16,674	-,544 ,365	,158 ,717
	2	2,0	16,0	10,451	3,0615	9,373	-,068 ,333	,123 ,656
Берем-ть для сохран. здоровья	1	0,0	17,0	10,571	3,3724	11,373	-,555 ,365	1,026 ,717
	2	2,0	16,0	9,745	3,5600	12,674	-,009 ,333	-,923 ,656

	Группа	Мин.	Макс.	Среднее значение	Станд. откл.	Дисперсия	Асимметрия Статистика / Станд. ошибка		Экссесс Статистика / Станд. ошибка	
Берем-ть для материальн. выгоды	1	0,0	20,0	10,786	4,7449	22,514	-,349	,365	-,255	,717
	2	2,0	19,0	9,941	4,3054	18,536	,291	,333	-,597	,656
Берем-ть как уход от одиноч-ва	1	0,0	20,0	11,976	4,2626	18,170	-,288	,365	,245	,717
	2	1,0	20,0	10,804	4,4945	20,201	-,108	,333	-,165	,656
Берем-ть для ребенка определен. пола	1	0,0	20,0	9,048	4,8938	23,949	,058	,365	-,489	,717
	2	1,0	19,0	7,961	4,0790	16,638	,710	,333	,093	,656
Берем-ть для поддерж. в старости	1	0,0	20,0	14,357	4,0172	16,138	-,943	,365	2,663	,717
	2	5,0	20,0	14,098	4,0805	16,650	-,156	,333	-,802	,656
Берем-ть по религии	1	0,0	20,0	12,000	4,3111	18,585	-,541	,365	1,022	,717
	2	4,0	20,0	11,098	3,7270	13,890	-,034	,333	-,150	,656
Привлекат. неизвестного	1	0,0	19,0	12,238	4,9525	24,527	-,451	,365	-,783	,717
	2	5,0	20,0	12,000	3,9497	15,600	,225	,333	-,585	,656

Таблица 5

**Достоверные различия в показателях Мотивов сохранения беременности между группами женщин первого и третьего триместров беременности**

Шкалы	U-критерий Манна–Уитни	W Вилкоксона	Z	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)
Берем-ть для чув-ва материнства	999,000	2325,000	-,560	,576
Берем-ть для потреб-ти в любви	1001,500	2327,500	-,543	,587
Берем-ть для соц. статуса	848,000	2174,000	-1,734	,083
Берем-ть как протест	833,000	2159,000	-1,844	,065
Берем-ть для сохран. отношений	923,500	2249,500	-1,144	,253
Берем-ть как отказ от прошл.	979,000	2305,000	-,714	,475
Берем-ть для сохран. здоровья	910,500	2236,500	-1,245	,213
Берем-ть для материальн. выгоды	933,000	2259,000	-1,069	,285
Берем-ть как уход от одиноч-ва	917,000	2243,000	-1,193	,233
Берем-ть для ребенка определен. пола	899,500	2225,500	-1,328	,184
Берем-ть для поддерж. в старости	1013,500	2339,500	-,446	,656
Берем-ть по религии	909,500	2235,500	-1,253	,210
Привлекат. неизвестного	1043,500	1946,500	-,233	,816

Примечание. \* p < 0,05; \*\* p < 0,01.

Лидирующими для женщин обеих групп оказались мотивы сохранения беременности: «Беременность для реализации чувства материнства» и «Беременность для удовлетворения потребности в любви». При выборе данных мотивов для женщин сам факт рождения ребенка выступает целью реализации чувства материнства и супружеской любви. Для них важно «подарить жизнь человеку», у них есть желание «проявлять свою любовь к ребенку», «с умилением смотреть на него», они показывают свою готовность к взаимодействию с ребенком, даже пока он находится еще в утробе. Также лидирующим выступил мотив «Беременность как соответствие социальным ожиданиям, статусу». Данный мотив в меньшей степени конструктивен, так как противоречит ценностям материнства. В содержании данного мотива рождение ребенка определяется ожиданиями членов семьи и тем, что у «всех знакомых уже давно есть дети».

На уровне тенденции выявлены различия в выборе мотива «Беременность как протест». Более высокие значения в выборе данного мотива наблюдаются у женщин первого триместра беременности, что говорит о том, что они в большей степени склонны воспринимать беременность как возможность ощутить свою ценность и значимость, а также как способ доказать своим близким самостоятельность, взрослость и независимость. По мнению автора методики, данный мотив не являются конструктивными и может создавать вероятность возникновения внутренних конфликтов, связанных с формированием самостоятельной ценности ребенка, и свидетельствовать о неготовности вступить в новую материнскую идентичность и отдавать потребностям ребенка первостепенное место.

Далее с помощью корреляционного анализа были установлены взаимосвязи между мотивами сохранения беременности и показателями отношения женщин к себе, беременности, своему ребенку и к будущему. В результате были выявлены взаимосвязи между мотивом «Беременность для реализации чувства материнства» и показателями ценности беременности «Моя беременность» по шкале «Оценка» ( $r = 0,361$  при  $p = 0,012$ ) и

ценности ребенка «Мой ребенок» по шкале «Оценка» ( $r = 0,330$  при  $p = 0,027$ ); между мотивом «Беременность как протест» и показателем отношения к себе «Я сама» по шкале «Оценка» ( $r = -0,307$  при  $p = 0,048$ ). Выявленные взаимосвязи подтверждают, что реализация чувства материнства и становление материнской идентичности связаны с появлением качественно нового ценностного образования – самостоятельной ценности ребенка. Формирование новой ценности меняет сверхчувствительную реальность, преобразуя образ мира, в который «вписываются» ребенок и беременность как особый жизненный этап, в результате которого и рождается ребенок. А необходимость использовать беременность в качестве достижения собственной значимости и взрослости в большей степени связана с низкой самооценкой женщины и неуверенностью в себе.

В завершение исследования мы предлагали женщинам нарисовать рисунок на тему «Я и мой ребенок» для более качественного изучения их представлений о себе (с позиции идентичности), о ребенке и о взаимодействии между ними. По формальным признакам рисунка, принятым в психодиагностике (качество линий, расположение на листе, детали рисунков и т.д.), и по правилам работы с данной методикой, разработанной Г.Г. Филипповой (2006), в содержании рисунка учитывалось наличие фигур матери и ребенка, содержание образа ребенка и его возраст, наличие совместной деятельности матери с ребенком, психологическая дистанция, а также характеристика общего состояния. Далее по анализу рисунков определялась категория: благополучное состояние (1); неуверенность в себе и тревожность (2); признаки конфликтности и враждебности (3) [9].

С помощью анализа частотных таблиц было установлено, что для большинства беременных женщин первого триместра (более 70% всех женщин) характерно неуверенность в себе и тревожность (2), они изображают детей на рисунках отдельно от себя или вообще их не прорисовывают, что говорит о невозможности представлений о ребенке, трудности представлений о совместности. По качеству рисунков также видно, что для женщин данной группы пристраивание представлений о ребенке находится еще в стадии формирования – в их сознании есть образ ребенка, но отсутствуют направленность и способы взаимодействия с ним. Для данной группы женщин общение с ребенком представляется посредством внешних атрибутов. На рисунках это отображается в виде колясок, кроваток, в которых находится ребенок. По мнению Г.Г. Филипповой, подобное изображение себя с ребенком является нормальным для женщин с первого по второй триместр беременности.

Для большинства женщин третьего триместра беременности (более 75% всех женщин) характерно благополучное состояние (1), на рисунках они чаще всего изображают себя с младенцем на руках, что, по данным автора методики, является самым прогностически благоприятным признаком для формирования материнской идентичности. На рисунках женщин данной группы зачастую прослеживается визуальный контакт матери и ребенка, что свидетельствует о готовности женщины к телесному взаимодействию с ребенком и возможному образованию симбиотической связи. У этих женщин сформированы представления о материнстве: они видят себя в роли беременной женщины и будущей мамы, чувствуют уверенность в себе. В их сознании есть образ ребенка, они хорошо представляют его базовые потребности и готовы к взаимодействию с ним.

**Выводы.** В результате проведенного исследования выявлены особенности развития материнской ролевой идентичности через описание мотивационной и ценностно-смысловой составляющих идентификационных процессов у женщин в процессе беременности.

Определены ведущие мотивы сохранения беременности, свойственные большинству женщин, на первом и на последнем этапе беременности. Установлено, что для большинства беременных женщин, участвующих в исследовании, беременность являлась способом реализации их желания материнства, однако некоторые женщины в первом триместре беременности воспринимали беременность как способ почувствовать собственную ценность, значимость, взрослость и независимость.

Описаны различия в отношении женщин на первом и последнем этапах беременности к себе, беременности, ребенку и к будущему. Установлено, что с развитием беременности и появлением более очевидных телесных ощущений внутриутробно развивающегося ребенка происходит формирование самостоятельной ценности ребенка, увеличивается уверенность женщины в себе и в своих силах и пристраивается позитивная временная перспектива. Также выявлено, что с развитием беременности формируются более точные представления женщины о своем ребенке и о способах взаимодействия с ним, что, по мнению Г.Г. Филипповой, является благоприятным признаком формирования материнской идентичности.

### *Литература*

1. Белинская Е.П. Конструирование идентичности в неопределенности // *Личность в пространстве и времени*. 2015. № 5. С. 26–31.
2. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Особенности динамики психологического состояния женщины во время беременности и родов // *Вопросы психологии*. 2012. № 1. С. 74.
3. Васильева О.С., Могилевская Е.В. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект // *Психологический журнал*. Т. 22, № 1. С. 82–89.
4. Клочко В.Е., Лукьянов О.В. Личностная идентичность и проблема устойчивости человека в меняющемся мире: системно-антропологический ракурс // *Вестник Томского государственного университета*. 2009. № 324. С. 333–336.
5. Лукьянов О.В. Тенденции понимания личностной идентичности в системно-антропологическом ракурсе // *Сибирский психологический журнал*. 2009. № 34. С. 18–23.

6. Магденко О.В., Стоянова И.Я. Теоретико-методологические подходы к исследованию материнской ролевой идентичности у женщин в период беременности // Вестник Новосибирского государственного университета. Сер. Психология. 2014. Т. 8, № 2. С. 139–144.
7. Наку Е.А., Ковас Ю.В., Бохан Т.Г., Терехина О.В., Видякина Т.А. Факторы негативных психоэмоциональных состояний женщин, проходящих лечение бесплодия по программе ЭКО // Сибирский психологический журнал. 2017. № 63. С. 119–135.
8. Соколова О.А., Сергиенко Е.А. Динамика личностных характеристик женщины в период беременности как фактор психического здоровья матери и ребенка // Психологический журнал. 2007. Т. 28, № 6. С. 69–81.
9. Филиппова Г.Г. Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными // Перинатальная психология. Психология родительства : методическое руководство для специалистов. М., 2006. С. 34–40.
10. Филиппова Г.Г., Абдуллина С.А. Формирование внутренней позиции родителя в онтогенезе // Психолого-педагогические исследования. 2016. Т. 8, № 4. С. 142–152.

#### THE FORMATION OF MATERNAL IDENTITY IN WOMEN DURING PREGNANCY

**Uliyanich A.**, Ph.D., associate professor department, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia. E-mail: psihoterapiya@rambler.ru

**Agarkova L.**, M.D., professor, head of department of perinatology, research institute of obstetrics, gynecology and perinatology, Tomsk National Research Medical Center The Russian Academy of Science, Tomsk, Russia. E-mail: roddom4@mail.tomsknet.ru

**Bukharina I.**, Ph.D., academic secretary research institute of obstetrics, gynecology and perinatology, Tomsk National Research Medical Center The Russian Academy of Science, Tomsk, Russia. E-mail: roddom4@mail.tomsknet.ru

**Bokhan T.**, M.D., head of psychotherapy and psychological counseling department, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia. E-mail: psihoterapiya@rambler.ru

**Zaytzeva A.**, postgraduate student of the faculty of psychology, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia. E-mail: psihoterapiya@rambler.ru

**Abstract.** In this paper the findings of the study of formation of maternal identity in women in the process of pregnancy are presented in its motivational and value-meaning aspect and in its consideration in the interrelationship with features of formation of woman's ideas about prenatally developing child. The leading motives of maintenance of the pregnancy are identified which are typical for most women at the first and last stage of the pregnancy. It is ascertained that for most pregnant women who participate in the study their pregnancy is a way of realization of their desire of maternity and love but some women in the first trimester of their pregnancy perceive it as a way to feel their own value, significance, adulthood and independence. Differences in the attitude of the women at the first and last stages of the pregnancy towards their selves, pregnancy, child and future are described. It is found that with development of the pregnancy and onset of more evident bodily sensations of prenatally developing child an independent value of the child is forming, self-confidence of the women and confidence in her forces are increasing and a positive time perspective is joining up. Also it is revealed that with development of the pregnancy more precise ideas in the woman about her child and about ways to interact with him/her are forming that on opinion of T.G. Filippova is a favorable sign of formation of maternal identity.

**Keywords:** personality psychology; maternal identity; value-semantic sphere of pregnancy.

УДК 159.9.07

### КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ СТРАТЕГИЙ ПРОИЗВОЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Е.А. Черенева**

Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева, Красноярск, Россия  
E-mail: elen\_korn@bk.ru

**Аннотация.** Приводятся результаты исследований когнитивных стратегий поведения у детей младшего школьного возраста в норме и при нарушениях интеллектуальной деятельности. Выделены уровни произвольной регуляции и когнитивные стратегии поведения в норме и патологии.

**Ключевые слова:** произвольное поведение; нарушения интеллекта; когнитивные стратегии поведения.

**Введение.** Проблема исследования психической регуляции в детском возрасте является одной из актуальных проблем современности. Сегодняшние тенденции развития современного общества говорят о возникновении большого количества психических расстройств, вызванных различными этиопатогенетическими факторами, среди которых возросший уровень психической напряженности, высокий уровень стресса и фрустрации у населения, связанный социально-экономическими проблемами, возросший уровень рождения детей с психической патологией, формирование психических отклонений в детском возрасте. Об этом свидетельствуют статистические данные [5]. Поэтому, на наш взгляд, становится очевидной актуальность исследования психической регуляции в детском возрасте в норме и патологии, не только как одного из индикаторов эмоционально-личностной сферы, но и как основного механизма формирования произвольности поведения и социально-психологической адаптации во взрослой жизни.

**Обзор литературы.** В теории и практике психологической науки не ослабевает интерес к изучению детерминант произвольного поведения как фактора формирования эмоционально-личностной сферы в детском

возрасте и индикатора социально-психологической адаптации индивида во взрослой жизни. Для нас представляет исследовательский интерес генерализация произвольного поведения в детском возрасте через когнитивные стратегии, применяемые индивидом. Термин «когнитивные стратегии» в клинической практике используется достаточно широко в аспектах когнитивно-поведенческой терапии. Этот термин мы будем применять при анализе произвольного поведения. В нашем случае произвольность – это психическое образование, объединяющее когнитивные, поведенческие, эмоционально-сфокусированные социальные стратегии изменения в социальной среде и особенности применения когнитивных стратегий при решении поведенческих задач, которые проходят когнитивную обработку. Как указывают Филипп Кендалл (2002), когнитивные стратегии не передаются от родителей через генетический код, но приобретаются через опыт, через наблюдения и через интеракции с другими людьми [6]. Это представляет особый исследовательский интерес, так как, по нашему мнению, уровень произвольной регуляции не в полной мере зависит от уровня интеллекта. Безусловно, особенности ВНД и уровень когнитивного развития влияют на формирование общей регуляции поведения, формирование целей, задач и аспектов контроля выполнения процесса произвольности, но необходимо помнить и о многоаспектности произвольности. Например, одним из ее компонентов являются наши эмоциональные состояния, как позитивные (Daniel & Lucas, 1999), так негативные, которые влияют на наши когнитивные и поведенческие задачи.

**Методологические позиции исследования** были определены на основе концепций междисциплинарных исследований, позволяющих изучить механизмы произвольного поведения. Перечислим основные из них, которые содержат много оснований, позволяющих развивать методологическую концепцию современного понимания произвольности и человекознания в целом.

В психологии личности: системный подход в исследовании личности (П.К. Анохин, Б.Г. Ананьев, В.А. Барабанщиков, Д.Н. Завалишина, А.В. Карпов, Б.Ф. Ломов, В.Д. Шадриков, Э.Г. Юдин); субъектно-деятельностный подход (К.А. Абульханова-Славская, Б.Г. Ананьев, А.В. Брушлинский, Е.А.Климов, А.Н. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, С.Л. Рубинштейн); концепция саморегуляции деятельности и активности субъекта (Б.Г. Ананьев, Л.И. Анциферова, Б.В. Зейгарник, В.П. Зинченко, Е.А. Климов, О.А. Конопкин, А.А. Крылов, Г.С. Никифоров, Д.А. Ошанин, В.А. Петровский); теории открытых самоорганизующихся психологических систем (В.Е. Ключко, О.М. Красноярцева и др.), ценностных ориентаций личности как динамической системы (М.С. Яницкий).

В медицинской (клинической) психологии: теории современной семьи в аспекте психологии здоровья личности (Е.В. Гуткевич), в общей теории ригидности (Г.В. Залевский), в исследованиях, выполненных на стыке этих теорий (Э.В. Галажинский, И.О. Гилева, И.А. Тепленева, О.Б. Шептенко и др.); разработка критериев оценки психического здоровья, психодинамическая концепция личности (З. Фрейд, А. Фрейд, А. Адлер, Г. Юнг, Э. Эриксон, К. Роджерс, К. Хорни, Э. Фромм); понимание установки как одного из психологических механизмов, воздействующих на деятельность индивида, представленное в исследованиях Д.Н. Узнадзе, Ш.А. Надирашвили, Ш.Н. Чхартишвили и его последователей, А.Г. Асмолова, В.П. Зинченко, С.И. Курячего и др.

В коррекционной психологии: теория о единстве законов развития нормального и аномального ребенка (Т.А. Власова, Л.С. Выготский, А.Н. Граборов, Г.М. Дульнев, В.П. Кашенко, В.И. Лубовский, А.Р. Лурия, М.С. Певзнер, В.Г. Петрова, Т.В. Розанова, Е.А. Стребелева, Ж.И. Шиф и др.); теория единства возрастных закономерностей при нормальном и аномальном психическом развитии ребенка и роли субъективного и объективного факторов в этом процессе (Л.И. Божович, Л.С. Выготский, В.В. Давыдов, А.В. Запорожец, Р.Е. Левина, В.И. Лубовский, У.В. Ульяновская, Д.Б. Эльконин и др.); идеи культурно-исторической психологии Л.С. Выготского, современные представления о типах и этапах психосоциального развития (М.Ю. Кондратьев, Д.И. Фельдштейн), системно-деятельностный подход к оценке сложной реальности развития (А.Г. Асмолов).

**Организация и методы исследования.** Нами было осуществлено исследование механизмов когнитивных стратегий произвольного поведения у детей младшего школьного возраста в норме и патологии (нарушения интеллектуальной деятельности).

Исследование проводилось в г. Красноярске и Красноярском крае. На этом этапе комплектовались группы из учеников младших классов, не испытывающих существенных затруднений в учебе (здоровые испытуемые), и группы испытуемых, имеющих снижения интеллектуальной деятельности различного уровня: учащиеся с нарушениями интеллектуального развития – незначительная задержка психического развития (ЗПР) и нарушениями интеллектуального развития в легкой степени. Качественная характеристика интеллектуального дефекта соответствует клиническим диагнозам МКБ-10 (DSM IV): F 80.82, F 81, F 70. Мы сформировали три группы испытуемых: НИР (испытуемые с нормальным интеллектуальным развитием), НИР1 (испытуемые с задержкой психического развития (ЗПР)) и НИР2 (испытуемые с нарушениями интеллектуального развития в легкой степени). Были сформированы две возрастные группы – 8–9 лет и 10–11 лет, в каждой по 76 человек. Общее количество испытуемых составило 456 учащихся в возрасте от 8 до 11 лет. Также были исследованы родители (матери) испытуемых в количестве 456 человек.

**Методы исследования.** Для оценивания когнитивных стратегий у исследуемого контингента испытуемых нами были использованы следующие методы: метод лонгитюдного наблюдения, беседа, метод качественного и количественного анализа данных и методики: «Опросник Ахенбаха для родителей для изучения проблем адаптации испытуемых» и разработанная нами карта наблюдения, позволяющая оценить уровни произвольного поведения и тип когнитивных стратегий.

**Результаты исследования** В ходе исследования мы обнаружили данные, которые дополняют клинико-психологическую картину произвольного поведения младших школьников в норме и патологии, а также раскрывают механизмы формирования произвольности в контексте формирования эмоционально-личностной сферы исследуемого контингента учащихся.

Охарактеризуем полученные данные. Для обработки результатов исследования мы использовали критерий  $\phi^*$ -угловое преобразование Фишера (табл. 1, 2).

Таблица 1

**Анализ межгрупповых различий показателей адаптации по опроснику Ахенбаха (8–9 лет)**

Шкалы	Группы / достоверность различий								
	НИР		НИР1		НИР2		НИР–НИР1	НИР–НИР2	НИР1–НИР2
	n=76	%	n=76	%	n=76	%			
Эмоциональная реактивность	38	50	35	46,1	25	32,9	0,481	2,151*	1,671*
Беспокойство	46	60,5	38	50,0	20	26,3	1,301	4,346***	3,045***
Соматические жалобы	59	77,6	30	39,5	22	28,9	4,913***	6,294***	1,381
Отчуждение	19	25,0	18	23,7	15	19,7	0,185	0,783	0,598
Проблемы со сном	40	52,6	31	40,8	19	25,0	1,461	3,551***	2,090*
Проблемы внимания	36	47,4	40	52,6	44	57,9	0,641	1,295	0,653
Агрессивное поведение	21	27,6	29	38,2	47	61,8	1,399	4,334***	2,934***
Аффективные проблемы	34	44,7	21	27,6	16	21,1	2,213*	3,144***	0,931
Тревожность	51	67,1	32	42,1	24	31,6	3,132***	4,475***	1,344
Проблемы перверсивного характера	21	27,6	29	38,2	30	39,5	1,399	1,560	0,160
Гиперактивность	33	43,4	47	61,8	21	27,6	2,275*	2,047*	4,321***
Непослушание	28	36,8	41	53,9	36	47,4	2,127*	1,325	0,801
Другие проблемы	17	22,4	27	35,5	39	51,3	1,794*	3,766***	1,973*

*Примечание.* \* Различия значимы на уровне  $p \leq 0,05$  ( $\phi^* = 1,64$ ); \*\* Различия значимы на уровне  $p \leq 0,01$  ( $\phi^* = 2,31$ ); \*\*\* Различия значимы на уровне  $p \leq 0,001$  ( $\phi^* = 2,81$ ).

Исследования межгрупповых различий у испытуемых 10–11 лет показывают результаты значимых различий между испытуемыми, имеющими нормальное психическое развитие и нарушения интеллектуально-деятельности в легкой степени практически по всем шкалам (за исключением шкал отчуждения и непослушания).

Таблица 2

**Анализ межгрупповых различий показателей адаптации по опроснику Ахенбаха (10–11 лет)**

Шкалы	Группы / достоверность различий								
	НИР		НИР1		НИР2		НИР–НИР1	НИР–НИР2	НИР1–НИР2
	n=76	%	n=76	%	n=76	%			
Эмоциональная реактивность	30	39,5	28	36,8	20	26,3	0,339	1,738*	1,399
Беспокойство	35	46,1	29	38,2	12	15,8	0,986	4,161***	3,175***
Соматические жалобы	39	51,3	21	27,6	14	18,4	3,027***	4,395***	1,368
Отчуждение	28	36,8	27	35,5	29	38,2	0,166	0,179	0,345
Проблемы со сном	24	31,6	27	35,5	10	13,2	0,512	2,774**	3,286***
Проблемы внимания	30	39,5	38	50,0	47	61,8	1,307	2,774**	1,467
Агрессивное поведение	25	32,9	30	39,5	39	51,3	0,845	2,312**	1,467
Аффективные проблемы	25	32,9	18	23,7	12	15,8	1,264	2,490**	1,227
Тревожность	40	52,6	26	34,2	20	26,3	2,305*	3,366***	1,060
Проблемы перверсивного характера	20	26,3	30	39,5	32	42,1	1,738*	2,065*	0,327
Гиперактивность	30	39,5	28	36,8	19	25,0	0,339	1,923*	1,584
Непослушание	32	42,1	39	51,3	37	48,7	1,140	0,820	0,321
Другие проблемы	28	36,8	33	43,4	38	50,0	0,826	1,646*	0,820

*Примечание.* \* Различия значимы на уровне  $p \leq 0,05$  ( $\phi^* = 1,64$ ); \*\* Различия значимы на уровне  $p \leq 0,01$  ( $\phi^* = 2,31$ ); \*\*\* Различия значимы на уровне  $p \leq 0,001$  ( $\phi^* = 2,81$ ).

В ходе исследования мы разработали карту наблюдения, которая позволяет определить уровень произвольной регуляции и тип когнитивной стратегии у исследуемого контингента школьников. Мы выделили следующие компоненты произвольности: постановка цели, регулирование эмоциональных состояний, контроль действий, достижение цели действия. Определили критерии, характеризующие компоненты произвольности: динамичность, устойчивость, активность, инициативность и самостоятельность проявления. Нами фиксировались параметры произвольного поведения, которые устойчиво проявлялись у испытуемых не менее 3 месяцев.

Уровень произвольного поведения и когнитивные стратегии оценивались согласно полученным баллам. Мы выделили высокий (60–50 баллов) и средний (30–40 баллов) уровни, что соответствует адаптивным стратегиям, и ниже среднего (30–40 баллов) и низкий (20–30 баллов) уровни, что соответствует неадаптивным стратегиям.

### **Когнитивные стратегии произвольной регуляции**

Адаптивные стратегии – высокий и средний уровни произвольной регуляции. Этот вид стратегий характеризует испытуемых наличием использования вариативности эффективных моделей поведения, которые ведут к продуктивной деятельности и достижению целей. Дети данной группы имеют навык предварительного планирования, последующего регулирования и контроля действия. Дети этой группы, как правило, имеют навыки самоорганизации и самодисциплины. Часто их действия имеют высокую мотивацию и осознанность в достижении целей. Они могут регулировать свои эмоциональные состояния, преодолевать фрустрацию. Этап контроля действия характеризуется сформированностью навыков всех этапов контроля (упреждающего, текущего и заключительного). На всех этапах когнитивной стратегии присутствуют критичность, сличение полученных результатов с полученным образцом, эмоционально-окрашенная оценка в достижении целей. Способны проявлять силу воли при выполнении трудных заданий, переживают, если не получается. Дети этой группы могут быть инициативными, могут отстаивать свою точку зрения при построении когнитивной стратегии.

*Высокий уровень регуляции поведения.* На этом уровне у детей младшего школьного возраста на высоком уровне устойчиво проявляются все компоненты когнитивной стратегии: от постановки цели до получения и критичного оценивания результата деятельности. Дети имеют высокую социально обусловленную мотивацию в достижении поставленных целей. Как правило, дети этой группы имеют более высокий когнитивный уровень развития, физически более выносливы, способны к перестройке прежде сформированных моделей поведения и установок. Наблюдаются упорство, упрямство, настойчивость. Способны к самоорганизации и саморегуляции поведения. Присутствует внешнее программирование действий: проговаривают будущие действия или комментируют их.

*Средний уровень регуляции поведения.* Испытуемые этой группы имеют гармоничное сочетание многих факторов, которое позволяет им достигать поставленные цели. Например, при некотором дефиците умений и навыков на этапе постановки целей и контроле действия у детей данной категории может проявляться высокий уровень самоорганизации, дисциплины, блокировки эмоционально-неблагоприятных факторов (этап регулирования эмоциональных состояний). Испытуемые этой группы могут совершать дополнительные ошибочные или лишние действия, но в целом они способны к корректировке ошибок в процессе деятельности и достигают поставленных целей.

Неадаптивные стратегии – ниже среднего и низкий уровень. Этот вид стратегий характеризует испытуемых наличием вариативности неэффективных моделей поведения, которые не ведут к продуктивному достижению цели. Как правило, дети данной группы имеют дефицит в предварительном планировании, последующем регулировании и контроле действия. Часто их действия могут иметь изначально высокую мотивированность и энергичность, но в процессе деятельности (особенно длительной) предпринимаемые действия не имеют результативности. Часто смена тонаса произвольной деятельности связана с высоким уровнем тревожности, наличием высокого уровня фрустрации, наличием деструктивных установок, что не позволяет преодолеть препятствия на этапе регулирования эмоциональных состояний. Этап контроля действия характеризуется нарушением или выпадением навыка текущего и заключительного контроля (при наличии предварительного контроля). На этапе достижения цели у детей часто наблюдается нарушение критичности в оценке результата или отказ от его принятия. Способны проявлять силу воли при выполнении трудных заданий, переживают, если не получается.

*Уровень ниже среднего.* Дети этой группы изначально имеют потенциальные предпосылки в постановке целей, а также понимание в построении стратегий достижения результатов. Отмечаются ошибки в планировании и контроле действий. Необходимо отметить, что испытуемые этой группы имеют высокий уровень влияния эмоционально-личностной сферы на процесс произвольного поведения. Даже при наличии высокого уровня когнитивного развития у испытуемых этой группы отмечаются тенденции большего влияния эмоционально-личностной сферы на процесс организации всей деятельности, нежели операциональной стороны деятельности. Дети имеют неплохие результаты продуктивности деятельности при постоянном контроле и помощи со стороны взрослого всего произвольного процесса, могут быть инициативными. В большей степени помощь взрослому может иметь не столько операционную сторону, сколько эмоциональную, регулируемую.

*Низкий уровень.* Дети этого уровня изначально имеют дефициты к самостоятельному построению в постановке целей, а также в умении построения стратегий достижения результатов. Эта тенденция характерна также для детей с высоким когнитивным развитием. Самостоятельные мотивирующие факторы произвольной деятельности не носят конструктивного характера и подчиняются позиции взрослого. Испытуемые этой группы не имеют сформированных умений и навыков в постановке целей и планировании стратегии произвольного процесса. Как правило, отмечаются высокая ригидность и тугоподвижность психических процессов, обусловленные в большей степени индивидуальным эмоционально-личностным опытом. Эта особенность отражает характер детско-родительских отношений, которые формируют несамостоятельность и ограниченность в репертуаре моделей поведения. Наблюдается дефицит в мотивационной, операциональной и регуляторной сторонах произвольного процесса, имеющего социальную природу (особенности детско-родительских отношений, наличие предыдущего негативного опыта самостоятельного выбора и пр.). С большими трудностями спо-

способны проявлять силу воли при выполнении трудных заданий, переживают, если не получается, но самостоятельно справиться с препятствием не могут. Западают все компоненты когнитивной стратегии – от целеполагания до получения результатов. Самокритичны, могут элементарно планировать собственную деятельность, но могут бросить начатое дело, не доводя его до конца. Присутствует элементарная инициатива в деятельности. Не способны к открытому противостоянию, но долго обижаются. Распределение испытуемых по группам отражено в табл. 3, 4.

Таблица 3

**Анализ межгрупповых различий в сформированности уровней произвольной регуляции по карте оценки когнитивных стратегий произвольной регуляции (8–9 лет)**

Шкалы	Группы					
	НИР		НИР1		НИР2	
	n=76	%	n=76	%	n=76	%
<b>Адаптивные стратегии</b>	<b>35</b>	<b>47,3</b>	<b>16</b>	<b>21,0</b>	<b>4</b>	<b>5,2</b>
Высокий	10	13,1	1	1,3	0	0
Средний	25	33,0	10	13,1	4	5,2
<b>Неадаптивные стратегии</b>	<b>41</b>	<b>53,9</b>	<b>60</b>	<b>78,9</b>	<b>72</b>	<b>94,7</b>
Ниже среднего	25	33,0	40	52,6	45	59,2
Низкий	16	21,0	20	26,3	27	35,5

Таблица 4

**Анализ межгрупповых различий в сформированности уровней произвольной регуляции по карте оценки когнитивных стратегий произвольной регуляции (10–11 лет)**

Шкалы	Группы					
	НИР		НИР1		НИР2	
	n=76	%	n=76	%	n=76	%
<b>Адаптивные стратегии</b>	<b>45</b>	<b>59,2</b>	<b>44</b>	<b>43,2</b>	<b>15</b>	<b>19,7</b>
Высокий	18	23,6	9	11,8	1	1,3
Средний	25	32,8	35	46,0	14	26,3
<b>Неадаптивные стратегии</b>	<b>31</b>	<b>40,7</b>	<b>32</b>	<b>56,5</b>	<b>61</b>	<b>80,3</b>
Ниже среднего	24	31,5	20	26,3	38	50,0
Низкий	7	9,2	12	15,8	23	30,3

**Выводы и дальнейшие перспективы исследования.** Актуальность исследуемой проблемы определяется как тенденциями развития научного знания, так и существующими потребностями социально-психологической и клинической практики. Изучение произвольного поведения в детском возрасте при нормальном и нарушенном интеллектуальном развитии является важным направлением, так как позволяет раскрыть не только механизмы психической регуляции, но и механизмы формирования эмоционально-личностного развития. Полученные данные позволят решать важнейшую теоретическую и практическую задачу, требующую актуального исследования и разработки. Мы установили, что:

1. Формирование произвольной регуляции поведения ребенка является непрерывным полидетерминированным процессом, представленным в виде индивидуальной субъектно-объектной траектории развития индивида, которая отражается через систему детско-родительских отношений.

2. Формирование произвольной регуляции поведения у детей младшего школьного возраста в норме и патологии имеет принципиально одинаковые факторы социального и психологического генеза, механизмы формирования и детерминации произвольной регуляции.

3. Когнитивные стратегии произвольной регуляции поведения в детском возрасте влияют на особенности интеракций с другими людьми и в большей степени зависят от индивидуального эмоционально-личностного опыта и уровня интеллектуального развития.

Когнитивные навыки напрямую зависят от уровня развития интеллекта, коэффициент корреляции составляет +0,75. Это означает, что при повышении уровня интеллекта увеличивается успешность когнитивной стратегии произвольного поведения.

4. Когнитивные стратегии произвольного поведения напрямую зависят от социального опыта и особенностей детско-родительских отношений, коэффициент корреляции составляет +0,72. Это означает, что формирование когнитивных стратегий произвольного поведения испытуемых зависит от родительских установок.

5. Установлена прямая сильная связь между формированием компонентов произвольного поведения и детско-родительскими отношениями и частично уровнем интеллекта, коэффициент корреляции составляет +0,75. Это означает, что чем выше уровень интеллекта, тем выше уровень компонентов произвольного поведения, а также чем более высок уровень родительских установок, тем более вероятно формирование продуктивности компонентов произвольного поведения.

6. Уровень интеллекта влияет на формирование произвольного поведения как генерализующего продукта всей психической деятельности и напрямую зависит от особенностей детско-родительских отношений и эмоционально-личностной сферы, коэффициент корреляции составляет +0,68. Это означает, что уровень интеллекта частично влияет на формирование адаптивной стратегии и уровня произвольной регуляции.

7. Когнитивные стратегии произвольной регуляции поведения в детском возрасте напрямую влияют на особенности интеракций (коммуникация, общение) с другими людьми, коэффициент корреляции составил +0,8. Это означает, что формирование интеракций с другими людьми в большей степени зависит от индивидуального эмоционально-личностного опыта и уровня интеллектуального развития.

Сравнительные клинико-психологические исследования произвольности в детском возрасте в норме и при интеллектуальной патологии позволяют:

- расширить возможности понимания механизмов формирования личности детей в норме и патологии, найти дополнительные ресурсы развития и коррекции эмоционально-личностной сферы;
- разработать современные мультидисциплинарные диагностические комплексы оценки психической регуляции в детском возрасте и терапевтические программы для детей и их семей с целью профилактики вторичных психических отклонений;
- развить методологические концепции понимания механизмов произвольности с параметрами субъективного мира и исследовать их влияние на эмоционально-личностное развитие в детском возрасте и социально-психологическую адаптацию во взрослой жизни.

### *Литература*

1. Гуткевич Е.В. Семья в современном мире и психическое здоровье (по материалам II Российской конференции с международным участием «Психическое здоровье семьи в современном мире») // Вопросы психологии. 2015. № 2. С. 171–172.
2. Гуткевич Е.В., Маркова А.О., Селдцов А.М. Особенности функционирования семей детей с разным уровнем психического здоровья и психологической адаптации к социуму // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2016. № 2. С. 71–78.
3. Гуткевич Е.В. Семейно-генетический кризис: ресурсы, стратегии поведения и технологии совладания семьи // Психология стресса и совладающего поведения: ресурсы, здоровье, развитие : материалы IV Междунар. науч. конф. : в 2 т. / отв. ред.: Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская, С.А. Хазова. Кострома : Косромской гос. ун-т им. Н.А. Некрасова, 2016. Т. 2. С. 42–44.
4. Гуткевич Е.В. Трансформации современной семьи и психолого-психиатрические проблемы общества // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2014. № 3 (84). С. 71–76.
5. Казаковцев Б.А. и др. Состояние психиатрических служб и распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2013–2015 годах // Психическое здоровье. 2016. № 7. С. 3–22.
6. Кендалл Ф. Психотерапия детей и подростков. СПб. : Питер, 2002. 424 с.
7. Куприянова И.Е., Рахмазова Л.Д., Агарков А.А., Стоянова И.Я., Гуткевич Е.В., Дашиева Б.А., Карауш И.С., Скороходова Т.Ф., Погорелова Т.В., Чернышева К.Г. Психическое здоровье детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями в регионе Сибири и Дальнего Востока (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009–2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 4. С. 63–68.
8. Черенева Е.А., Гуткевич Е.В. Теоретико-методологический анализ предпосылок построения концепции изучения регуляции поведения детьми с интеллектуальными нарушениями // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. 2017. № 2 (40). С. 180–186.
9. Cherenova E.A. Defensive mechanisms of behavior and conceptual sets in socio-psychological adaptation of children with intellectual disabilities // Журнал Сибирского федерального университета. Сер. Гуманитарные науки. 2013. Т. 6, № 9. С. 1374–1387.

### **CLINIC-PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF COGNITIVE STRATEGIES OF VOLUNTARY REGULATION IN CHILDHOOD**

**Cherenova E.A.**, Ph.D. (pedagogy), associate professor, department of special psychology, V.P. Astafiev Krasnoyarsk State Pedagogical University, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: elen\_korn@bk.ru

**Abstract.** There is clinic-psychological analysis of voluntary regulation among children with mental disorders on the basement of mechanism its formation presented in this report. Development of voluntary behavior among children with mental disorders is complicated and lasting process which demands from special complex behavior therapy which must be directed on the special behavior patterns. All higher mental functions and processes which are connected with voluntary regulation among mentally retarded pupils have some disorders because of their features of higher nervous activity (HNA). Conception of the structural-functional model of the voluntary behavior regulation among children with mental disorders. The concept of dynamic investigation of voluntary regulation among children of junior school age with normal and abnormal development has reflected in the interrelated levels of personal organization. Developed by us levels define not only characteristics and their dynamic structure but also feature of personal emotional experience of individual which influences on the person formation in general. We mark out next levels of voluntary regulation and their structural components: personal meaning, cognitive, regulatory. Assessment of the voluntary regulation level among children of junior school age with normal and abnormal development are basing on the next features: Self-assessment, level of pretension, purpose, escape mechanism, perception (gestalts) – personal-semantic level; Level of intellectual development, dynamic properties of mentality (rigidity, stiffness, inertness, getting stuck (perseveration)) – cognitive level; Correlation between behavior and speech (speech function: regulative, planning, controlling (internal and external) behavior – regulator level). Selected levels and features base on the diagnostic axes: clinical and psychosocial. Clinical axis is estimation of level of the intellectual development; psychoso-

cial axis is used for dynamic investigation of parents-children relationship in the junior age. Complex system of assessment of voluntary regulation generalizes the derivatives: cognitive strategies in the voluntary regulation and peculiarities of interactions with other people.

**Keywords:** arbitrary behavior; intellectual disorders; cognitive behavior strategies.

УДК 159.9.07

## СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ СРЕДАХ

**В.Б. Чупина, Ю.В. Живаева, Е.И. Стоянова**

Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России,  
Красноярск, Россия  
E-mail: rector@krasgmu.ru

**Аннотация.** Отражены проблемы социокультурной идентичности обучающихся, проживающих в различных социокультурных средах (в условиях малого города и мегаполиса). Основываясь на результатах эмпирического исследования социокультурной идентичности студентов малого города и мегаполиса, показано, что для исследуемых, обучающихся в малом городе, потенциально широкие возможности самореализации обнаруживаются при расширении социокультурного пространства по направлению: деревня – поселок – малый город.

**Ключевые слова:** социокультурная идентичность; социокультурная среда; самореализация.

В настоящее время во многих странах в силу социальных изменений необходимость самовыражения, самостоятельности, выбора своего независимого пути является все более актуальной, соответственно, наиболее острой становится проблема идентичности человека.

Для современных исследований идентичности одной из центральных проблем выступает вопрос о закономерностях ее динамики. У каждого человека есть стремление к положительному, «хорошему», образу себя, соответственно, одной из основных закономерностей в динамике социальной идентичности будет стремление человека к достижению или сохранению позитивной идентичности.

Социокультурная идентичность, являясь подвидом социальной идентичности, рассматривается как категория, в которой выражается содержание социального опыта человека. Это созвучно идеям А.Р. Лурии, который одним из первых в отечественной психологии показал, что путь формирования социальных компонентов самосознания не исчерпывается только перемещением содержания сознания и раскрытием сфер социального опыта и отношения к себе самому как к участнику общественной жизни. Он заключается в гораздо более фундаментальных сдвигах – в формировании новых психологических систем, способных отражать не только внешнюю действительность, но и мир социальных отношений и, в конечном счете, свой собственный внутренний мир, сформированный в отношении к другим людям. «И это формирование нового внутреннего мира можно считать одним из фундаментальных достижений» [2].

Суть социокультурной идентичности заключается в осознанном принятии либо непринятии человеком культурных норм и образцов поведения, ценностных ориентаций и языка, понимании своего «я» с позиций тех культурных характеристик, которые приняты в данном обществе, в самоотождествлении себя с культурными образцами именно этого общества. Социокультурная идентичность представляет собой набор признаков, которые каждый из представителей культуры готов по той или иной причине разделить с другими представителями «своей» культуры и признать также и «своими» качествами. Становление и проявление социокультурной идентичности предполагают постоянное соотнесение саморазвития с существующими культурными традициями и реальной мультикультурной средой в условиях постоянной аккультурации [5].

Разные социокультурные условия в зависимости от местности, средств массовой коммуникации, субкультуры в различной степени способствуют либо препятствуют расширению пространства жизнедеятельности человека.

Многие исследователи (А.В. Качкин, Л.Д. Махлин, В.А. Шкуратов, В.Б. Чупина и др.) указывают на различия в мышлении, поведении, ценностных ориентациях жителей мегаполиса и малого города. Рождаясь и воспитываясь в определенной культурной среде, каждый человек усваивает принятые в ней регулятивы (правила или требования, с которыми люди строят свое поведение и деятельность) [4]. В результате его действия оказываются в значительной мере обусловленными ими. Он реализует в своих поступках и своем жизненном пути предписанные ему культурой программы поведения, часто даже не сознавая этого.

Исходя из цели нашего исследования, на данном этапе мы посчитали целесообразным изучить особенности социокультурной идентичности представителей малого города и мегаполиса. Сам факт изучения особенностей идентичности у исследуемых, проживающих в малом городе и мегаполисе, в различных по своему содержанию характеру социокультурных пространствах, позволяет нам говорить о том, что особенностями идентичности будут социокультурные особенности.

В качестве диагностического инструментария для изучения идентичности нами были использованы методы сбора эмпирических данных:

- методика «Личностная и социальная идентичность» (А.А. Урбанович) [3];
- анкетирование;
- метод анализа продуктов деятельности, а именно анализ сочинений-эссе на тему «Моя малая родина».

В исследовании принимали участие студенты 2, 3, 4-го курсов очной формы обучения Лесосибирского педагогического института – филиала ФГАОУ ВПО «Сибирский федеральный университет» (146 человек), а также студенты Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева, количество выборки равнозначное, средний возраст исследуемых равен 19–20 годам.

По результатам исследования по методике «Личностная и социальная идентичность» (А.А. Урбанович) у исследуемых нами студентов Лесосибирского педагогического института позитивная идентичность выявлена у 53,72% исследуемых (79 студентов). Соответственно, у 46,28% исследуемых студентов Лесосибирского педагогического института наблюдается негативная идентичность.

Также позитивная идентичность выявлена у 102 студентов КГПУ им. В.П. Астафьева, что составляет 69,9% исследуемых. Негативная идентичность выявлена у 30,1% исследуемых.

Студенты, для которых характерно проявление позитивной идентичности, в большей степени адаптированы к реальности социального мира, они осознают, что для ощущения успешности и повышения самооценки важны как личностные качества, так и объективные показатели социальной позиции. Также для них характерны увеличение осознанности представлений о себе и своем будущем, повышение эмоциональной насыщенности этих представлений, расширение их круга, такие студенты нацелены на будущее. У них сформированы конкретные представления о своем будущем, в котором представлены основные ценности, транслируемые социумом; для них характерно наличие реалистичных представлений о собственном будущем, а также наличие социокультурного аспекта в представлениях о будущем. Студенты, у которых выявлена негативная идентичность, не принимают в полной мере ту социальную среду, в которой они живут, и не пытаются противостоять возникающим проблемным ситуациям. Им свойственны низкая адаптивность к новым условиям жизни, неспособность перестраиваться под обстоятельства или менять отношение к изменениям в социуме. У них в малой степени сформированы представления о своем будущем, они не связывают свое будущее с социумом, в котором находятся сейчас.

В исследовании М. Барретт (Barrett) показано, что принципиальное значение для исследований идентичности имеют ее процессуальные и функциональные аспекты, рассматриваемые в контексте взаимодействия со средой и различными представителями социума [1]. Исходным в этой связи может стать положение, согласно которому процесс становления и развития социокультурной идентичности личности обусловлен как изменениями, происходящими с возрастом в способах концептуализации личностью социального мира и себя как его части, становлением субъектности, так и характером социокультурных влияний.

Социальная среда предъявляет различный уровень требований к проявлению социокультурной идентичности. Социокультурная среда представляет собой разновидность социальной среды от микро- до макроуровня. Состояние социокультурной среды обусловлено уровнем развития производительных сил, трудовыми ресурсами, уровнем благосостояния, уровнем развития духовного производства в обществе, социальной структурой населения на данной территории и социальной инфраструктурой поселенческих образований. Неоднородность среды определяется не только технико-экономическим профилем данной территории, существующим разделением труда, составом населения, распределением материальных и духовных благ, но и социально-культурными различиями, проявляющимися в отношениях людей, образе жизни, непосредственно в культурной деятельности.

В исследовании В. Б. Чупиной отмечается, что чем выше развитие среды, тем благоприятнее условия для саморазвития лиц с высокими культурными запросами, навыками и привычками. Особенно чувствительны к состоянию социокультурной среды люди, ориентированные на творчество. Низкий уровень развития окружающей социокультурной среды, бедность форм социокультурного взаимодействия приводят к тому, что человек с высоким самореализационным потенциалом не находит себе места, не примиряется с примитивизмом непосредственного окружения, стремится прорваться через него, искать контакты со средой более высокого порядка [4, с. 116].

Также для получения данных об особенностях социокультурной идентичности исследуемых мы воспользовались анкетированием.

Анкетирование – это процедура проведения опроса в письменной форме с помощью заранее подготовленных бланков. Анкетный опрос предполагает жестко фиксированный порядок, содержание и форму вопросов, ясное указание способов ответа. В предложенной нами анкете испытуемым предлагалось ответить на ряд вопросов, позволяющих территориально соотнести место обучения студентов с той местностью, где они родились и выросли, определить траекторию расширения социокультурного пространства.

По результатам проведенного анкетирования можно отметить, что в исследуемой нами выборке студентов Лесосибирского педагогического института 42,16% (62 респондента) родились и выросли в близлежащих к г. Лесосибирску населенных пунктах (п. Абалаково, п. Мотыгино, п. Северо-Енисейск, п. Стрелка и др.). В исследуемой выборке студентов Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева 40,12% (59 респондентов) родились и выросли в близлежащих к г. Красноярску населенных пунктах (п. Большая мурта, д. Шапкино, п. Назарово и др.), также есть студенты из г. Лесосибирска. Интересен тот

факт, что для этих исследуемых характерно наличие позитивной идентичности как среди студентов Лесосибирского педагогического института, так и для исследуемых студентов КГПУ им. В.П. Астафьева.

Анализируя данные исследования, мы имеем возможность предположить, что для исследуемых студентов Лесосибирского педагогического института, у которых выявлена позитивная социальная и личностная идентичность, потенциально широкие возможности самореализации обнаруживаются при расширении социокультурного пространства по траектории деревня – поселок – малый город. А в случае со студентами Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева, для которых также характерно наличие позитивной социальной и личностной идентичности, данное расширение социокультурного пространства происходит в больших масштабах: малый город – мегаполис.

На следующем этапе исследования с целью изучения особенностей социокультурной идентичности у исследуемых малого города и мегаполиса мы посчитали целесообразным использовать метод анализа продуктов деятельности, а именно анализ сочинений-эссе на тему «Моя малая родина».

При анализе сочинения-эссе исследуемые малого города и мегаполиса условно разделились на подгруппы: позитивно идентичных и негативно идентичных. Анализируя сочинения-эссе исследуемых студентов Лесосибирского педагогического института (малый город), которые переехали в г. Лесосибирск из близлежащих населенных пунктов, мы можем отметить, что они имеют различные показатели идентичности: в первом случае она позитивна, а во втором негативна.

Если анализировать сочинения-эссе исследуемых студентов Лесосибирского педагогического института (малый город), которые родились и выросли в г. Лесосибирске, то мы также имеем возможность наблюдать примеры позитивной и негативной идентичности, однако отличительной особенностью этих сочинений является то, что в их содержании прослеживается тенденция изменения траектории социокультурного пространства от малого города к мегаполису и позитивная идентичность для них более характерна.

Анализируя сочинения-эссе исследуемых мегаполиса, мы можем условно выделить группу исследуемых, которые приехали в Красноярск для получения высшего образования и среди этих них проследить наличие позитивной и негативной идентичности.

Также для данной подгруппы исследуемых характерны сочинения – эссе, которые свидетельствуют о тенденции расширения социокультурного пространства, но в больших масштабах.

Таким образом, анализ сочинения-эссе исследуемых малого города и мегаполиса позволил нам выявить в группах исследуемых тенденцию к изменению траектории социокультурного пространства: при наличии позитивной идентичности происходит расширение траектории социокультурного пространства от деревни до малого города и от одного мегаполиса к другому, имеющему более масштабные характеристики. При проявлении негативной идентичности у исследуемых малого города и мегаполиса мы наблюдаем «застывание» в том пространстве, где более комфортно, без приложения каких либо усилий для личностного развития.

Полученные данные согласуются с фактами, выявленными в диссертационном исследовании В. Б. Чупиной, в котором говорится, что социокультурная среда представляет собой «совокупность социальных условий жизнедеятельности человека», предоставляющих возможность действовать в соответствии со структурой и функциями среды, выбирая из разнообразного спектра возможностей те, которые могут быть реализованы [4, с. 9]. Развитая, богатая культура несет в себе необъятное множество самых разнообразных программ и предлагает каждому огромный выбор возможностей. Вопрос, однако, в том, насколько человек способен к свободному выбору из возможных альтернатив и созиданию и насколько он оказывается в состоянии твердо и последовательно осуществлять то, к чему толкает его свободный выбор [4, с. 43].

#### *Литература*

1. Барретт М. Развитие национальной идентичности: концептуальный анализ и некоторые итоги Западноевропейского исследования // Развитие национальной, этнолингвистической и религиозной идентичности у детей и подростков. М. : Изд-во Ин-та психологии РАН, 2001. С. 16–55.
2. Лурия А.Р. Язык и сознание. Ростов н/Д : Наука, 2000. 528 с.
3. Урбанович А.А. Психология кризисов социальной идентичности личности. Минск : Академия МВД Республики Беларусь, 2005. 228 с.
4. Чупина В.Б. Социокультурная детерминация самооценки и самореализационного потенциала молодых преподавателей вуза : дис. ... канд. психол. наук. 2004. 219 с.
5. Шакурова М.В. История становления понятия «социальная идентичность» в зарубежной социологии и социальной психологии // Современные исследования социальных проблем. 2012. № 2. С. 48–54.

#### **SOCIOCULTURAL IDENTITY OF STUDENTS LIVING IN DIFFERENT CULTURAL ENVIRONMENTS**

**Chupina V.B.**, cand. of sci. (psychology), associate professor, department of clinical psychology and psychotherapy, Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: rector@krasgmu.ru

**Zhivaeva Yu.V.**, cand. of sci. (psychology), associate professor, department of clinical psychology and psychotherapy, Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: rector@krasgmu.ru

**Stoyanova E.I.**, cand. of sci. (psychology), associate professor, department of clinical psychology and psychotherapy, Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: rector@krasgmu.ru

**Abstract.** The article reflects the problem of social and cultural identity of students living in different cultural environments (in small towns and megapolises). Based on the results of the empirical investigation of sociocultural identity of students from a small town and megapolis, it is shown that for students studying in a small town, the potentially wide possibilities of self-realization are found in the extension of their social space in the direction of village – settlement – small town. In the case of students studying in a large city this extension of the social space takes place on a large scale: small town – megapolis. It was determined that students who were characterized by the manifestation of positive social and cultural identity to a greater extent adapted to the reality of the social world.  
**Keywords:** sociocultural identity; socio-cultural environment; self-realization.

УДК 159.9.07

## УСТОЙЧИВОСТЬ ЖИЗНЕННОГО МИРА КАК ЗНАЧИМАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖИЗНЕННОГО САМООСУЩЕСТВЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ СПО)

Л.М. Шакурова

Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия  
E-mail: Lilek2509@yandex.ru

**Аннотация.** Приводятся результаты эмпирического исследования устойчивости жизненного мира студентов в рамках системы профессионального образования.

**Ключевые слова:** жизненное самоосуществление; жизненный мир; устойчивость жизненного мира; студенты; характер проявления; жизненный сценарий.

**Введение. Постановка проблемы.** На данный момент все чаще встают вопросы о том, что представляет собой человеческий потенциал, как человек может применить свои способности, как в этом может помочь то, что нас окружает? Человек реализует себя в рамках определенной среды, и образовательная среда в рамках системы среднего профессионального образования не является исключением. Студенты колледжей и техникумов ориентированы, прежде всего, на освоение именно прикладных профессиональных навыков и профессиональную подготовку к работе на различных производствах. Но современный специалист – это не только профессионал в своей области, но и личность с определенным становлением гражданского самосознания. Именно поэтому изучение особенностей стратегий жизненного самоосуществления студентов в системе среднего профессионального образования представляется важным и актуальным направлением как в психологической науке, так и в образовательной практике.

Понятие жизненного самоосуществления берет свое начало из философии, где образ человека рассматривается в каждой концепции с различных сторон бытия человека. В контексте философской антропологии человек представляется как открытое существо, которое определяет себя в мире, иными словами, уникальность человека заключается в том, что он способен выстраивать собственную жизнь в соответствии с окружающей его действительностью (Г. Плеснер, М. Шеллер). Человек не кто иной, как творец собственной жизни, обладающий возможностями осуществлять свою жизнь и нести ответственность за каждое действие, которое он совершает [4].

Феномен жизненного осуществления в психологической науке представлен в исследованиях отечественных и зарубежных исследователей (Б.С. Братусь, Э.В. Галажинский, Д.А. Леонтьев, И.О. Логинова, В.Е. Ключко, К. Рождерс, Э. Фромм и др.). Впервые в психологии понятие «самоосуществление» было введено К. Гольдштейном, который рассматривал самоосуществление как мотивацию главным мотивом, иными словами, для самоосуществления человека всегда необходима определенная предпосылка, только тогда человек будет стремиться осуществить свои врожденные способности всеми доступными ему способами [4]. По мнению Л.Н. Храмцовой, самоосуществление как процесс требует от человека постоянной готовности к изменениям, готовности к риску, умения выходить из сложных ситуаций и преодолевать тревогу и страх [5].

При достаточном многообразии исследований такой категории, как «самоосуществление», становится весьма проблематично дать единое и общее определение. Но несмотря на это, И.О. Логинова выделяет опорные точки, которые позволяют сформулировать общее понимание данного термина:

- 1) «самоосуществление – это одновременно процесс (движение к своим сущностным, истинным началам) и результат (бытие истины и истина бытия);
- 2) самоосуществление подразумевает, что активность в процессе движения к сущности исходит от самого человека, т.е. осуществить себя может только сам человек;
- 3) самоосуществление как сформулированный в качестве цели результат задает направление саморазвития человека в целом; оно представляет собой сознательный процесс самосовершенствования с целью эффективной самореализации на основе внутренне значимых устремлений и внешних влияний»;
- 4) самоосуществление есть тенденция к самораскрытию и саморазвертыванию творческого потенциала человека» [3, с. 77].

Опираясь на методологические построения системной антропологической психологии, рассматривающей усложнение жизненного мира человека как фактор, определяющий «готовность к автономному самостоя-

тельному осуществлению жизни» [1, 2], мы полагаем, что одним из значимых показателей жизненного самосоуществования выступает устойчивость жизненного мира человека.

**Методы исследования.** В качестве основных методов исследования показателей устойчивости жизненного мира были использованы: методика «Исследование устойчивости жизненного мира человека» (И.О. Логинова), которая позволяет определить особенности организации процесса жизнедеятельности и, как следствие, определить характер проявления жизненного мира через анализ эссе на тему «Три дня моей жизни, которые...»; опросник «Определение типа жизненного сценария» (И.О. Логинова), позволяет определить два типа жизненного сценария, которые характеризуются как две тенденции устойчивости жизненного мира (преодоление–восхождение).

Основная выборка исследования представлена студентами Томского механико-технологического техникума, обучающимися по специальностям «Сварщик» и «Изобразительное искусство и черчение». Общее количество испытуемых – 146 человек, из них 125 юношей и 21 девушка. Возраст респондентов от 15 до 18 лет.

Полученные данные были проанализированы методами математической статистики (частотный анализ и таблицы сопряженности) с помощью программы IBM SPSS Statistics 22.

**Результаты исследования.** Методика «Исследование устойчивости жизненного мира» помогает определить процесс жизнедеятельности человека, выражающийся в специфических формах взаимодействия человека с миром. Результаты, полученные с помощью данной методики, позволили обнаружить доминирующий неконструктивный характер проявления устойчивости жизненного мира (рис. 1)

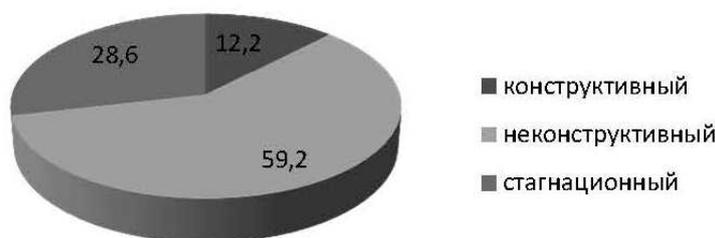


Рис. 1. Доминирующий характер проявления устойчивости жизненного мира

Таким образом, у молодых людей, принявших участие в исследовании, доминирует неконструктивный характер проявления устойчивости жизненного мира (59,2%), менее выражен стагнационный характер (28,6%) и наиболее слабо выражен конструктивный характер (12,2%). У студентов наиболее выражен неконструктивный характер проявления устойчивости жизненного мира, это говорит о том, что им свойственны ситуативное проявление продуктивности и отсутствие стимула к достижению желаемого результата. В свою очередь, наименее выражен конструктивный характер, что говорит о дефицитах либо потере ценностно-смыслового и ценностно-содержательного аспектов жизненного осуществления.

Для дальнейшего анализа устойчивости жизненного мира человека нами были использованы данные полученные с помощью опросника «Определения типа жизненного сценария», который наглядно демонстрирует доминирующий тип жизненного сценария. Выделяется два типа: «восхождение» и «преодоление». Результаты, полученные с помощью данной методики, позволили выделить доминирующий тип жизненного сценария «восхождение» (70,3%), в свою очередь, наименее выражен тип «преодоление» (29,7%) (рис. 2).

Молодые люди, чья жизнь разворачивается по типу жизненного сценария «восхождение», способны определять смысло-жизненные ориентации, полны сил и энтузиазма на пути ко всему новому, определяя это как источник саморазвития. Кроме этого, можно сделать вывод, что эти молодые люди заинтересованы в получении образования и мотивированы использовать полученные знания для дальнейшего развития. В свою очередь, для молодых людей, чья жизнь разворачивается по типу «преодоление», жизнь представляется как борьба с неготовностью брать на себя ответственность за свои действия и слабой мотивации к дальнейшему саморазвитию.

В таблице представлены результаты анализа полученных материалов с помощью применения метода математической статистики «таблицы сопряженности», позволившего выделить показатели степени устойчивости жизненного мира в диапазоне от низкой до высокой.

Можно констатировать, что наиболее выражены низкая и средняя степени устойчивости жизненного мира, что дает основания для заключения о том, что студенты, находясь на этапе освоения профессии и формирования новых навыков и способностей, обладают психологической или практической неготовностью к достижению поставленных целей. Отсюда слабо выражена способность управлять собой и собственной жизнью, тем самым организовывая процесс жизнедеятельности, который не ведет к самовыражению относительно внешнего мира.

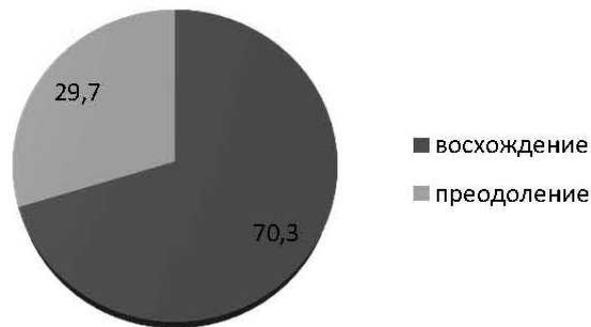


Рис. 2. Преобладающий тип жизненного сценария

#### Определение степени устойчивости жизненного мира человека

Степень устойчивости жизненного мира человека	Характер проявления устойчивости жизненного мира	Жизненный сценарий	%
Низкая	Стагнационный	Преодоление	24
	Неконструктивный	Преодоление	1,5
Высокая	Конструктивный	Восхождение	8,9
Средняя	Стагнационный	Восхождение	20,9
	Неконструктивный	Восхождение	44

Кроме этого, нами была выделена группа риска со стагнационным характером проявления жизненного мира и развитием жизненного сценария по типу «преодоление» (24%). Данная группа респондентов обладает низкой степенью устойчивости жизненного мира, которая проявляется в форме гиперустойчивости. Таким образом, у молодых людей отсутствует готовность к изменениям под влиянием обстоятельств, что говорит о минимизированности усилий человека в отношении организации собственной жизни и взаимодействия с окружающим миром.

#### Выводы и перспективы дальнейших исследований

Студенческий возраст является достаточно сложным периодом в жизни молодого человека, ведь именно в этот период не только происходит процесс получения новых навыков и умений, но и закладывается психологическая и практическая готовность к достижению поставленных целей. В этом контексте, обсуждая полученные результаты, можно с уверенностью констатировать, что среди студентов, обучающихся в техникуме, есть определенная часть молодых людей (около 25%), которым необходимо повышенное внимание со стороны психолого-педагогического состава с целью коррекции психологической неготовности выстраивать свою жизнь, переводя возникающие возможности в действительность.

Перспективы дальнейшего исследования мы видим в более детальном анализе жизненного самоосуществления наряду с готовностью к личностному выбору молодых людей в рамках системы среднего профессионального образования. На основе полученных исследовательских данных будут разработаны программы психолого-образовательного сопровождения становления стратегий жизненного самоосуществления студентов на этапе профессиональной подготовки.

#### Литература

1. Ключко В.Е., Галажинский Э.В. Исследования инновационного потенциала личности: концептуальные основания // Сибирский психологический журнал. 2009. № 33. С. 6–13.
2. Ключко В.Е., Галажинский Э.В., Краснорядцева О.М., Лукьянов О.В. Системная антропологическая психология: понятийный аппарат // Сибирский психологический журнал. 2015. № 56. С. 9–21.
3. Логинова И.О. Психология жизненного самоосуществления. М. : Изд-во СГУ, 2009. 279 с.
4. Лоскутов Ю.В. Современная философия на пути к постнеклассической парадигме // Человек и общество: на рубеже тысячелетий. Вып. 9–10. С. 156–159.
5. Храмцова Л.Н. Психологические условия самоосуществления личности : дис. ... канд. психол. наук. Новосибирск, 2003. 178 с.

#### SUSTAINABILITY OF THE LIFE WORLD AS A MEANING OF THE CHARACTERISTIC OF LIFE SELF-EXISTENCE (ON THE EXAMPLE OF STUDENTS OF THE SECONDARY VOCATIONAL EDUCATION)

Shakurova L.M., postgraduate student of the faculty of psychology, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia. E-mail: Lilek2509@yandex.ru

**Abstract.** The article studies the stability of the standard of living of students of a secondary professional educational institution. The article presents the results of an empirical study conducted on the basis of the Tomsk Mechanical and Technological College. The curriculum involved 146 people. 125 young men and 21 girls. Age of respondents is from 15 to 18 years. In the course of the study, the results of a sustainable life world were obtained, the dominant non-constructive nature of manifestation was revealed, in its life. In addition, the type of life script was determined, the results obtained with the help of this technique made it possible to single out the dominant type of life script "ascent". In addition, the results of analytical materials using methods of mathematical statistics that can be solved by the following methods: The most pronounced is the low and average degree of stability of the vital world, which gives grounds to believe that students, at the stage of mastering the profession and creating new ones skills and abilities, access to psychological or practical unavailability in achieving the set goals. According to the results of the empirical study, a risk group was identified, with a stagnant character of the manifestation of the vital world and with the development of a life scenario of the type of "overcoming". This group of respondents has a low degree of sustainability of the vital world, which manifests itself in the form of hyperstability. Thus, young people lack readiness for changes in the sub-distribution, which indicates the minimization of human efforts to organize their own lives and interact with the world around them. Thus, this group of respondents requires increased attention from the psychological and pedagogical staff, with the aim of correcting the psychological unpreparedness to build their lives, translating the emerging opportunities into reality.

**Keywords:** life self-existence; life world; stability of the life world; students; character of manifestation; life script.

УДК 159.96

## ЭВОЛЮЦИЯ СОГЛАСОВАННОСТИ ГЕНЕТИКО-НЕЙРОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

К.Г. Языков

Сибирский государственный медицинский университет,  
Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия  
E-mail: yazk@mail.ru

**Аннотация.** Утверждается приоритет эколого-генетического подхода к разветвлению информационных процессов в реальных формах материального и идеального (сознания) существования. Предполагается, что эволюция согласованности связана с развитием систем управления информационно-синергетическими процессами.

**Ключевые слова:** теория эколого-генетического анализа; нейрофеноменология; информационно-синергетические процессы; сознание.

Сформулированная в статье проблема связана с трансляцией дискретной генетической информации в континуальные тексты сознания. Окончательное ее решение имеет отдаленную перспективу, поскольку здесь затрагиваются «предельные» антропологические смыслы.

На представленную точку зрения повлияли новые подходы, которые требуют предварительного объединения, хотя бы в первом приближении.

Существует проблема возможности представления процесса эволюции как развития информационных систем и систем управления, усложнения «текстов» живого, совершенствование которых приводит к появлению сознания человека. Вероятным следствием появления человека является переход эволюции от материального творчества к идеальному, к эволюции в сфере Сознания ее форм.

Задачей работы является формирование представлений о взаимосвязи между генетическими системами головного мозга и социокультурными феноменами как процессе последовательного разветвления и усложнения перевода генетических информационных «текстов» (генетической семиотики) в семантику текстов языка. Внимание обращено на методологию исследований, направленных на синтез.

Методологическими подходами проблемы служат феноменологический, информационно-синергетический и достижения нейронаук.

**Феноменологический подход** реализуется в **нейрофеноменологическом подходе**. Очевидно, что в процессе эволюции и историогенеза созданы условия для развития человека. Основные факторы субстрата Сознания (головного мозга) изучены в рамках нейронаук.

Современная нейробиология определяет функционально-субстратные компоненты как генетически детерминированные корково-подкорковыми зонами головного мозга. Е.Д. Хомска, определяя нейробиологический (НП) фактор как единицу генетического анализа, указывает на «*существование генов, специфичных для развития каждой области коры больших полушарий, с которыми связана дифференциация коры на структурные элементы, т.е. для предположения о существовании независимой генетической детерминации различных корковых зон*» [1, с. 34].

Новая методология теории эколого-генетической организации количественных признаков (ТЭГОКП), разрабатываемая В.А. Драгавцевым, намечает новые решения задач генетического анализа любых живых организмов. Ключевые моменты этой теории перспективны для реализации задач синтеза.

Во-первых, главным выводом ТЭГОКП следует считать отрицание наличия полигенов в реальности и моногенный контроль признака в любой момент времени. Во-вторых, реализуется эпигенетическая программа развития. В-третьих, развитие осуществляется в условиях действия лимитирующих факторов среды (лим-факторов). Лим-факторы образуют сложные эколого-генетические системы регуляции различных спектров генов признака. Существенным в теории ТЭГОКП Драгавцева является следующий вывод: «Для признака, подверженного феномену взаимодействия “генотип–среда”, невозможно дать стабильную, “паспортную” генетическую характеристику для всех сред» [2].

Психологическое развитие человека имеет важные точки бифуркации, соответствующие фазам, ступеням, стадиям развития. В классификации, основанной на психоаналитической платформе, периодизация представлена импринтными контурами, эпигенетическими трансформациями.

Э. Эриксон формулирует эпигенетическую периодизацию как нелинейный, накладывающийся друг на друга периодами процесс. Такая схема близка к теории Драгавцева, в которой лим-факторы образуют различные условия эпигенетического ландшафта.

В частности, А. Зиновьев при рассмотрении социального развития указывал на факторы обеднения социальных систем. Факторы обеднения социальной среды можно отнести к лимитрофным факторам, поскольку они, возможно, необратимо, влияют на критические точки смен периодов когнитивно-социального развития в онтогенезе.

В онтогенезе человека эпигенетический ландшафт развития предполагает «изменение количественных признаков с учетом явления смены спектра генов (под признаком), детерминирующих признак, при смене лим-фактора» [3].

ТЭГОКП Драгавцева позволяет решить традиционную генетическую проблему «взаимодействие генотип – среда» как «смену рангов генотипов в наборе генотипов в разных средах» [2]. Представляется возможным расширение эпигенетического подхода к психологическим признакам феномена сознания (Со). Со рассматривается с позиции знаково-символической функции. Исходя из уровня разработанности в нейропсихологии, введем ограничение Со языковой функцией. Эта функция имеет широкое представительство в функционально-морфологической структуре мозга, что указывает на глобальный аспект речи в организации и развитии мозга человека. Речевая функция есть совершенно новая семиотическая система и, как всякая система, имеет элементы (языка), отношения (синтаксис), композиции (текст). Эта функция, очевидно, связана с когнитивной функцией сознания в когнитивной деятельности. Можно экстраполировать, что вторая сигнальная система есть новый функционал лобных структур в структурно-морфологическом дублировании двигательной области мозга. Когнитивные системы как коммуникативные системы упорядочивают образы мира и неотделимы друг от друга. Схема включает отношение (субъект – объект) – ментальные представления – знание (лингвальная конвенция).

Главная проблема в нейропсихологии сознания формулируется Антти Реовонсуо (философ сознания) как «**проблема связывания**». Это проблема понимания того, как распределенные фрагменты информации объединяются в мозге в «**феноменальное пространство**». На примере прозопагнозии (семантическая деменция) можно видеть нарушение единства осознаваемого восприятия. Другим нейропсихологическим синдромом является игнорирование левого пространства (по Реовонсуо – восприятия феноменального пространства), которое также относится к связыванию (по Реовонсуо – «**феноменальное пространство крайне важное для сознания**»). Решение проблемы связывания позволяет выяснить, какие механизмы отвечают за единство сознания. В западной психологии в отношении сознания закрепилось выражение «**квалиа**» – «связывание» качеств и определенных категорий предмета, целостные комплексы информации (субъективные состояния). В когнитивной нейропсихологии утвердилось понятие «**феноменальное сознание**», связанное с осознанным переживанием поведения и неосознаваемыми механизмами обработки информации.

Особую роль в синтезе представляют современные теории сознания: нейрофеноменологическая концепция познания Матураны и Вареллы (МВ) и нейробиологическая теория интеграции информации Джулио Тонони (ТИИ).

В ТИИ традиционно рассматривается многомерное пространство квалиа. Психические состояния разной степени сложности являются формами квалиа. Протицируем Реовонсуо: «Если сознание – всего лишь интегрированная (в высокой степени) информация, значит, феноменальное осознаваемое переживание можно, в принципе, отделить от когнитивных функций более высокого уровня: языка, самосознания и вербальной коммуникации». Согласно концепции МВ когнитивные системы и коммуникативные системы неотделимы. Когнитивная практика становится познавательной деятельностью, в которой реальность представлена конструктами эмпирической реальности. Это есть процесс взаимодействия с объектами реальности в нерасчлененной объект-субъектной связи, воплощенной в когнитивных структурах.

**Психогенетический подход.** Нейропсихологическая генетическая матрица коррелирована с состояниями нейронных ансамблей, воплощена в существовании НП факторов ВПФ. Ноам Хомский говорит о «гене языка» (genetic endowment), языковом опыте (experience) и принципах, неспецифических для языковой способности (principles not to the faculty of language) [4]. В этих положениях отражен принцип развития живых систем во взаимодействии «генотип – среда». В широком контексте можно говорить об информационной (И) среде дискурса как тексте в процессе использования в языковой деятельности (среда), т.е. также в отношении взаимодействия.

Генетическая методология апеллирует к существованию универсальных генетических систем управления систем ДНК, аккумулирующих огромный временной пласт развития живых систем, в том числе появления сознания. Сознание порождает новую форму существования – время, поскольку соединяет «прошлое – настоящее – будущее», т.е. имеет трансвременную сущность. Верно обратное, что время порождает **Со** через функцию памяти. С позиции концепции МВ, как только реализуется устойчивое во времени состояние биосистемы (память), это означает, что сформировалась аутопоэтическая сеть. В основе лежит устойчивый эпигенетический паттерн (аттрактор) функционирования с большим количеством обратных связей.

Сознание можно рассматривать как эпифеномен сверхсложного образования нейронных ансамблей в инвариантах их активности. Инварианты обусловлены существованием в эпигенетическом ландшафте квазистабильных структур, замкнутых на себя через систему обратных связей информационных (И-) потоков на различных уровнях функционирования генома, протеома (аутопоэтические системы). Далее информационно-метаболическая сеть проявляет себя через нейронную активность, отраженную в спектре динамики ЭЭГ. Таким образом, И, запечатленная в гипертексте генома, конвертирована в психическую активность и **Со**. Текст рассматривается как «квазиорганизм, обладающий памятью, креативно-когнитивными характеристиками и коммуникативным потенциалом, способным оперировать семиотическими последовательностями» [5].

Каковы варианты синтетического решения (связывания)? Природа сознания раскрывается в различных подходах. Современный нейрофилософский подход, основанный на достижениях нейронаук и философии сознания, является доминирующим.

А. Реовонсуо в книге «Психология сознания» рассматривает различные подходы и теории сознания. На современном этапе процесс поиска связывания можно метафорически выразить словами как установление диссонансно-резонансных отношений.

Можно утверждать, что каждый этап освоения мира есть сложный И-процесс, связанный с освоением знаково-семантической среды. Здесь сопрягаются три И-потока: эпигенетический, нейропсихологический и нейрофеноменологический. И общим знаменателем будет реальный социальный психотип (персонифицированное сознание), функционирующий в знаковом языковом пространстве. Язык (И-канал семиозиса, по Мелик-Гайказян) закрепляет свойства знаков в соответствии социально-природной информационной средой.

Существуют различные точки зрения на проблему «язык – сознание» как ограничительную функцию языка в отношении сознания (Гиренок) или как дихотомию языка и речи (де Соссюр). На наш взгляд, существующие неоднозначные соответствия в системе «сознание – мышление – язык – речь» есть разные отображения функционирующей сущности И. Точность передачи определяется самим текстом, его семантикой и соответствующими семантическими фильтрами человека, опосредованными генетической системой. Последнее означает реализацию уникальной эпигенетической «траектории» онтогенеза.

**Информационно-синергетический подход.** Реализация проблемы разрешается в информационно-синергетическом подходе и позволяет конкретизировать в терминах описания структурно-функциональных уровней живых систем. Этот подход разработан И.В. Мелик-Гайказян. В нашем рассмотрении используем понятие оператора как «способа для завершения целенаправленных действий на основе переданной И» [6].

Согласно модели И-процесса Мелик-Гайказян, каждый уровень включает этап трансляции, который начинается с этапа кодирования и завершается стадией создания оператора. Выраженные в знаке форматы трансляции образуют действия (прагматика), образы (синтактика) и смыслы (семантика). Коммуникативный уровень определяется именно созданием коммуникационных средств – операторов, необратимо формирующих реальность. Этот И-процесс синергетичен в смысле макросостояния. Согласно оригинальному положению методологического подхода, любой И-процесс является синергетическим.

В представленном аналитическом эскизе существенным является представление о едином фундаментальном информационном процессе, главным звеном которого является функционирование генетического аппарата. Он включает кодирующий аппарат, универсальный источник живого и сознания, генетические системы управления (СУ) которого реализуют через систему операторов тексты ДНК, несущие И о всех последующих уровнях развития и функционирования. Следующий универсальный протеомный уровень ЖС переводит тексты ДНК посредством СУ во множество белковых структур. Усложнение И-потоков на генетико-физиологическом уровне реализуется в эпигенетической СУ, описываемой в рамках теории Драгавцева. Отметим, что на начальных этапах И-процесса знаковая система существенно кодогенна. Кодогенность (изоморфизм) на следующих уровнях функционирования генома замещается формированием сложных СУ и дополняется информационно-синергетическими принципами создания, хранения и реализации И. Нейроны становятся новыми элементами И-процессов и вступают в уникальные взаимоотношения, используя механизм нейропластичности. В результате фазовых переходов микросостояния нейронов переходят в макросостояния нейронных ансамблей и в целом в нелинейно-динамический формат существования **Со**. Согласно Д. Деннет, «сознание состоит из того информационного содержания мозга, которое побеждает в конкуренции за доступ к нему, добивается “известности” или “политического влияния” в мозге и таким образом управляет поведением и контролирует его» [7].

Нейрофеноменология утверждает существование корреляции нейрональной активности с психическими состояниями. Ссылаясь на Дж. Тонини, Дж. Эделмана, Капра пишет: «Опыт сознания не сосредоточен в некоторой области мозга; также он не может быть определен в терминах особых нейронных структур» [8]. Это эмерджентное свойство конкретного когнитивного процесса формирования временных функциональных

нейронных кластеров. Варела называет такие кластеры «резонансными клеточными ансамблями», Тонони и Эделман говорят о «динамическом ядре».

В гипотезе Варелы [8, с. 72] указывается, что «*сознательный опыт базируется на специфическом клеточном ансамбле, в котором множество различных видов нейронной активности – связанных с сенсорным восприятием, эмоциями, памятью, телодвижениями и т.д.*».

Нейрофеноменология утверждает, что опыт **Со**, не сосредоточиваясь в некоторой области мозга и не определяясь в терминах особых нейронных структур, представляет их возникновение в процессе «повторного ввода» (Тонини; Эделман) на короткие промежутки времени, который «*объединяет активность различных участков мозга*» [8, с. 74].

Так, знаки разной природы и кодов как заместители реальности, организованные в виде текстов в соответствии СУ, обмениваясь (декодируясь), выступают в виде аналогов ВПФ и в последующих синергетических актах характеризуются появлением семантических звеньев преобразования И.

Язык (речь) возникает экстрацеребрально в социальной системе. Согласно теории познания Сантьяго, язык есть «взаимное координирование посредством образования структурных связей» как коммуникация ради коммуникации [8, с. 75]. С позиции И-процессов, в языке возникает «новый вид информации – логическая информация» [9, с. 18].

Разработка комплексной логики А.А. Зиновьевым открывает новый подход. Ее отличие от формальной логики связано с проблемой языка. А.А. Зиновьев отмечал, что «логика – наука не о мышлении, а о языке». Цель логики – конструирование таких правил оперирования языком, которые позволяют осуществлять познавательную деятельность, понимаемую как получение истинных знаний». Таким образом, предмет логики – язык [10].

В «Логической социологии» Зиновьев вводит понятие «логическая обработка» языка [10]. Важнейшим фактором жизнедеятельности человека является **Со** и сознательное поведение. Его основой служит наличие знакового аппарата (заместитель явлений реальности, по Зиновьеву). Сюда входят чувственные знаки и знаки языка, являющиеся нейрофеноменами мозга. Высший уровень деятельности человека творческий. Именно он определяет высокий интеллект (разумность). Современный этап развития человека диалектически противоречив. С одной стороны, достигнутый технологический и культурный уровень развития человечества требует огромных усилий для его постижения. С другой стороны, нивелируется его деятельность, интеллект сводится к клиповому сознанию, к кнопочному типу функционирования и виртуализации реальной жизни (упрощению). Согласно С.А. Хоружему, виртуальная реальность есть недоовещанная реальность [11].

Результатом такого процесса становится появление «маньяновского» человека, метафорически обозначенного Зиновьевым как «свиптальный» (от аббревиатуры СВИПТ – Символическое, Вводящее в заблуждение, Имитационное, Показушное, Театрализованное).

Феномены любого уровня-порядка имеют собственную природу (сущность) и реальность как часть понимаемого Бытия. Зиновьев, говоря об обществе, отмечал: «*Понимание такого сложно изменчивого явления требует длительной профессиональной обработки фактов, изобретения специальных понятий и терминов в рамках новаторской творческой науки (инноваций)*» [12, с. 294].

Реальное сознание, погруженное в определенный пространственно-временной континуум, требует разнообразных средств познания. Результат будет представлять противоречивый когнитивный продукт, с одной стороны, научной абстракции, с другой стороны, эмпирический продукт.

Этап формулирования абстрактного понятия лишен эмпирических свойств: сознание как научный продукт не связано с общественно-историческими условиями, историческим развитием, эволюцией в конкретных этногенетических и биосферных условиях. Если принять то, что важнейшей функцией С является интеллект, то важнейшая функция интеллекта есть Мирозрение. Сознание как научный феномен еще не выступает в качестве Психологоса (по Гачеву, «образа национальных миров») и свободно от Культуры. Действительно, порождение культуры «запускает» новый аутопоэтический процесс, уже связанный со спонтанными текстами иррационального содержания, близкими к религиозно-духовной литературе. Человек становится полем смыслов этнического, национального и духовного образа Мира.

### Литература

1. Хомская Е.Д. Изучение биологических основ психики с позиций нейропсихологии // Вопросы психологии. 1990. № 3. С. 27–38.
2. Драгавцев В.А. Уроки эволюции генетики растений // Биосфера. 2012. № 4 (3). С. 251–262.
3. Драгавцев В.А., Драгавцева Е.В. Механизм сдвигов доминирования количественных признаков яровой пшеницы в разных географических точках // Генетика. 2011. Т. 47, № 5. С. 691–696.
4. Кибрик А.Е. Когнитивный подход к языку // Язык и мысль: современная когнитивная лингвистика. М. : Языки славянской культуры, 2015. С. 29–60.
5. Золян С.Т., Жданов Р.И. Геном как (гипер)текст: от метафоры к теории // Критика и семиотика. 2016. № 1. С. 60–84.
6. Мелик-Гайказян И.В. События, организующие коммуникативное пространство / Конструирование человека : сб. трудов III Всерос. науч. конф. с междунар. участием. Томск 5–8 июня 2009 г. Томск : Изд-во Том. гос. пед. ун-та, 2009. С. 13–20.
7. Dennett D.C. Sweet Dreams: Philosophical Obstacles to a Science of Consciousness. Cambridge, MA : MIT Press, 2005. 216 p.

8. Капра Ф. Скрытые связи : пер. с англ. М. : София, 2004. 336 с.
9. Мелик-Гайказян И.В. Информационные процессы и реальность. М. : Наука, Физматгиз, 1998. 192 с.
10. Зиновьев А.А. Логическая социология. М. : Социум, 2002. 260 с.
11. Хоружий С.А. Род или недород. Заметки к онтологии виртуальности // Вопросы философии. 1997. № 6. С. 53–68.
12. Зиновьев А.А. Коммунизм как реальность. М. : Центрполиграф, 1994. 496 с.

#### EVOLUTION OF CONSISTENCY OF GENETIC–NEUROPHENOMENOLOGICAL STATES

**Yazykov K.G.**, d. med. sci., professor, Siberian State Medical University, Tomsk State University, Tomsk, Russia. E-mail: yazk@mail.ru

**Abstract.** The paper affirms the priority of the ecological-genetic approach to the evolution of information processes in real forms of the material and ideal (consciousness) existence. It is assumed that the evolution of coherence is associated with the development of control systems of information-synergetic (molecular, neuronal, neuro-phenomenological, symbolic, semantic) processes.

**Keywords:** theory of ecological-genetic analysis; neuro-phenomenology; information-synergetic processes; consciousness.

УДК 159.96

### МОДЕЛЬ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

**А.В. Ларина, Л.Г. Григоричева**

Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования Министерства здравоохранения  
Российской Федерации, Барнаул, Россия  
E-mail: Larina.inf@gmail.com

**Аннотация.** Описываются модель и основные принципы организации клиничко-психологического сопровождения и реабилитации пациентов травматолого-ортопедического профиля при тотальном эндопротезировании суставов нижних конечностей. Определяются основные задачи, решаемые клиническим психологом в ходе лечебно-реабилитационного процесса. Описываются основные цели и функции медицинского психолога на разных этапах медицинской реабилитации в стационаре травматолого-ортопедического профиля. Решение задач клиничко-психологического сопровождения позволяет подготовить пациентов к оперативному лечению с учетом их психоэмоционального состояния, повышает комплаентность к лечебно-реабилитационному процессу и позволяет сформировать мотивацию на улучшение качества жизни.

**Ключевые слова:** клиничко-психологическое сопровождение; эндопротезирование суставов нижних конечностей; психологическая реабилитация; мотивационная сфера; реабилитационный потенциал личности; мультидисциплинарный подход.

Дегенеративные заболевания суставов являются одними из самых распространенных заболеваний как в нашей стране, так и за рубежом [1, 13]. Анализ официальных статистических данных за период с 2012 по 2014 г., показывает рост динамики общей заболеваемости артрозами в Российской Федерации (с 34,3 до 36,2 человек на тысячу населения) [1]. Заболевание суставов приводит к боли, ограничению движений, деформации и инвалидизации пациентов. Проявления заболевания, такие как постоянная сильная боль, выраженные нарушения походки, ограничение подвижности в суставе, косметические дефекты, нарушают и часто делают невозможным привычный образ жизни. Длительный период заболевания, болевой синдром, ограниченность движений делают человека зависимым от лекарств и других людей. Ведущим мотивом всей деятельности пациента становится мотив избавления от боли. Эти и другие факторы влияют на то, что личность пациента начинает меняться, приспосабливаться к болезни [2]. Эндопротезирование суставов – современное высокотехнологическое хирургическое вмешательство, которое заключается в замене поврежденного сустава на искусственный. С 2013 по 2016 г. в ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» (г. Барнаул) было проведено 13 934 операций тотального эндопротезирования суставов нижних конечностей (6 436 – тазобедренный сустав, 7 358 – коленный сустав). Оперативное лечение является неоспоримым стрессом для пациентов, поступающих в стационар [5–8]. Вместе с изменениями физического состояния и образа жизни изменяется и эмоционально-мотивационная сфера больного. Неблагоприятное психоэмоциональное состояние может являться мощным фактором, оказывающим отрицательное влияние на темпы и качество лечебно-реабилитационного процесса. Согласно современной парадигме, представление о пациенте, его психической деятельности и психосоматическое единство рассматриваются как открытая саморазвивающаяся система [4]. Л.С. Выготский, в своих трудах подчеркивал, что болезнь, вызывая, прежде всего, нарушения биологической линии развития, создает препятствия для нормального социально-психологического развития личности [4]. Это представление о первичных (биологических) и вторичных (психологических) симптомах позволяет предположить, что недостаточно устранить первичные, т.е. биологические, причины нарушений; для выздоровления пациента, его удовлетворенности проводимым лечением и улучшением качества жизни, необходимо работать с рядом психологических факторов и симптомов. Психологическое состояние может влиять на самочувствие па-

циента и адекватную оценку им своего состояния, как следствие, это может влиять на темп и качество лечебно-реабилитационного процесса [2, 4, 5]. К причинам возникновения трудностей в процессе лечения можно отнести пожилую возраст, наличие большого количества сопутствующих заболеваний, снижение когнитивных функций, личностные особенности, недостаток информации или неверные представления о предстоящем лечении и его результатах. В настоящее время в тактику реабилитации пациентов с эндопротезированием суставов нижних конечностей постепенно вводится модель быстрого восстановления, которая предполагает сокращение сроков пребывания в стационаре и внедрение программы реабилитации уже в раннем послеоперационном периоде. Интенсивная программа ранней реабилитации требует готовности пациента сразу включиться в работу, понимания важности выполнения назначений врача и желания скорее вернуться к более активному образу жизни.

На основе вышеизложенных фактов возникла необходимость введения медицинского психолога в состав мультидисциплинарной бригады специалистов. Задача мультидисциплинарной бригады – совместно с пациентом формулировать цель лечебно-реабилитационной программы, которая будет учитывать его физические возможности, личностные качества, сохранные звенья мотивационного и регуляционного компонентов психической деятельности и значимые цели пациента. В качестве цели психологической работы с пациентом в стационаре травматолого-ортопедического профиля рассматривается создание психологически обоснованных условий для потенцирования активного самостоятельного продуктивного развития личности в новых, хотя и ограниченных условиях [3–5]. Процесс реабилитации при этом понимается как системная деятельность, направленная на восстановление личностного и социального статуса пациента особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность пациента лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий [4]. Задача медицинского психолога при тотальном эндопротезировании суставов нижних конечностей – это психологическая подготовка пациентов к оперативному лечению и клинико-психологическое сопровождение процесса реабилитации в составе мультидисциплинарной бригады специалистов, учитывая физические возможности пациента, личностные особенности, сохранные звенья мотивационного и регуляционного компонентов психической деятельности [3, 5, 6]. Таким образом, можно выделить следующие задачи медицинского психолога:

1. Организация программы психологической подготовки пациентов к операции и ускоренной реабилитации.
2. Диагностика и коррекция негативного психоэмоционального фона пациентов до и после хирургического вмешательства.
3. Формирование адекватной внутренней картины болезни.
4. Формирование у пациентов устойчивой приверженности к лечению (комплаенс).
5. Создание установки активного участия пациента в реабилитации.
6. Формирование у пациентов мотивации на улучшение качества жизни и здоровья.
7. Преодоление ригидных инвалидирующих психологических установок пациентов относительно своего состояния.

Исходя из поставленных целей и задач, медицинский психолог начинает работать на этапе подготовки к операции. Психологическое состояние на момент госпитализации в стационар характеризуется тревожностью, депрессивностью, эмоциональной лабильностью вследствие личных особенностей и выраженности заболевания, волнением из-за осложнений и вывихов, страхом никогда не вернуться к активной жизни, ухудшением материальной обеспеченности семьи, социальным неприятием [9]. Предоперационную клинико-психологическую подготовку, учитывая особенности пациентов и лечебно-реабилитационного процесса, целесообразно проводить в виде групповых консультаций. Предоперационное информирование пациентов влияет на формирование внутренней картины болезни, прежде всего на рациональную и мотивационную ее составляющие. Формируя адекватную внутреннюю картину болезни, пациент приобретает уверенность в своих силах, позицию приверженности лечению и активную включенную позицию в процесс реабилитации. Превентивное выявление неадекватной внутренней картины болезни позволяет предупредить не только психологические, но и клинические проблемы (несоблюдение пациентом правил послеоперационной реабилитации), которые могут вытекать из неправильного представления пациента о своем заболевании, этапах лечения и его возможном исходе, что может повлиять на степень удовлетворенности пациентом результатом лечения. Устранение информационных неточностей, ошибочных суждений по поводу лечения помогает пациентам адекватно сформировать стратегию поведения и ожидания относительно лечебного процесса, результатов операции и последующей реабилитации. Данные зарубежных исследований показывают положительное влияние догоспитальной информационной подготовки на снижение уровня предоперационной тревоги пациентов [8–10]. Также существуют данные о снижении выраженности послеоперационной боли у пациентов, которым до операции предоставляли информацию о природе боли и способах саморегуляции болевых ощущений [11].

После операции основной целью становится осуществление клинико-психологического сопровождения процесса реабилитации при возникновении проблем. Особенностью психологических стратегий сопровождения в послеоперационном периоде является коррекция адекватности представлений о результате лечения и предстоящем процессе реабилитации. Некоторые молодые пациенты имеют ригидные инвалидирующие представления об операции, подкрепляемые ортопедическими ограничениями в первое время после эндопротезирования. С пациентами более пожилого возраста стратегии психологического сопровождения чаще направлены на коррекцию страха смерти, работу с сопутствующим ипохондричным типом мышления, поддержание мотива-

ции, так как иногда пациенты не замотивированы на лечение, получая вторичную выгоду от своей болезни [6]. Пациенты после эндопротезирования суставов нижних конечностей отмечают заметные улучшения и снижение болевого синдрома, их физическое и психологическое состояние быстро улучшается, что может приводить к эйфории, переоценке своих возможностей и, как следствие, нарушениям ортопедического режима, вывихам. Также пациенты могут быть не удовлетворены временным функциональным несоответствием длины конечности, что приводит к эмоциональной лабильности, повышенной тревожности, страху, снижению доверия лечащему врачу [12]. Целью психологического сопровождения в таком случае являются коррекция эмоционального фона, формирование адекватной внутренней картины болезни и работа с мотивацией. Для достижения поставленных целей на данном этапе проводятся индивидуальные психологические консультации.

При разработке стратегии клиничко-психологического сопровождения следует учитывать:

- возраст пациента;
- психоэмоциональное состояние;
- выраженность (тяжесть) физических ограничений из-за болезни;
- адекватность представлений о цели и методах лечения;
- сформированность мотивации, комплаенса, приверженности лечению;
- систему социальной поддержки пациента.

Стратегии клиничко-психологического сопровождения, разработанные с учетом представленных показателей, индивидуальны и направлены, в первую очередь, на улучшение качества жизни пациента и достижение совместных целей лечения. Работа медицинского психолога включает в себя работу не только с пациентом, но и с его родными и близкими, с командой специалистов по профилактике возникающих трудностей и психологической помощи в ситуации лечения и реабилитации.

**Выводы.** Решение задач клиничко-психологического сопровождения позволяет подготовить пациентов к оперативному лечению с учетом их психоэмоционального состояния, повышает комплаентность лечебно-реабилитационному процессу и позволяет сформировать мотивацию на улучшение качества жизни. Задача медицинского психолога в стационаре травматолого-ортопедического профиля – это психологическая подготовка пациентов к оперативному лечению и клиничко-психологическое сопровождение процесса реабилитации в составе мультидисциплинарной бригады специалистов, учитывая физические возможности пациента, личностные особенности, сохраненные звенья мотивационного и регуляционного компонентов психической деятельности. В качестве цели психологической работы при эндопротезировании суставов нижних конечностей рассматривается создание психологически обоснованных условий для потенцирования активного самостоятельного продуктивного развития личности в новых, хотя и ограниченных, условиях. Стратегии клиничко-психологического сопровождения имеют особенности на дооперационном и послеоперационном периодах лечения.

Клиничко-психологическая модель сопровождения, основанная на индивидуальном подходе к пациенту, учитывающая его личностные особенности, психоэмоциональное состояние, значимые цели и объективные физические показатели, позволяет выстраивать процесс лечения и взаимодействие между пациентом и бригадой специалистов в направлении улучшения качества жизни и возвращения пациента к активной жизненной позиции.

#### *Литература*

1. Григоричева Л.Г., Кореньяк Н.А. Определение потребности населения субъектов Сибирского федерального округа в высокотехнологической помощи по профилю «Травматология и ортопедия» // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 4. С. 72.
2. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику : психологическое исследование. М. : Изд-во Моск. ун-та, 1987.
3. Клиничко-психологическое сопровождение пациентов при тотальном эндопротезировании суставов нижних конечностей : проект клинических рекомендаций для медицинских психологов URL: <https://rehabrus.ru> (дата: 20.03.2017).
4. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И., Тхостов А.Ш. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных // Вестник восстановительной медицины. 2014. № 5 (63).
5. Ларина А.В., Григоричева Л.Г. Задачи клиничко-психологического сопровождения в стационаре травматолого-ортопедического профиля // Advances of science Proceedings of articles II International scientific conference. 2017. С. 312–316.
6. Ларина А.В., Григоричева Л.Г. Особенности стратегий клиничко-психологического сопровождения пациентов с асептическим некрозом головки бедренной кости при эндопротезировании тазобедренного сустава // Сложные случаи первичного эндопротезирования тазобедренного сустава : тезисы. Барнаул, 2017. С. 26–27.
7. Calvin R.L., Lane P.L. Perioperative uncertainty and state anxiety of orthopaedic surgical patients, Orthopaedic Nursing // National Association of Orthopaedic Nurses. 1999. № 18 (6). P. 61.
8. Hughes S. The effects of giving patients pre-operative information // Nurs. Stand. 2002. № 16 (28). P. 33–37.
9. Scheel J.I., Parthum A., Dimova V., Horn-Hofmann C., Meinfelder F., Carbon R., Griebinger N., Sittl R., Lautenbacher S. Psychological prophylaxis training for coping with postoperative pain. Long-term effects // Schmerz. 2014. № 28 (5). P. 513–519.
10. Spalding N.J. Reducing anxiety by pre-operative education: make the future familiar // Occupational Therapy International. 2003. № 10 (4). P. 278–293.

11. Sugai D.Y., Deptula P.L., Parsa A.A., Don Parsa F. The importance of communication in the management of postoperative pain // *Hawaii J Med Public Health*. 2013. № 72 (6). P. 180–184.
12. Nakanowatari T., Suzukamo Y., Izumi S.I. The Effectiveness of Specific Exercise Approach or Modifiable Heel Lift in the Treatment of Functional Leg Length Discrepancy in Early Post-surgery Inpatients after Total Hip Arthroplasty: A Randomized Controlled Trial with a PROBE design // *PhysTher Res*. 2016. № 19 (1). P. 39–49.
13. Norwegian Hip Arthroplasty Register Annual Report 2015. URL: [http://nrlweb.ihelse.net/Rapporter/Report2015\\_english.pdf](http://nrlweb.ihelse.net/Rapporter/Report2015_english.pdf)

#### **A MODEL OF CLINICAL PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR TRAUMATOLOGIC AND ORTHOPEDIC PATIENTS**

**Larina A.V.**, clinical psychologist, Federal Center of Traumatology, Orthopedics and Endoprosthesis of the Russian Federation Health Ministry, Barnaul, Russia. E-mail: [Larina.inf@gmail.com](mailto:Larina.inf@gmail.com)

**Grigoricheva L.G.**, PhD, head physician, Federal Center of Traumatology, Orthopedics and Endoprosthesis of the Russian Federation Health Ministry, Barnaul, Russia. E-mail: [Larina.inf@gmail.com](mailto:Larina.inf@gmail.com)

**Abstract.** This article describes the model and basic principles of organization of clinical and psychological support and rehabilitation for traumatologic and orthopedic patients with total endoprosthesis of lower extremity joints. The main tasks being solved by the clinical psychologist during the treatment and rehabilitation process are determined. The article describes the main goals and functions of a medical psychologist at different stages of medical rehabilitation in a trauma and orthopedic hospital. Every year the amount of operative interventions on joints with the purpose of their total endoprosthesis increases. Operative treatment is a stress for patients entering the hospital. However, surgery and an intensive rehabilitation program require the patient's psychological readiness for immediately getting involved in the work, understanding the importance of fulfilling the doctor's appointments and motivation for returning to an active lifestyle. The task of the medical psychologist in the psychological accompaniment of this group of patients is to psychologically prepare them for surgical treatment and to provide clinical and psychological support of the rehabilitation process as part of a multidisciplinary team of specialists, taking into account the patients' physical capabilities, personal characteristics, and preserved links in the motivational and regulatory components of their mental activity. As a goal of psychological work with the patient after arthroplasty of joints, the creation of psychologically justified conditions for potentization of active, independent and productive development of personality under new, albeit limited, conditions is considered. The clinical and psychological model of support, based on the patient-centered approach, taking into account his/her personal characteristics, psycho-emotional state, meaningful goals and objective physical indicators, allows to build the process of treatment and interaction between the patient and a team of specialists in the direction of improving the patient's quality of life and returning him/her to an active life position. Psychological support allows to solve emotional difficulties before and after the operation, to form an adequate internal picture of the disease, to form an active position of participation and adherence to treatment, to support the motivational component, to teach patients how to regulate psychological manifestations and to overcome disabling psychological attitudes regarding their condition and the treatment and rehabilitation process. Solving the tasks of clinical and psychological support allows preparing patients for surgical treatment taking into account their psycho-emotional condition, increases compliance to the treatment and rehabilitation process and allows forming motivation for improving their quality of life.

**Keywords:** clinical psychological support; endoprosthesis replacement; psychological rehabilitation; motivational sphere, rehabilitation potential of personality; multidisciplinary approach.

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Азарко Е.М., Володенко Д.В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ СТАБИЛОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ МЧС РОССИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОБЩЕОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ВЫХОДНОГО ДНЯ» .....	5
<i>Артюхова Т.Ю.</i> АТТРАКТОРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ: ВОЗМОЖНОСТИ И РЕСУРСЫ СЕМЬИ .....	10
<i>Ахметзянова А.И.</i> АНТИЦИПАЦИОННО-ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ДЕВИАНТНОМ ПОВЕДЕНИИ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ .....	14
<i>Богданович М.Д., Раудсепп С.В., Дан М.В., Стоянова И.Я.</i> ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА НЕЙРОМЕТРИИ В КОНТЕКСТЕ ИЗУЧЕНИЯ ЛИЧНОСТНОГО ПОТЕНЦИАЛА И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА .....	16
<i>Боженкова К.А.</i> СУБЪЕКТИВНАЯ КАРТИНА ЖИЗНЕННОГО ПУТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОПЫТОМ ПЕРЕЖИВАНИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО НАСИЛИЯ .....	19
<i>Борисова И.В., Ермакова Е.С.</i> ОСОБЕННОСТИ ЗАЩИТНОГО И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК .....	22
<i>Быкова И.С., Колыч Д.И.</i> АДАПТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С ОТНОШЕНИЕМ К ОСОБЕННОСТЯМ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА .....	25
<i>Виноградова М.Г., Чепелюк А.А.</i> К ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОДУКТИВНОСТИ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ КАК СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА .....	31
<i>Вишнякова Н.Н.</i> ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ, ПРИНАДЛЕЖАЩИХ К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ .....	35
<i>Волкова О.В., Черненко Л.О.</i> КОРРЕКЦИЯ АЛЕКСИТИМИИ У МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ ЧЕРЕЗ РАЗВИТИЕ ТВОРЧЕСКОГО ВООБРАЖЕНИЯ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ .....	39
<i>Галасюк И.Н., Митина О.В.</i> ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ И СЕМЕЙНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК НА ПРИНЯТИЕ РОДИТЕЛЯМИ ОСОБОГО РЕБЕНКА .....	43
<i>Гольдимиidt Е.С.</i> ИНТЕНЦИЯ К ТРАНСУ КАК БАЗИС ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ПОСТИНФОРМАЦИОННОМ ОБЩЕСТВЕ .....	49
<i>Григорьев М.В.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ .....	53
<i>Гурова О.С.</i> СПЕЦИФИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БУДУЩЕГО НАРКОЗАВИСИМЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ .....	56
<i>Дашиева Б.А., Тюлюпо С.В.</i> ПОЛЬЗОВАТЕЛЬСКАЯ КУЛЬТУРА СЕЛЬСКИХ РОДИТЕЛЕЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕЛЬСКИХ ПОДРОСТКОВ .....	61
<i>Дементий Л.И.</i> СТЕПЕНЬ РИСКА ДЕЗАДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ В ОЦЕНКАХ ПОДРОСТКОВ, ИХ РОДИТЕЛЕЙ И УЧИТЕЛЕЙ .....	65
<i>Егорова Е.В.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СНИЖЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ БРАКОМ В СЕМЬЕ С НОВОРОЖДЕННЫМ В КОНТЕКСТЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СУПРУГОВ .....	68
<i>Жданова С.Ю., Печеркина А.В.</i> ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ЛИЧНОСТИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ ВУЗА .....	72

<i>Заборовская В.Г., Куричкова Е.В., Штумф О.</i> РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ И НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СИБИРСКОГО ФИЛИАЛА ФКУ ЦЭПП МЧС РОССИИ .....	75
<i>Иванова В.С.</i> ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ПО СЛУХУ .....	78
<i>Израелян Т.В.</i> СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕСТАВЛЕНИЯ О ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ РЕЛИГИОЗНЫХ КОНФЕССИЙ .....	81
<i>Кайдановская И.А., Бодруг В.В., Воробьева Е.В.</i> ПРЕОДОЛЕНИЕ РЕЧЕВОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ С ДИЗАРТРИЕЙ: ПСИХОКОРРЕКЦИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕНСОРНОЙ КОМНАТЫ .....	85
<i>Логинова И.О., Севостьянова М.С.</i> ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ КАК ИНДИКАТОР ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛИЗАЦИИ СПОРТСМЕНОВ НАЦИОНАЛЬНЫХ СБОРНЫХ КОМАНД РОССИИ .....	89
<i>Мелехин А.И.</i> СУБЪЕКТИВНЫЙ ВОЗРАСТ КАК БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ИНДИКАТОР ТЕЧЕНИЯ СТАРЕНИЯ .....	93
<i>Мецзякова Э.И., Ларионова А.В.</i> РИСКИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ .....	99
<i>Молчанова Е.П.</i> ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ УРОВНЕЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ, ОТБЫВШИХ УГОЛОВНОЕ НАКАЗАНИЕ И НАХОДЯЩИХСЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРАХ .....	102
<i>Морозова И.С., Белогой К.Н.</i> ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБРАЗА ТЕЛА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ .....	104
<i>Моталова Ю.И.</i> ВЛИЯНИЕ РЕТРОСПЕКТИВНЫХ ОЦЕНОК СТИЛЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО ВОСПИТАНИЯ НА ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН ПОСРЕДСТВОМ ФОРМИРОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ .....	109
<i>Петров А.М., Плотникова М.В., Малышенкова А.С.</i> МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ЧАСТОТНО-СПЕЦИФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ МОЗГА ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ РАЗВИТИИ .....	116
<i>Пешиковская А.Г.</i> ТУВИНСКИЙ ЭТНОС В ФОКУСЕ ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНОЙ АДДИКТОЛОГИИ .....	120
<i>Прохода В.А.</i> УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РОССИЯН .....	123
<i>Русских О.А., Перевоицков П.В., Бронников В.А.</i> СИНДРОМ ИГНОРИРОВАНИЯ (НЕГЛЕКТА) У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ПАЦИЕНТОВ И ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ .....	127
<i>Семенов Д.С.</i> ОСОЗНАННОСТЬ КАК МЕТАПРЕДИКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ .....	131
<i>Сокольская М.В.</i> ЛИЧНОСТНОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК ФАКТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ЧЕЛОВЕКА .....	135
<i>Стиридонова М.С., Черенева Е.А., Маслобоев С.Г., Муллер Т.А., Скрипникова И.П., Лисова Н.А.</i> НЕКОТОРЫЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ РАССТРОЙСТВЕ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА .....	140
<i>Труфанова О.К.</i> ОСОБЕННОСТИ ИДЕНТИФИКАЦИИ СЕБЯ С СОЦИОКУЛЬТУРНЫМ СТЕРЕОТИПОМ МУЖЕСТВЕННОСТИ–ЖЕНСТВЕННОСТИ У ЛИЦ С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ .....	143
<i>Туран Н.К.</i> ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОБРАЗОВ ПОЛОРОЛЕВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ СОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ .....	146

<i>Ульянич А.Л., Агаркова Л.А., Бухарина И.Ю., Бохан Т.Г., Зайцева А.Э.</i> СТАНОВЛЕНИЕ МАТЕРИНСКОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ .....	152
<i>Черенева Е.А.</i> КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ СТРАТЕГИЙ ПРОИЗВОЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ .....	157
<i>Чупина В.Б., Живаева Ю.В., Стоянова Е.И.</i> СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХСЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ СРЕДАХ .....	163
<i>Шакурова Л.М.</i> УСТОЙЧИВОСТЬ ЖИЗНЕННОГО МИРА КАК ЗНАЧИМАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖИЗНЕННОГО САМООСУЩЕСТВЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ СПО) .....	166
<i>Языков К.Г.</i> ЭВОЛЮЦИЯ СОГЛАСОВАННОСТИ ГЕНЕТИКО-НЕЙРОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ .....	169
<i>Ларина А.В., Григоричева Л.Г.</i> МОДЕЛЬ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ .....	173

*Научное издание*

**КОМПЛЕКСНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЧЕЛОВЕКА:  
ПСИХОЛОГИЯ**

**МАТЕРИАЛЫ VII СИБИРСКОГО  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ФОРУМА**

Часть 2

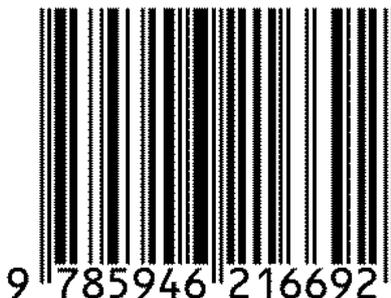
Здоровье человека  
на пути к постинформационному обществу

Редактор К.В. Полькина  
Оригинал-макет А.И. Лелоюр  
Дизайн обложки Л.Д. Кривцовой

Подписано к печати 27.12.2017 г. Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>8</sub>.  
Бумага для офисной техники. Гарнитура Times.  
Усл. печ. л. 31,8.  
Тираж 250 экз. Заказ № 2864.

Отпечатано на оборудовании  
Издательского Дома  
Томского государственного университета  
634050, г. Томск, пр. Ленина, 36  
Тел. 8+(382-2)-52-98-49  
Сайт: <http://publish.tsu.ru>; E-mail: [rio.tsu@mail.ru](mailto:rio.tsu@mail.ru)

ISBN 978-5-94621-669-2



9 785946 216692