

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ
ЭЛЕКТРОННЫЙ
ЖУРНАЛ**

2018. Том 7, № 3

2018. Vol. 7, no 3

СОДЕРЖАНИЕ

Теоретические исследования

- Степанова М.А.* Педагогика исключительного детства В.П. Кащенко: к 110-летию Санатория-школы для дефективных детей в заведывании доктора В.П. Кащенко 1–23

Эмпирические исследования

- Асмаковец Е.С., Кожей С.* Готовность преподавателей университета к работе со студентами с ограниченными возможностями здоровья 24–44
- Вачков И.В., Заруба Д.А., Куртанова Ю.Е.* Психологические особенности образа Я и самооценки у подростков с нарушением почечного функционирования разной степени тяжести 45–65
- Великоцкая А.М., Хломов К.Д., Ениколопов С.Н., Ефремов А.Г.* Изучение ситуации правонарушения, как травматического события в жизни подростка 66–83
- Демидова Л.Ю., Дворянчиков Н.В.* Понимание эмоциональных состояний испытуемыми с педофилией / педофильным расстройством 84–99
- Кобзова М.П., Зверева Н.В., Щелокова О.А.* О некоторых особенностях вербально-логического мышления в норме и при шизотипическом расстройстве (на примере методики «Четвертый лишний») 100–118
- Любавская А.А., Олейчик И.В., Иванова Е.М.* Особенности гелотофобии, гелотофилии и катагеластиицизма у пациентов с депрессивным синдромом 119–134
- Рамезани Ф., Мазраех С.А.* Влияние тренинга жизненных компетенций на удовлетворенность жизнью у пациентов с травмой позвоночника 135–145
- Рядинская Е.Н.* Проявление симптомов посттравматического стрессового расстройства у мужчин и женщин, проживающих в условиях конфликта на востоке Украины 146–166

Прикладные исследования

- Новгородцева А.П., Яковлева Н.В.* Видео моделирование от первого лица как способ обучения имитации детей с аутизмом 167–176
- Чепелюк А.А., Виноградова М.Г.* Использование зрительных перцептивных задач в исследовании когнитивных процессов при ананкастном расстройстве личности и невротоподобной шизофрении 177–191

Методы и методики

- Белинская Е.П., Вечерин А.В., Агадуллина Е.Р.* Опросник проактивного копинга: адаптация на неклинической выборке и прогностические возможности 192–211

Хроника

Зверева Н.В. К юбилею С.Н. Ениколопова: новые горизонты клинической психологии 212–216

Щербакова А.М., Горбачевская Н.Л. К юбилею Татьяны Александровны Мешковой 217–222

Книжное обозрение

Зверева Н.В. Расстройства аутистического спектра через призму сенсомоторной коррекции 223–228

CONTENT

Theoretical research

- Stepanova M.A.* Pedagogy of Exceptional Childhood by V.P. Kashchenko: to the 110th Anniversary of the Sanatorium-school for Retarded Abnormal Children by Dr. V.P. Kashchenko 1–23

Empirical research

- Asmakovets E.S., Koziej S.* The Readiness of University Professors for Work with Students with Disabilities 24–44
- Vachkov I.V., Zaruba, D.A., Kurtanova Yu.Ye.* Psychological Characteristics of Self-Image and Self-Assessment in Adolescents with Impaired Renal Functioning of Different Severity 45–65
- Velikotzkaya A.M., Khlomov K.D., Enikolopov S.N., Efremov A.G.* Offense Situation Experience as a Traumatic Event Among Adolescents Being in Conflict with the Law 66–83
- Demidova L.Yu., Dvoryanchikov N.V.* Understanding of Emotional States in Persons with Pedophilia / Pedophilic Disorder 84–99
- Kobzova M.P., Zvereva N.V., Shelokova O.A.* Some Features of Verbal-Logical Thinking in the Norm and in Schizotypic Disorder (Using the Example of the Fourth Extra Technique) 100–118
- Lubavskaya A.A., Oleichik I.V., Ivanova E.M.* Gelotophobia, Gelotophiles, and Katagelasticians in Patients with Depression 119–134
- Ramezani F., Mazraeh S.A.* The Effectiveness of Life Skills Training on Life Satisfaction in Patients with Spinal Cord Injury 135–145
- Ryadinskaya E.N.* Manifestation of Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Men and Women Living in Armed Conflict Conditions in the East of Ukraine 146–166

Applied research

- Novgorodtseva A.P., Yakovleva N.V.* First Person Video Modeling as a Way of Teaching Imitation of Children with Autism 167–176
- Chepeliuk A.A., Vinogradova M.G.* The Use of Visual Perceptual Tasks for Studying Cognitive Processes in Anankastic Personality Disorder and Pseudoneurotic Schizophrenia 177–191

Methods and techniques

- Belinskaya E.P., Vecherin A.V., Agadullina E.R.* Proactive Coping Inventory: Adaptation to a Non-Clinical Sample and the Predictive Capability 192–211

Chronicle

- Zvereva N.V.* To the Anniversary of Sergey Enikolopov: New Perspectives of Clinical Psychology 212–216
- Shcherbakova A.M., Gorbachevskaya N.L.* To the Jubilee of Tatiana Meshkova 217–222

Book review

- Zvereva N.V.* Autism Spectrum Disorders through the Prism of Sensorimotor Correction 223–228

Педагогика исключительного детства В.П. Кащенко: к 110-летию Санатория-школы для дефективных детей в заведывании доктора В.П. Кащенко

Степанова М.А.,

кандидат психологических наук, доцент факультета психологии, МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия, marina.stepanova@list.ru

Статья приурочена к 110-летию одного из первых в России лечебно-воспитательных учреждений для детей с нарушениями развития – санатория-школы для дефективных детей, открытого в Москве в 1908 г. В.П. Кащенко. Изданные при жизни В.П. Кащенко методические и научно-практические работы, а также воспоминания его дочери А.В. Кащенко позволяют проследить историю санатория на протяжении двух десятилетий до отстранения в 1926 г. В.П. Кащенко от заведывания. Дана подробная характеристика воспитанников санатория, описана организация их жизни, учебных занятий и воспитательных мероприятий. Специальное внимание уделено научно-исследовательской работе В.П. Кащенко и, в частности, созданию им уникального музея педологии и педагогики исключительного детства. На основании обобщения накопленного опыта врачебно-педагогической деятельности В.П. Кащенко сформулировал принципы лечебной педагогики, названные им основами практической работы с дефективным (исключительным) ребенком. В заключение предпринята попытка обозначить вклад В.П. Кащенко в развитие психолого-педагогической науки и практики обучения-воспитания детей с нарушениями развития.

Ключевые слова: лечебная (коррекционная) педагогика, дефектология, санаторий-школа для дефективных детей В.П. Кащенко, дефективный ребенок, исключительные дети, трудный ребенок, лечебно-воспитательные учреждения для детей с нарушениями развития, В.П. Кащенко.

Для цитаты:

Степанова М.А. Педагогика исключительного детства В.П. Кащенко: к 110-летию Санатория-школы для дефективных детей в заведывании доктора В.П. Кащенко [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 1–23. doi: 10.17759/psyclin.2018070301

Степанова М.А. Педагогика исключительного детства В.П. Кащенко: к 110-летию Санатория-школы для дефективных детей в заведывании доктора В.П. Кащенко
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 3. С. 1–23.

Stepanova M.A. Pedagogy of Exceptional Childhood by V.P. Kashchenko: to the 110th Anniversary of the Sanatorium-school for Retarded Abnormal Children by Dr. V.P. Kashchenko
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 3, pp. 1–23.

For citation:

Stepanova M.A. Pedagogy of Exceptional Childhood by V.P. Kashchenko: to the 110th Anniversary of the Sanatorium-school for Retarded Abnormal Children by Dr. V.P. Kashchenko [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 1–23. doi: 10.17759/psycljn.2018070301 (In Russ., abstr. in Engl.)

Не воспитатель тот, кто возмущается, кто дуется, кто обижается на ребенка за то, что он есть то, что он есть, каким он родился или каким его воспитала жизнь.

Януш Корчак. «Как любить ребенка»

Написание истории психолого-педагогической науки предполагает обращение к научным биографиям ее творцов. Однако этого явно недостаточно, поскольку найдется немало событий, которые определили как перспективы будущих исследований, так и направления практического приложения последних. Именно таким событием явился отмеченный научной общественностью в 2013 г. 150-летний юбилей фундаментальной работы И.М. Сеченова «Рефлексы головного мозга». В том же 2013 г. поводом для обсуждения тех изменений, которые претерпел бихевиоризм, выступило 100-летие со дня публикации классической статьи Дж. Уотсона «Психология с точки зрения бихевиориста», по праву названной манифестом этого направления.

Трудно однозначно сказать, с какого события берет свое начало наука об обучении и воспитании детей с нарушениями развития, но открытие в 1908 г. Всеволодом Петровичем Кащенко (1870–1943) санатория-школы для дефективных детей, вне всякого сомнения, способствовало ее оформлению в самостоятельную область исследования. Известный отечественный дефектолог Х.С. Замский дал такую оценку этому событию: «Значительное место в истории отечественной олигофренопедагогики и *дефектологии в целом* занимает частное лечебно-воспитательное заведение "Школа-санаторий для дефективных детей", открытое в Москве в 1908 г. на Погодинской улице в доме 8, и деятельность ее организатора В.П. Кащенко» (курсив наш – М.С.) [10, с. 260].

Получению представления об этом уникальном в своем роде лечебно-педагогическом заведении способствует знакомство с иллюстрированным изданием 1911 г. «Санаторий-школа для дефективных детей в заведывании д-ра В.П. Кащенко» [20] (рис. 1), а также трудами В.П. Кащенко [6; 13–17]. Кроме того, восстановлению царившей в санатории атмосферы и пониманию личного вклада каждого воспитателя помогают воспоминания дочери Всеволода Петровича – Анны Всеволодовны Кащенко [2; 11]. Автору данной статьи посчастливилось в течение более четверти века иметь возможность общаться с Анной Всеволодовной, посвятившей свою жизнь сохранению научного архива Всеволода Петровича и возвращению его имени в науку.

Степанова М.А. Педагогика исключительного детства В.П. Кащенко: к 110-летию Санатория-школы для дефективных детей в заведывании доктора В.П. Кащенко
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 3. С. 1–23.

Stepanova M.A. Pedagogy of Exceptional Childhood by V.P. Kashchenko: to the 110th Anniversary of the Sanatorium-school for Retarded Abnormal Children by Dr. V.P. Kashchenko
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 3, pp. 1–23.

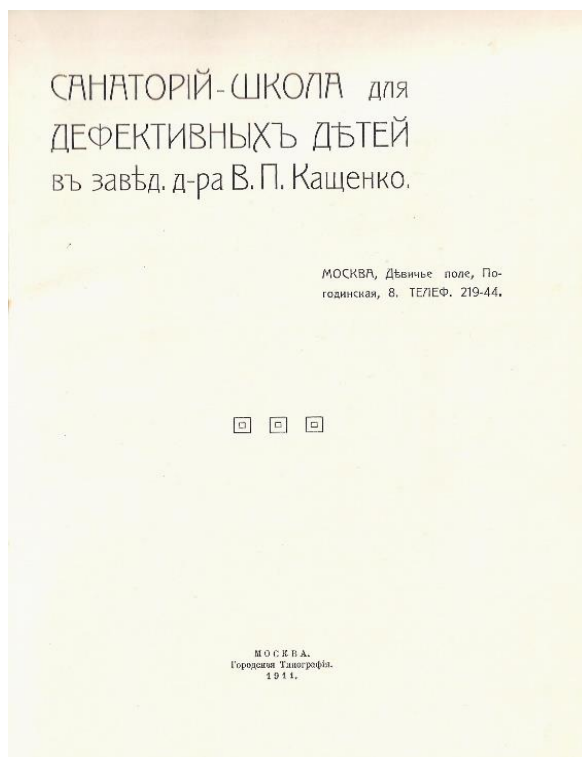


Рис. 1. Титул издания «Санаторий-школа для дефективных детей в заведывании д-ра В.П. Кащенко» (Москва: Городская типография, 1911 г.)

Предназначенное для информирования родителей детей, имеющих интеллектуальные, аффективные и поведенческие расстройства, издание 1911 г. давно стало библиографической редкостью и представляет в первую очередь исторический интерес. Тем не менее нельзя не признать, что педагогические рекомендации В.П. Кащенко могут оказаться полезными для нынешних педагогов, сталкивающихся с аналогичными трудностями в деле воспитания детей. Примером может выступить описанное В.П. Кащенко безудержное чтение – в наше время приходится говорить о других формах зависимого поведения в детском возрасте.

Об истории создания санатория и произошедших с ним впоследствии изменениях пойдет речь в данной публикации.

Дефективные дети

В названии санатория-школы мы сталкиваемся с термином *дефективный ребенок*, который был введен В.П. Кащенко¹. В статье, приуроченной к столетию со дня рождения В.П. Кащенко, то есть в 1970 г., Х.С. Замский писал: «В названии этого учреждения *впервые* в русской лексике появился термин «дефективный» для обозначения тех состояний детей, которые характеризуются недостатками физического и психического развития» (курсив наш – М.С.) [9, с. 78-79].

¹ Результаты изучения истории термина «дефективный ребенок» представлены в статье Степановой М.А. «В.П. Кащенко и Л.С. Выготский: к истории названия науки о дефективном ребенке» [21].

В 1912 г. под редакцией В.П. Кащенко вышел сборник «Дефективные дети и школа», в котором ему принадлежало две статьи. Одна из них – «Общество, школа и дефективные дети» – была призвана привлечь внимание к проблеме воспитания и обучения таких детей. В.П. Кащенко пишет о *лечебной педагогике дефективных детей* и о необходимости создания для них лечебно-учебных заведений. В этой небольшой статье он обосновывает необходимость объединения усилий врача и педагога, которые должны быть равноправными, но при этом делает существенное дополнение. «Если иметь в виду <...> насколько трудно подчас поставить диагноз дефективности, тем более разобраться в отдельных ее проявлениях; если иметь в виду, что этот диагноз всецело должен базироваться на явлениях расстройств физиологических и психических, если учитывать громадное значение гигиенического режима и для тела и для духа ребенка, то станет понятным в чью пользу нарушать это равноправие. <...> Во всем этом легче разобраться врачу, чем педагогу. <...> Ему и должна принадлежать руководящая роль» [6, с. 8]. В.П. Кащенко отмечает важность соблюдения принципа дифференциации при помещении детей в специальные учреждения.

В последующих работах В.П. Кащенко представлена более подробная характеристика дефективных детей. В 1914 г. вышла книга В.П. Кащенко и С.Н. Крюкова «Воспитание-обучение трудных детей», в которой дается такое определение *дефективных детей*: «обширная группа детей с различного рода отклонениями, *недостатками*» [16, с. 3]. Эти недостатки проявляются в области ума, чувства и воли, характера и морали, довольно часто встречаются смешанные типы. Различные типы дефективных детей в свою очередь имеют градации дефективности: от глубоких форм до проявлений на границе нормы. Последние получили название *трудных детей* – они и составляли большинство воспитанников санатория-школы, что и получило отражение в названии упомянутой книги.

В более поздние годы В.П. Кащенко писал об *исключительных детях и исключительном детстве*. Примером может служить совместная с Г.В. Мурашевым статья «Педология исключительного детства», вошедшая в первый том первого издания «Педагогической энциклопедии» [18]. В 1926 г. (второе издание 1929 г.) увидела свет книга В.П. Кащенко и Г.В. Мурашева «Исключительные дети», посвященная вопросам *лечебной педагогике*, имеющей своей задачей «воспитание социально-полноценной личности ребенка» [17]. Предметом изучения для авторов выступили дети с физическими недостатками, слабо одаренные и нервные, трудные дети. Исключительные дети «не могут учиться, не могут выполнять обычных обязанностей в семье, не могут владеть собой, не могут ладить с товарищами, не могут спокойно вести себя в школе и так далее» [17, с. 16]. При этом понятия «исключительность» и «дефективность» выступали синонимами: на страницах книги встречается такое обозначение: *исключительность (дефективность)* [см., например, 16, с. 8].

Начало профессионального пути

О том, что предшествовало созданию санатория-школы, мы знаем из воспоминаний А.В. Кащенко, опубликованных на страницах журнала

«Дефектология». Она писала: «...в 1908 г. открывается Санаторий-школа для дефективных детей в заведовании доктора В.П. Кащенко по адресу: Москва, Погодинская улица, дом 8. Позже отец скажет, что в 1908 г. у него родились близнецы – младшая дочь Анна и сын Санаторий» [11, с.12]. В личной беседе А.В. Кащенко припоминала, что отец в шутку любил говорить, что у него трое детей: две дочери – Валерия (старшая) и Анна (младшая) и сын-санаторий.

В.П. Кащенко, получив медицинское образование, стал работать земским врачом в Дмитровском уезде Московской губернии, однако после участия в революционных событиях 1905 г. он был лишен права находиться на государственной службе. Тогда он задумал создать лечебно-педагогическое учреждение для дефективных, нервных и трудных детей. Этому предшествовала серьезная подготовка: посещение кружка детской психопатологии и психологии под руководством Н.А. Бернштейна, лабораторий А.П. Нечаева и А.Ф. Лазурского в Петербурге. Тогда же В.П. Кащенко познакомился с А.С. Грибоедовым, а также обращался за советом к уже в то время известному невропатологу Г.И. Россолимо (созданный им Психологический профиль личности активно использовался В.П. Кащенко).

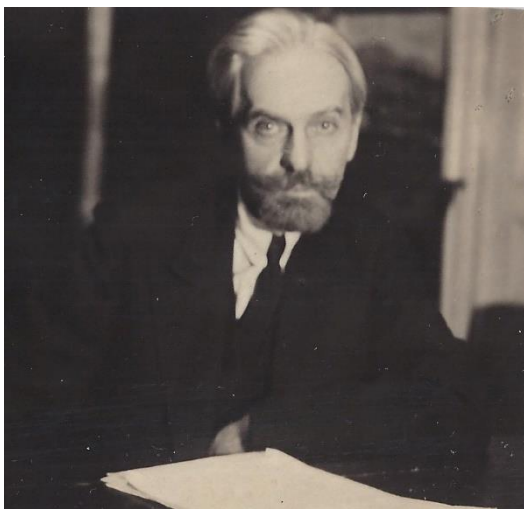


Рис. 2. Фотография В.П. Кащенко

В 1908 г. В.П. Кащенко отправился за границу с целью изучения накопленного опыта создания учреждений для детей с нарушениями развития и побывал в Германии, Швейцарии, Италии и Бельгии. По возвращении он открыл по образу и подобию зарубежных собственное заведение для дефективных детей.

Существует и семейная легенда создания санатория-школы. У старшего брата В.П. Кащенко – Петра Петровича Кащенко сын Юрий отличался неуравновешенным характером и склонностью к асоциальным поступкам. Однажды он устроил на чердаке больницы (семья П.П. Кащенко жила в здании больницы) пожар, после чего его отправили в «ссылку» к дяде Севе. Перевоспитание оказалось довольно успешным. А.В. Кащенко предполагает, что эти личные события в немалой степени способствовали оформлению идеи В.П. Кащенко о создании особых условий для воспитания трудных детей.

Санаторий создавался на личные средства: «Никаких капиталов у отца не было, на свои сбережения от работы в частной больнице он открыл очень скромный санаторий-школу. Для этого в 1908 году у М.Ф. Бландовой был арендован двухэтажный, вместительный особняк, расположенный в большом саду, с кленовой аллеей, кустами сирени и жасмина, яблоневыми и вишневыми деревьями. Рядом, за забором, находилась психиатрическая больница доктора Ф.А. Савей-Могилевича» [11, с.12].

В личном архиве А.В. Кащенко сохранилась ежедневная газета «Голос Москвы» от 11 апреля 1909 г. [5], в которой были размещены различные объявления, и в их числе – об открытии санатория доктора В.П. Кащенко «для отсталых, нервных и других трудных в воспитательном отношении детей».

Санаторий-школа для дефективных детей: факты

Обращение к изданию «Санаторий-школа для дефективных детей в заведывании д-ра В.П. Кащенко» [20], а также к другим прижизненным трудам В.П. Кащенко позволяет восстановить детали более чем вековой давности.

Воспитанники санатория-школы

«Санаторий для малоуспевающих, нервных и других трудных в воспитательном отношении детей <...> является лечебно-воспитательным учреждением для детей *обоого пола* в возрасте от 4 до 16 лет. Дети моложе или старше не лишены, конечно, возможности поступать в санаторий, но принимаются при особых условиях. Дети принимаются <...> исключительно *пансионерами*» [20, с. 7]. Из названия санатория следовало, что его воспитанники получали *комплексную медико-педагогическую помощь*. А.В. Кащенко припоминала, что в санатории находились только мальчики школьного возраста, к такому же выводу можно прийти, посмотрев на помещенные в издании фотографии.

«Принимаются в санаторий дети следующих типов:

1. Дети с недостаточным умственным развитием, малоуспевающие, отстающие.
2. Дети с ослабленной памятью, с рассеянным вниманием, со слабой волей, малой работоспособностью, ленивые.
3. Дети с неустойчивым или неправильным характером (упрямые, болтливые, боязливые, неуверенные в себе, лживые, грубые, небрежные, невыдержанные и т.п.); дети – с нарушенной координацией характера.
4. Дети малоподвижные, вялые, замкнутые, с малой инициативой и самостоятельностью (пассивные).
5. Дети с болезненной физической и психической подвижностью, легко возбуждающиеся, недисциплинированные (патологически активные).
6. С излишним или недостаточным физическим развитием.

7. Страдающие миксодемой (слизистым отеком), тучностью и т.п.

8. Дети истеричные.

9. Дети, которые, не представляя никакой особой психической дефективности, однако с трудом приравниваются к обыкновенным школам, учебным заведениям (праздные, избалованные) или же дети, родители которых не могут руководить их воспитанием» [20, с. 7-8].

В санаторий не принимались «физические уроды, идиоты, дети с резко выраженными симптомами слабоумия, страдающие эпилепсией (падучей) и подергиваниями» [20, с. 8]. Кроме того, В.П. Кащенко заботился о создании благоприятной атмосферы, исключая всякого рода негативные влияния, поэтому в обязательном порядке отслеживалось наличие у ребенка каких-либо «дурновлияющих недостатков» [20, с. 8], а в случае их наличия ребенок не принимался в санаторий. Прием в санаторий осуществлялся в течение всего года при наличии свободных мест. Учреждение было платным, размер оплаты зависел от сложности воспитания и ухода за ребенком и выраженности у него нарушений развития.

Общие сведения о санатории

Почтовый адрес санатория: Москва, Девичье поле, Погодинская, 8. «Санаторий помещается на окраине Москвы, в очень тихой, малонаселенной, здоровой местности, вблизи университетских клиник» [20, с. 8]. Он занимал двухэтажное здание, расположенное посреди большого сада, и таким образом здание разделяло сад на две отдельные части. «В доме имеется 37 комнат. Из них заняты под спальни 9, под классы 5, под столовые 3, под мастерские 3, под лазарет 1. Остальные комнаты замещены рекреационным залом, комнатами для врачебно-психологического исследования, посетительской, кабинетом заведующего, кухней, прачечной и 2 ванными комнатами. Все помещения высоки и светлы...» [20, с. 9-10].

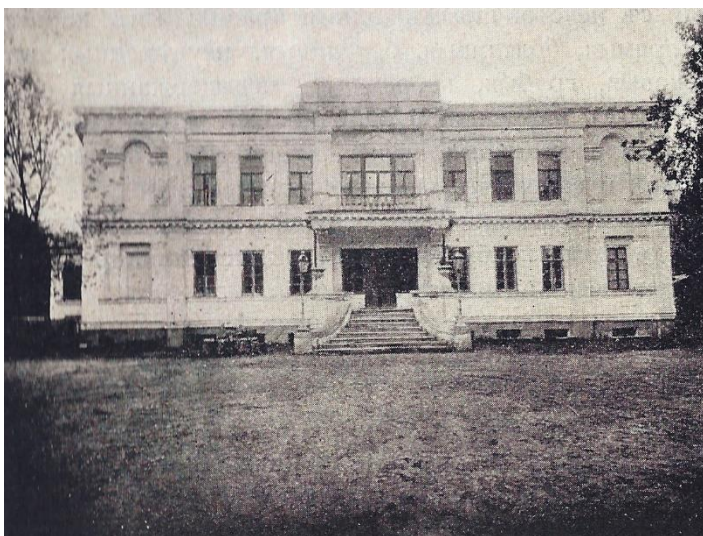


Рис. 3. Здание санатория-школы

Санаторий был рассчитан на 22 воспитанника, которые делились на три педагогические семьи, в каждой из которых – свой воспитатель. Эти семьи жили относительно самостоятельно, чтобы дети не объединялись в большие группы и постоянно находились под педагогическим наблюдением. Во время занятий семьи делились на более мелкие подгруппы с учетом «сходства их психических конституций – характера, умственного и нравственного развития и запаса школьных знаний» [20, с. 11].

Педагогический персонал состоял из заведующего, живущих при санатории одного воспитателя и двух воспитательниц, а также приходящих учителей (и учительниц); кроме того, приглашались воспитатели для проведения больших воскресных экскурсий.

Врачебный персонал включал заведующего санаторием доктора В.П. Кащенко, консультанта Г.И. Россолимо и постоянного зубного врача, другие специалисты приглашались в случае необходимости.

Санаторий как педагогическое учреждение

«Цель данного заведения состоит не только в том, чтобы устроить детям существование приятное и полезное, но прежде всего и главным образом оно стремится исправить всевозможные недостатки, к какой бы области последние не относились, вооружить детей достаточно умственно-нравственным развитием, знаниями, трудовыми привычками и тем самым в надлежащей мере подготовить их к правомерной и полезной жизни в семье и обществе. Для достижения только что указанных задач санаторий располагает многочисленными методами, которые соответствуют современной лечебной педагогике» [20, с. 12].

Проводились специальные мероприятия, направленные на улучшение физического и психического состояния детей. Что касается этих мероприятий, то они были направлены на то, «чтобы пробуждать, развивать и исправлять недостаточные или уклоняющиеся от нормы интеллектуальные способности и нравственные наклонности, развить в детях возможную самостоятельность в мышлении, воле, действии, развить в воспитанниках последовательность, настойчивость, умение владеть собой, ограничивать свои желания, развить чувство долга, честность, правдивость, уважение к чужой собственности, умение повиноваться, приучить к порядку, чистоте, дать знания и подготовить к поступлению в школу или дать возможность продолжать прерванный курс среднего учебного заведения» [20, с. 12-13]. Если ребенок не мог посещать обычную школу, то он получал сведения, важные в практической жизни, и проходил обучение занятиям, адекватным его возможностям.

Особая роль отводилась изобразительному искусству и ручному труду, которые развивали не только умственные способности и интересы ребенка, но и его внимание, волю, самостоятельность поведения, дисциплинированность. Этим

урокам ежедневно отводилось два часа в старших группах и около трех часов – в младших.

Организация подвижных игр и занятий спортом (коньки, лыжи, гребля) были направлены на физическое развитие детей.

Общему развитию детей способствовала и забота о животных: в санатории жили белки, кролики, морские свинки, рыбки, птицы, за которыми ухаживали дети, был даже декоративный муравейник.

В.П. Кащенко к числу условий, обеспечивающих решение поставленных задач, относил не только составленные с учетом психических и физических особенностей воспитанников учебные занятия и «разумные развлечения», но и особую семейную обстановку санатория – активно помогала Всеволоду Петровичу его жена Анна Владимировна – и наличие любящего свое дело дружного персонала. Вот как об этом писала А.В. Кащенко: «...воспитанники не чувствовали казенщины закрытого учреждения. <...> не знаю, как отцу удалось, но у него сразу подобралась очень способные, инициативные педагоги, с врожденным педагогическим тактом.

<...>

Наша семейная жизнь была подчинена интересам Санатория – "мальчикам". Мама работала наравне с отцом, помогая и поддерживая его во всех начинаниях. Если *отец* был *мозгом Санатория*, то *мама* была его *душой*. Всем хозяйством в семье заведовала бабушка Зинаида Лукинична. Я не помню у нас горничных или какой-либо прислуги до тех пор, пока бабушка была здорова. Также не было у нас нянек. Выростала я одна на свободе в нашем большом саду. Разве что немного приглядывал за мной преданный нам человек дворник Аким Иванович» (курсив наш – М.С.) [11, с. 12-13].

Организация жизни детей

Старшая и младшая группы мало отличались по режиму дня, но в старших группах больше времени отводилось умственным занятиям. Сон отличался большой продолжительностью (около 11 часов), что объяснялось ослабленной нервной конституцией воспитанников.

Дети вставали в 8 часов, умывались, убирали постель, чистили обувь и одевались. После молитвы следовал завтрак. Далее с 9 часов утра и до 13 часов дня проводились классные занятия: 4 урока с переменами. Каждую перемену воспитанники выходили на свежий воздух (в том числе и зимой) и играли на площадках. В 13.15 начинался обед, после которого некоторым детям предписывалось лежание на открытом воздухе, остальные проводили время в соответствии со своими интересами, но под постоянным наблюдением воспитателя. Полдник в 16 часов предварял последующие чередующиеся по дням

недели занятия: пение, популярные беседы по природоведению с опытами и демонстрациями, музыка.

С 17.30 и до 19.30 воспитанники ежедневно в специальных мастерских занимались ручным трудом, кроме того, несколько часов отводились на рисование и лепку. Ручной труд был очень разнообразным: «столярный, токарный, работы лобзиком, выжигание по дереву, выдавливание по металлу, фотография, корзиночный, картонажный и папочный, переплет, плетение из ниток, проволоки, веревок, обжигание изделий из глины, художественная отделка сделанных детьми вещей, рукоделие и т.п.» [20, с. 19]. Летом в обязательные занятия входили работы в саду и огороде.

С целью формирования у детей позитивного отношения к труду В.П. Кащенко разработал особую методику обучения, которое начиналось с пробуждения у учащихся интереса к результатам своего труда, к изготавливаемой вещи. Так, изготовление игрушек и вещей домашнего обихода предварялось демонстрацией детям хорошо выполненной вещи и ее практического назначения. За желанием иметь эту вещь следовало стремление ее изготовить. Что касается старших детей, то они прибегали к ручному труду во время учебных занятий: «Дети *сами* разбираются в принесенном материале, исследуют его, делают наблюдения и выводы. Но этого мало. На всех уроках (математики, истории, географии, русского языка, природоведения и т.д.) отдается много места самостоятельным *ручным работам* детей. Дети сами взвешивают, измеряют, зарисовывают, составляют таблицы, чертежи, коллекции, приборы, делают модели из глины и других материалов. В этих работах ученик невольно соприкасается с различными сторонами изучаемого... изучаемое становится его собственным *переживанием*, неотъемлемой частью его личности» [16, с. 25].

Х.С. Замский подчеркивал, что занятия ручным трудом рассматривались В.П. Кащенко не только как метод усвоения и закрепления знаний, но и как воспитательное средство [10].

В 8 часов вечера дети ужинали, далее следовала молитва и подготовка ко сну. Спальни были рассчитаны на 2-4 человека.

Общение с родителями носило ограниченный характер. Родители получали сведения о детях раз в месяц и три раза в год – об их успехах. Каждую неделю дети писали родителям письма. Родители имели возможность навестить детей в специально установленные часы. Допускалось, что у детей при себе были семейные фотографии, книги, альбомы, письменные принадлежности, фотоаппарат, игры и игрушки.

Будни и праздники воспитанников

Воспитанники санатория для организации обучения делились на классы (группы) – старшие и младшие.

В старших группах дети проходили курс средних учебных заведений, включавший Закон Божий, русский язык, арифметику, немецкий, французский языки, историю, географию, природоведение. Расписание составлялось таким образом, чтобы наиболее трудными из них учащиеся занимались в самые продуктивные часы дня. При этом между всеми предметами обеспечивалась тесная связь, что повышало интерес учащихся к усвоению знаний.

Одним из педагогических принципов санатория была индивидуализация обучения, а потому классы были малочисленными, состоящими из 3-6 учащихся с одинаковым уровнем развития знаний. В.П. Кащенко писал: «Различные качества знаний, различия в работоспособности, сообразительности, технических умениях, творческих задатках, способностях в определенных предметах и т.д. вызывают известные различия в наших требованиях, предлагаемых работах, характере вопросов, обращаемых к детям и т.д. При одинаковой классной работе один делает таблицу сложнее, подробнее, другой короче, проще» [16, с. 26].

В соответствии с принципом индивидуализации обучения обычная классно-урочная система была видоизменена таким образом, что дети объединялись в группы с учетом имеющихся знаний по каждому отдельному предмету, таким образом, один и тот же ученик мог заниматься арифметикой в одной группе, русским языком – в другой, а географию изучать в третьей. По мнению В.П. Кащенко, к учебной программе не следует относиться как к догме: «Первым практическим шагом санатория-школы был отказ от обязательной программы. Если с одной стороны мы встречаем в воспитанниках отсутствие интереса к занятиям, если наша задача отыскать в ребенке какую-нибудь склонность, какой-нибудь интерес, чтобы воспользоваться им для дальнейшей работы; если с другой стороны на первом плане стоит не количество, а качество знаний, то ни о какой программе не может быть речи» [16, с. 24]. Программу заменяли подробные учебные планы, которыми руководствовались педагоги санатория.

В младшую группу входили дети, которые в силу недостатка умственных способностей были не в состоянии освоить программу среднего учебного заведения – для них организовывались специальные развивающие занятия с опорой на пособия, разработанные педагогами. В младших группах проводились гимнастические занятия (под музыку), подвижные игры с упражнениями в развитии устной речи, элементарное объяснительное чтение, иллюстративное рисование, наглядное обучение арифметике, упражнения для развития письменной речи, упражнения по развитию внешних чувств, фребелевские занятия, упражнения по развитию пространственных и временных представлений. Также детям давались отдельные поручения, проводились беседы об окружающих предметах и картинах.

Дети регулярно совершали общеобразовательные экскурсии с целью расширения представлений о действительности или иллюстрации изучаемого – они посещали дворцы, музеи, выставки, Зоологический сад, мастерские, фабрики, заводы и т.д. По воскресным дням организовывались большие экскурсии пешком, на лыжах или на лодке. Во время таких экскурсий воспитанники посещали Кутузовскую избу

в Филях, парк и дворец в Останкино, водонапорную башню и городскую водокачку на Воробьевых горах и в Рублеве.

По воспоминаниям А.В. Кащенко, зимой дети с большим удовольствием катались на санках с горы у Новодевичьего монастыря.

Пребывание детей в санатории предполагало чередование занятий и отдыха, поэтому распространенного в обычной школе переутомления не наблюдалось, что привело к тому, что отпадала необходимость в традиционно понимаемых каникулах как времени, свободного от учебных занятий. Уроков не было лишь в большие праздники Пасхи и Рождества в течение 5 дней, летом занятия продолжались.

На летнее время воспитанники уезжали в Финляндию: они жили в усадьбе на берегу Финского залива. В этот период совершались большие пешие и пароходные экскурсии, а также на парусных и гребных лодках, поэтому обычные занятия были менее продолжительными. Дети много купались, обучались плавать, грести, ловить рыбу; занимались огородничеством и садоводством, собирали коллекции растений и животных. А.В. Кащенко в воспоминаниях писала: «Красивая природа, леса, небольшие скалы, близость моря, прекрасный климат делали жизнь детей очень привлекательной и содержательной: купание, катание на лодках гребных и парусных, пешие и велосипедные прогулки, печеная на костре картошка, дальние поездки на пароходе к водопаду Иматра, по Саймскому каналу и т.д. В Финляндии также устраивались разные праздники» [11, с. 13-14].

Наблюдения за воспитанниками велись постоянно: проводились регулярные медицинские осмотры, составлялись психолого-педагогические заключения, а результаты обсуждались на общих конференциях врачебно-педагогического и воспитательного персонала. В.П. Кащенко отстаивал принцип целостного изучения ребенка, в основе которого лежало систематическое наблюдение: «Изучение ребенка, по возможности всестороннее и полное (биологическое), лежит в основании воспитательной работы нашего санатория-школы» [16, с. 13]. Все эти данные «записываются, комбинируются, и таким образом дают материал для суждения о ребенке в его развитии, *эволюции*» [16, с. 14].

К числу мероприятий, выходящих за привычные рамки, относилось посещение театральных спектаклей и лекций для учащихся. Воспитанников водили в музеи и Третьяковскую галерею.

Особое место занимали ученические спектакли, музыкально-литературные вечера, детские праздники – в этих случаях декорации и костюмы дети изготавливали на уроках рисования и ручного труда. Яркие впечатления были связаны с елкой на Рождество, А.В. Кащенко вспоминала: «Под высокой разукрашенной елкой, под охраной Деда Мороза возвышалась гора ярких ситцевых кулечков с гостинцами, и каждый присутствовавший получал такой кулечек. На Рождество ставили спектакли, устраивали маскарад, танцы, пение. В веселье участвовали все дети и персонал, а также гости. Приглашенных было много –

родственники и знакомые. Отец был знаком с семьей Сац. На одной из очередных елок появились у нас его дочери Наташа и Нина Сац» [11, с. 13].

Воспитание самостоятельности

Особое внимание в школе уделялось созданию воспитывающей среды: «...своевременно принятые специальные меры во многих случаях способны воспитать из дефективных детей вполне дееспособных членов общества или по крайней мере сделать их более приспособленными к жизни» [16, с. 11].

Среди воспитанников санатория было немало трудных детей – педагогически запущенных, склонных к бродяжничеству и воровству, пироманов и т.п. В.П. Кащенко подчеркивал необходимость пробуждения в ребенке желания исправить недостатки поведения: «Одной воли слишком недостаточно для того, чтобы разнообразные, часто противоречивые элементы складывающегося человека в своих внешних проявлениях дали *нравственную личность* ...наши усилия направлены не только на укрепление *деятельной воли*, но часто в еще большей степени – на развитие *нравственных чувств и эмоций*» [16, с. 30].

В.П. Кащенко обращал внимание на потребность детей в порядке и соблюдении режима дня. Зачастую воспитанники выражали недовольство, если экстренные обстоятельства меняли привычный распорядок. Он писал: «Мы имели много случаев убедиться в том, что неуравновешенные дети, нервные, неврастеники получают именно от неизменного порядка существенную помощь своей непостоянной воле. <...> праздники, каникулы, даже наши короткие 4-5-дневные, с отсутствием регулярного труда и сравнительно большим количеством впечатлений... выбивают наших воспитанников из колеи» [16, с. 34]. Таким образом, соблюдение режима рассматривалось В.П. Кащенко как воспитывающий (психотерапевтический) фактор.

Вместе с тем педагогические требования разъяснялись, они были обращены к сознанию ребенка: «Мы не требуем от наших воспитанников одного слепого повиновения, мы обращаемся к рассудку, их чувству справедливости. Мы не лишаем их права критически относиться к порядкам школы, к нашим требованиям; мы охотно разъясняем им значение тех или других правил школы. На их проступки, как бы они ни казались значительны, мы смотрим как на ошибки, заблуждения; видим в них неизбежные промахи, часто результат болезненного состояния. Поэтому наше отношение к детям и после их проступка остается тем же мягким, внимательным, полным уважения к их человеческому достоинству» [16, с. 32]. Послушание для В.П. Кащенко было не самоцелью, а средством выработки устойчивого характера и формирования самостоятельной нравственной личности.

Отношение к детям со стороны педагогов и всех окружающих взрослых внимательное, чуждое сухости и формализму, но самое главное – ровное, выдержанное. В.П. Кащенко с большим удовлетворением отмечал, что воспитанники, отличавшиеся дома грубостью по отношению к родителям, в школе этого себе уже не позволяли.

Неукоснительным требованием в воспитании выступала *согласованность* действий педагогов, что проявлялось в первую очередь в единстве педагогических требований: «Что запрещено однажды, то запрещают одинаково все; дозволенное также не оспаривается отдельными членами учебно-воспитательного персонала» [16, с. 35]. В безусловности правил и их категоричности, по мнению В.П. Кащенко, заложена дисциплинирующая сила, что особенно важно для нервных, слабовольных, неустойчивых и капризных детей, которых отличала быстрая сменяемость желаний и настроения.

В санатории большое внимание уделялось укреплению воли – как положительной, так и отрицательной, активной и сдерживающей. Положительной воле способствовал труд, который не рассматривался как скучная обязанность: педагоги старались заинтересовать ребенка разнообразными занятиями, на уроках ручного труда поощрялась инициатива. «Мы хотим *заинтересовать* ребенка *разнообразными* занятиями, приохотить его к труду и знанию, привлечь к работе всю личность ребенка, все силы его маленькой души. <...> Ребенок чувствует себя творцом, победителем грубой материи, в которую он воплотил свою мысль, в нем вырастает живая, самостоятельная *творческая личность*» [16, с. 38-39].

Воспитание *жизненной самостоятельности* как «известной суммы необходимых жизненных умений, дающих возможность обходиться без помощи других» [16, с. 39] – одна из главных задач, которая решается за счет организации жизни ребенка, у которого нет нянек и горничных.

Изучение исключительных (дефективных) детей в школе-санатории

В.П. Кащенко параллельно с воспитательно-педагогической вел научно-экспериментальную работу, обращаясь за консультацией к Г.И. Россоломо.

Х.С. Замский приводит воспоминания известного олигофренопедагога А.Н. Граборова, побывавшего в 1912 г. в школе-санатории В.П. Кащенко: «Что меня поразило в мой первый приезд в школу-санаторий В.П. Кащенко – это глубоко продуманная система работы: это тот исследовательский дух, которым была проникнута вся деятельность школы-санатория, поразительное умение Всеволода Петровича заставлять своих сотрудников думать, искать, исследовать, тщательно собирать опыт» [цит. по: 10, с. 263].

Впоследствии Д.И. Азбукин также отметил, что работа санатория-школы носила экспериментальный характер [1].

Санаторий-школа, как отмечал Д.И. Азбукин, настолько завоевала авторитет, что «была зарегистрирована во всемирном календаре специально-педагогических учреждений» [1, с. 105].

Специального внимания заслуживает созданный в 1918 г. при санатории-школе научно-исследовательский музей детской дефективности, позднее получивший название музея педологии и педагогики исключительного детства. Как

писал впоследствии Х.С. Замский, это было «единственное в этом роде учреждение, задачей которого была популяризация проблем дефектологии, методов работы с ненормальными детьми, демонстрация учебных и наглядных пособий, показ продукции детского труда» (курсив наш – М.С.) [8, с. 105]. По утверждению Д.И. Азбукина, аналогичный музей был создан в Ганновере в 1923 г., но «дело не в датах, не в том, что одно учреждение создается раньше, а другое позднее, хотя и это имеет значение, дело в характере самого музея» (курсив наш – М.С.) [1, с. 105].

В изданном в 1926 г. путеводителе по музеям Москвы [19] приведены сведения в том числе и о музее педологии и педагогики исключительного детства. Термины *дефективность* и *исключительность* использовались В.П. Кащенко как синонимы (см. выше), однако при этом он подчеркивал, что термин *детская дефективность* уже термина *исключительность*, поскольку под *дефективностью* понимались отклонения в сторону недостаточности, а под *исключительностью* – и в сторону недостатка, и в сторону избытка. «Различие между исключительностью (дефективностью) и нормой понимается как различие только в количестве, в степени, но не в качестве» [17, с. 8]. Как следует из путеводителя, музей, занимавший 20 комнат, включал «три основных отдела: изучения ребенка, лечебной (коррективной) педагогики и детского труда и творчества» [19, с. 71].

Задача отдела изучения ребенка, по замыслу В.П. Кащенко, – ознакомить с методологией педологического исследования и с типологией исключительного детства. Каждая комната была посвящена какому-нибудь одному из типов детской исключительности: представлены «дети способные, иногда высоко одаренные, но имеющие тот или иной дефект характера либо темперамента, ... имеются комнаты, посвященные слабоодаренным детям» [19, с. 71].

Отдел коррективной педагогики отражал накопленный опыт работы школы-санатория: результаты медицинского и психологического обследования детей, коррекционной работы; коллекцию специальных пособий, разработанную персоналом станции; специальная комната была посвящена пособиям «заграничных авторов» (Сеген, Бурневиль, Лай, Декедр, Декроли, Монтессори и др.).

Отдел детского труда и творчества знакомил с методами изучения рисунка, с видами творчества (вырезание по дереву, выжигание, плетение и т.п.), с театральным творчеством (макеты, декорации, костюмы) и т.п. Кроме того, при музее был создан отдел портретов специалистов в области аномального детства (отечественных и зарубежных). Этот отдел посещали иностранные гости, в частности, английская делегация учителей.

Судьба музея трагична: по свидетельству А.В. Кащенко, он был уничтожен: «весь музей из 20 комнат в буквальном смысле пустили под топор» [12, с. 6]. В 1918 г.² на базе школы-санатория был создан Дом изучения ребенка, который в 1921 г. преобразовался в Медико-педагогическую клинику, а с 1923–1924 гг. – в Медико-

² Данные приводятся по книге: Замский Х.С. Умственно отсталые дети: История их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века. М.: НПО «Образование», 1995 [10].

педагогическую опытную станцию, руководимую В.П. Кащенко [10]. В дальнейшем на ее основе был создан Экспериментальный дефектологический институт, реорганизованный в 1934 г. в Научно-практический институт специальных школ и детских домов, а в 1943 г. – в Научно-исследовательский институт дефектологии АПН РСФСР (ныне Институт коррекционной педагогики РАО).

Санаторий-школа в жизни В.П. Кащенко

В.П. Кащенко был освобожден от занимаемой им должности директора Медико-педагогической станции в 1926 г. А.В. Кащенко вспоминала, что в 1926 г. изменилась государственная политика в отношении старых кадров. Сначала уволили Анну Владимировну «за семейственность», а потом и Всеволода Петровича. Она писала: «... особенно травили отца, объявляли его владельцем частных домов, хотя Всеволод Петрович был только их арендатором. <...> Отец все это очень тяжело переживал, потому что был не только директором, но и создателем данного учреждения. Это было его детище, выпестованное его любовью и энергией.

Вот так трагически и печально в 1926 г. закончилась для отца деятельность в Медико-педагогической станции, преобразованной из санатория-школы» [12, с. 6].

А.В. Кащенко приводит также интересные биографические факты, касающиеся того, как сложилась жизнь воспитанников, которых разбросала революция и гражданская война. Некоторые из них долгое время поддерживали теплые отношения с Всеволодом Петровичем и Анной Владимировной Кащенко.

Теоретические начала лечебной педагогики

В.П. Кащенко не создал законченной системы работы с трудными детьми. Не успел. Сделанное им он сам называл *основами коррективной (лечебной) педагогики* [14, с. 202], под которой понимал «теоретические начала той практической работы, которая лежит на плечах педагога, имеющего дело с дефективным ребенком, с исключительным ребенком, с ребенком педагогически запущенным, с ребенком трудновоспитуемым, социально заброшенным, выбитым из социальной колеи, получившим более или менее тяжкий "социальный вывих"» [14, с. 202]. Обобщая «19-летний опыт одного из специальных лечебно-педагогических учреждений РСФСР – Медико-педагогической станции Наркомпроса в Москве» [17³, с. 7], он писал: «... *социальная профилактика* (предупреждение) исключительности должна быть признана самым могучим орудием в нашей борьбе с ней. <...> *Социальный характер педагогического лечения детской исключительности (дефективности)* – это тот наиболее характерный признак современной лечебной педагогики, на котором она строит свое здание» [17, с. 6]. Специфика учреждения, по утверждению В.П. Кащенко, состоит в приемах работы: «... как обучение слепых, обучение глухонемых требует известных специальных приемов, так же и воспитание-обучение детей с дефектами умственного развития и с дефектами характера

³ Это второе издание книги, первое датируется 1926 г.

требуют известных своеобразных подходов к ребенку. В этом отличие клиники в смысле *метода*, точнее, *приемов* ее работы от школы обычного типа.

Что касается задач педагогической работы клиники, то здесь основа оказывается *тождественной* с нормальной школой. Эта основная задача – воспитание социально-полноценной личности ребенка. Но у клиники есть еще привесок к этой задаче. Этот привесок – *коррекция недостатков этой личности*. Вообще можно сказать, что лечебная педагогика представляет собою всю систему социальной педагогики *плюс* некоторый специфический привесок» [17, с. 7].

В.П. Кащенко готовил к печати книгу «Педагогическая коррекция», которая, однако, увидела свет лишь в 1992 г.⁴, что ознаменовало возвращение его имени в педагогическую науку и практику обучения-воспитания трудных детей: «... эпитетом *трудные* мы подчеркиваем характерную особенность в их жизненных проявлениях ..., связанную с устойчивыми отклонениями от нормы тех или иных сторон формирующейся личности, обусловленными физическими или умственными недостатками, дефектами и проявляющимися в осложненной форме поведения. <...> Если своевременно не обратить на них внимание и не принять необходимые меры, то нежелательные явления неизбежно станут необратимыми, усугубляя со временем отрицательные черты личности» [14, с. 24].

Дети, имеющие названные недостатки, обучаются в массовых учреждениях, а потому соответствующие сведения необходимы всем без исключения педагогам, а также родителям, иначе говоря, всем, «кто сколько-нибудь соприкасается с ребенком» [14, с. 23].

В.П. Кащенко перечисляет принципы лечебной педагогики:

- социальная необходимость и социальный характер творчества педагога вообще и педагога-дефектолога в особенности;
- меры борьбы с личностной недостаточностью есть действительно верные, надежно действующие средства;
- овладение средой, управление конкретной социальной ситуацией – задача педагога, возможности воспитания колоссальны: оно «может социально погубить ребенка, и оно может сделать его социально полноценной личностью» [14, с. 206];
- сочетание педагогической работы с исключительным ребенком с постоянной и непрерывной работой по его изучению, необходимо «*знать ребенка* – знать больше и лучше, чем знаем устройства машин, с которыми работаем, ... *знать методы, приемы его воспитания*, как мы знаем способы управления машиной [14, с. 23];
- сотрудничество педагога и врача.

⁴ Книга выдержала несколько изданий. Последнее 6-е издание вышло в 2010 г. [15].

В.П. Кащенко предвидел, что проблема трудных (исключительных, дефективных) детей «вряд ли будет снята с повестки дня даже в отдаленном будущем. Это ничуть не колеблет нашего оптимизма в преодолении ее, уверенности в успехе лечебных и педагогических мероприятий, направленных на исправление или ослабление недостатков психического и физического развития детей. Не вызывает сомнения и перспектива прогресса научного познания и медико-педагогической практики в данной области» [14, с. 25].

Завершают книгу слова: «Создаются учебные заведения и факультеты для подготовки педагогов-специалистов, ... открываются медико-педагогические учреждения, проводится научно-просветительская работа среди населения, издается соответствующая литература. Во все это автор в меру своих сил внес свою лепту и счастлив сознанием того, что его вклад принес известную пользу, что брошенные им семена дали всходы и жизнь, всецело отданная высшим побуждениям, прожита не напрасно.

Когда я пишу эти строки, то вижу глаза не только сегодняшних читателей, но и тех, кто раскроет мой труд завтра, ... многое на страницах выцветет, потребует уточнений, а то и совершенной замены. <...> И тем не менее я не сомневаюсь, что вдумчивый читатель и в будущем извлечет из написанного мною поучительный смысл» (курсив наш – М.С.) [14, с. 200–201].

Нам еще предстоит по достоинству оценить сделанное В.П. Кащенко. К сожалению, в течение многих лет его имя практически не упоминалось в психолого-педагогической науке: оно было не вычеркнуто, а просто «забыто». В этой связи интересно отметить, что Л.С. Выготский в своих трудах по дефектологии не пишет о В.П. Кащенко. В первом издании «Педагогической энциклопедии» опубликована статья Л.С. Выготского «Педологические основы работы с умственно-отсталыми и физически-дефективными детьми», в которой он единожды ссылается на В.П. Кащенко, называя его работу 1919 г. «Нервность и дефективность в дошкольном и школьном возрастах» [3]. В других работах Л.С. Выготского ссылок на В.П. Кащенко обнаружить не удалось.

В 1936 г. в 32-м томе Большой советской энциклопедии опубликована статья о В.П. Кащенко, в которой говорится об открытии им санатория-школы для дефективных детей [13, с. 58].

В 1941 г. увидела свет составленная Ф.М. Новиком «Хрестоматия по истории олигофренопедагогики», в которую в том числе вошли отрывки их трудов В.П. Кащенко: в краткой аннотации дается общая характеристика школы-санатории В.П. Кащенко, принадлежащей «к числу первых русских дореволюционных дефектологических учреждений» [22, с. 258]. При этом о научном вкладе В.П. Кащенко ничего не сказано.

Впервые содержательная оценка вклада В.П. Кащенко была дана Д.И. Азбукиным в 1947 г. В статье «Общественно-педагогическая деятельность В.П. Кащенко» он назвал его «одним из пионеров в области дефектологии» [1, с. 109].

В 1959 г. Х.С. Замский отнес В.П. Кащенко «к числу первых деятелей отечественной дефектологии, наиболее активных борцов за всеобщее обучение и воспитание детей с нарушениями высшей нервной деятельности, психическими и физическими недостатками» [8, с. 95]. Однако нужно отметить, что такие общие формулировки содержали лишь указание на участие В.П. Кащенко в создании дефектологии, но не позволяли увидеть его особую роль по сравнению с другими выдающимися дефектологами конца XIX – первой половины XX веков в деле становления новой области психолого-педагогической науки.

Первая научная биография В.П. Кащенко написана Х.С. Замским к 100-летию юбилею [9], спустя два десятилетия вышла «Педагогическая коррекция» В.П. Кащенко с вводной статьей Л.В. Голованова «Достойный пример жизни и творчества» [4]. Статья о В.П. Кащенко вошла в третье издание «Педагогической энциклопедии» [7].

Как научное завещание звучат слова В.П. Кащенко: «... чтобы уметь, надо много знать. Особенно большое значение это положение имеет в области коррективной педагогики. Практическая работа педагога-дефектолога все время, на каждом шагу своем должна переплетаться с работой теоретической, исследовательской, педологической» [14, с. 206].

Литература

1. Азбукин Д.И. Общественно-педагогическая деятельность В.П. Кащенко // Ученые записки МГПИ имени В.И. Ленина. 1947. Т. 49. Вып. 3. С. 101–109.
2. Владимирова Е. Анна Кащенко. Секрет ее молодости // Русский мир. 2011. Октябрь. С. 86–91.
3. Выготский Л.С. Педологические основы работы с умственно-отсталыми и физически-дефективными детьми // Педагогическая энциклопедия / Под ред. А.Г. Калашникова. Т. 2. М.: Работник Просвещения, 1928. С. 392–397.
4. Голованов Л.В. Достойный пример жизни и творчества // Кащенко В.П. Педагогическая коррекция: Исправление недостатков характера у детей и подростков. М.: Просвещение, 1992. С. 5–21.
5. Голось Москвы. Ежедневная газета. 1909. № 82 (11 апреля).
6. Дефективные дети и школа / Под ред. В.П. Кащенко. М.: Книгоиздательство К.И. Тихомирова, 1912. 279 с.
7. Зайцева Г.Л. Кащенко Всеволод Петрович // Российская педагогическая энциклопедия. В 2-х т. Т. 1 («А – М»). М.: БРЭ, 1993. С. 424.

Степанова М.А. Педагогика исключительного детства В.П. Кащенко: к 110-летию Санатория-школы для дефективных детей в заведывании доктора В.П. Кащенко
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 3. С. 1–23.

Stepanova M.A. Pedagogy of Exceptional Childhood by V.P. Kashchenko: to the 110th Anniversary of the Sanatorium-school for Retarded Abnormal Children by Dr. V.P. Kashchenko
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 3, pp. 1–23.

8. *Замский Х.С.* Врачебно-педагогическая деятельность профессора Всеволода Петровича Кащенко и ее роль в развитии вспомогательной школы СССР // Ученые записки МГПИ имени В.И. Ленина. 1959. Т. 131. Вып. 7. С. 95–108.

9. *Замский Х.С.* Всеволод Петрович Кащенко (К 100-летию со дня рождения) // Дефектология. 1970. № 5. С. 78–81.

10. *Замский Х.С.* Умственно отсталые дети: История их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века. М.: НПО «Образование». 1995. 400 с.

11. *Кащенко А.В.* И все это было... // Дефектология. 2006. № 4. С. 8–17.

12. *Кащенко А.В.* И все это было... // Дефектология. 2006. № 5. С. 3–14.

13. Кащенко Всеволод Петрович // БСЭ. 1-е изд. 1936. Т. 32. С. 58.

14. *Кащенко В.П.* Педагогическая коррекция. Исправление недостатков характера у детей и подростков. М.: Просвещение, 1992. 223 с.

15. *Кащенко В.П.* Педагогическая коррекция: Исправление недостатков характера у детей и подростков. 6-е изд. М.: Академия, 2010. 304 с.

16. *Кащенко В.П., Крюков С.Н.* Воспитание и обучение трудных детей. М.: б/изд., 1914. 55 с.

17. *Кащенко В.П., Мурашев Г.В.* Исключительные дети. Их изучение и воспитание. С предисловием Н.А. Семашко. М.: Работник просвещения, 1929. 125 с.

18. *Кащенко В.П., Мурашев Г.В.* Педология исключительного детства // Педагогическая энциклопедия / Под ред. А.Г. Калашникова. Т. 1. М.: Работник Просвещения, 1927. С. 192–214.

19. Музей педологии и педагогики исключительного детства // Научно-прикладные и естественно-исторические музеи Москвы. Путеводитель / под ред. В.В. Згура. М.: Изд-во Моск. Комм. Хоз-ва, 1926. С. 71–73.

20. Санаторий-школа для дефективных детей в заведывании доктора В.П. Кащенко. М.: Городская типография, 1911. 30 с.

21. *Степанова М.А.* В.П. Кащенко и Л.С. Выготский: к истории названия науки о дефективном ребенке // Вопросы психологии. 2017. № 3. С. 119–136.

22. Хрестоматия по истории олигофренопедагогики / Сост. Ф.М. Новик. М.: Госуд. уч-педаг. изд-во Наркомпроса РСФСР, 1941. 280 с.

Pedagogy of Exceptional Childhood by V.P. Kashchenko: to the 110th Anniversary of the Sanatorium-school for Retarded Abnormal Children by Dr. V.P. Kashchenko

Stepanova M.A.,

PhD in Psychology, Associate Professor, Lomonosov Moscow State University (MSU), Moscow, Russia, marina.stepanova@list.ru

The article is dedicated to the 110th anniversary of one of the first Russian medical and educational institutions for children with developmental disorders - Sanatorium-school for retarded abnormal children, opened in Moscow by V.P. Kashchenko in 1908. Published during the life of V.P. Kashchenko methodical, scientific and practical work, as well as memories of his daughter A.V. Kashchenko allow us to trace the history of the Sanatorium for two decades before the removal V.P. Kashchenko from the institution in 1926. A detailed description of Sanatorium children, the management of their life, instruction and upbringing is given in the book. Special attention is paid to the research work of V.P. Kashchenko, and in particular, to the creation of a unique Museum of Pedology and Pedagogy of exceptional childhood. On the basis of generalization of the experience of medical and pedagogical activity V.P. Kashchenko formulated the principles of correctional pedagogics called bases of practical work with the defective (exclusive) child. In conclusion, an attempt is made to identify the contribution of V.P. Kashchenko to the development of psychological and pedagogical science and practice of instruction and upbringing of children with developmental disorders.

Keywords: therapeutic (correctional) pedagogy, defectology, Sanatorium-school for retarded abnormal children by Dr. V.P. Kashchenko, defective child, exceptional children, problem child, medical and educational institutions for children with developmental disorders, V.P. Kashchenko.

References

1. Azbukin D.I. Obshchestvenno-pedagogicheskaya deyatelnost' V.P. Kashchenko [Socio-pedagogical activity by V.P. Kashchenko]. *Uchenye zapiski MGPI imeni V.I. Lenina*

Степанова М.А. Педагогика исключительного детства В.П. Кащенко: к 110-летию Санатория-школы для дефективных детей в заведывании доктора В.П. Кащенко
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 3. С. 1–23.

Stepanova M.A. Pedagogy of Exceptional Childhood by V.P. Kashchenko: to the 110th Anniversary of the Sanatorium-school for Retarded Abnormal Children by Dr. V.P. Kashchenko
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 3, pp. 1–23.

[*Scientific Notes of Lenin Moscow State Pedagogical University*], 1947, vol. 49, no. 3, pp. 101–109.

2. Vladimirova E. Anna Kashchenko. Sekret ee molodosti [The secret of her youth]. *Russkii mir [Russian World]*, 2011, October, pp. 86–91.

3. Vygotskii L.S. Pedologicheskie osnovy raboty s umstvenno-otstalymi i fizicheski-defektivnymi det'mi [Pedagogical Grounds of working with mentally retarded and physically defective children]. In A.G. Kalashnikov (ed.) *Pedagogicheskaya entsiklopediya [Pedagogical encyclopedia]*. Vol. 2. Moscow: Rabotnik Prosveshcheniya, 1928, pp. 392–397.

4. Golovanov L.V. Dostoinyi primer zhizni i tvorchestva [A worthy example of life and creativity] In V.P. Kashchenko *Pedagogicheskaya korrektsiya: Ispravlenie nedostatkov kharaktera u detei i podrostkov [Educational correction: rectification of character defects in children and adolescents]*. Moscow: Prosveshchenie, 1992, pp. 5–21.

5. *Golos Moskvy. Ezhednevnyaya gazeta [The voice of Moscow. Weekly newspaper]*, 1909, no. 82, April, 11.

6. Kashchenko V.P. Defektivnye deti i shkola [Abnormal children and the school]. Moscow: Knigoizdatel'stvo K.I. Tikhomirova, 1912, 279 p.

7. Zaitseva G.L. Kashchenko Vsevolod Petrovich [Kashchenko Vsevolod Petrovich]. In *Rossiiskaya pedagogicheskaya entsiklopediya [Russian Pedagogical encyclopedia]*. Vol. 1. Moscow: BRE, 1993, pp. 424.

8. Zamskii Kh.S. Vrachebno-pedagogicheskaya deyatel'nost' professora Vsevoloda Petrovicha Kashchenko i ee rol' v razvitii vspomogatel'noi shkoly SSSR [Medical-pedagogical activity of Professor Vsevolod Petrovich Kashchenko and its role in the development of the special school of the USSR]. *Uchenye zapiski MGPI imeni V.I. Lenina [Scientific Notes of Lenin Moscow State Pedagogical University]*, 1959, vol. 131, no. 7, pp. 95–108.

9. Zamskii Kh.S. Vsevolod Petrovich Kashchenko (K 100-letiyu so dnya rozhdeniya) [Vsevolod Petrovich Kashchenko (To the 100 anniversary from the birthday)]. *Defektologiya [Defectology]*, 1970, no. 5, pp. 78–81. (In Russ., abstr. In Engl.).

10. Zamskii Kh.S. Umstvenno otstalye deti: Istoriya ikh izucheniya, vospitaniya i obucheniya s drevnikh vremen do serediny XX veka [Mentally retarded children: the history of their study, upbringing and instruction from ancient times to the middle of the XX century]. Moscow: NPO «Obrazovanie», 1995, 400 p.

11. Kashchenko A.V. I vse eto bylo... [And it was...]. *Defektologiya [Defectology]*, 2006, no. 4, pp. 8–17. (In Russ., abstr. In Engl.).

12. Kashchenko A.V. I vse eto bylo... [And it was...]. *Defektologiya [Defectology]*, 2006, no. 5, pp. 3–14. (In Russ., abstr. In Engl.).

Степанова М.А. Педагогика исключительного детства В.П. Кащенко: к 110-летию Санатория-школы для дефективных детей в заведывании доктора В.П. Кащенко
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 3. С. 1–23.

Stepanova M.A. Pedagogy of Exceptional Childhood by V.P. Kashchenko: to the 110th Anniversary of the Sanatorium-school for Retarded Abnormal Children by Dr. V.P. Kashchenko
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 3, pp. 1–23.

13. Kashchenko Vsevolod Petrovich [Kashchenko Vsevolod Petrovich]. BSE [Great Soviet encyclopedia]. 1st ed. 1936, vol. 32, p. 58.

14. Kashchenko V.P. Pedagogicheskaya korrektsiya. Ispravlenie nedostatkov kharaktera u detei i podrostkov [Educational correction: rectification of character defects in children and adolescents]. Moscow: Prosveshchenie, 1992, 223 p.

15. Kashchenko V.P. Pedagogicheskaya korrektsiya: Ispravlenie nedostatkov kharaktera u detei i podrostkov [Educational correction: rectification of character defects in children and adolescents]. 6th ed. Moscow: Akademiya, 2010, 304 p.

16. Kashchenko V.P., Kryukov S.N. Vospitanie i obuchenie trudnykh detei [Upbringing and instruction of abnormal children]. Moscow, 1914, 55 p.

17. Kashchenko V.P., Murashev G.V. Isklyuchitel'nye deti. Ikh izuchenie i vospitanie [Exceptional children. Reseaching and Instruction]. Moscow: Rabotnik prosveshcheniya, 1929, 125 p.

18. Kashchenko V.P., Murashev G.V. Pedologiya isklyuchitel'nogo detstva [Pedology of exceptional childhood]. In A.G. Kalashnikov (ed.) *Pedagogicheskaya entsiklopediya* [Pedagogical encyclopedia]. Vol. 1. Moscow: Rabotnik Prosveshcheniya, 1927, pp. 192–214.

19. Muzei pedologii i pedagogiki isklyuchitel'no detstva [Museum of Pedology and Pedagogy of exceptional childhood]. In *Nauchno-prikladnye i estestvenno-istoricheskie muzei Moskvy. Putevoditel'* [Applied science and natural history museums of Moscow. Guide]. Moscow: publ. of Mosk. Komm. Khoz-va, 1926, pp. 71–73.

20. Sanatorii-shkola dlya defektivnykh detei v zavedyvanii doktora V.P. Kashchenko [The sanatorinm-school for retarded abnormal children by Dr. V.P. Kashchenko]. Moscow: Gorodskaya tipografiya, 1911, 30 p.21.

21. Stepanova M.A. V.P. Kashchenko i L.S. Vygotskii: k istorii nazvaniya nauki o defektivnom rebenke [V.P. Kashchenko and L.S. Vygotsky: A history of the name for the science of the defective child]. *Voprosy psikhologii* [Issues in Psychology], 2017, no. 3, pp. 119–136. (In Russ., abstr. In Engl.).

22. Novik F.M. (comp). Khrestomatiya po istorii oligofrenopedagogiki [Reader on the history of oligophrenopedagogy]. Moscow: Gosud. uch-pedag. izd-vo Narkomprosa RSFSR, 1941, 280 p.

Готовность преподавателей университета к работе со студентами с ограниченными возможностями здоровья

Асмаковец Е.С.,

кандидат психологических наук, доцент, заведующая кафедрой социальной работы, педагогики и психологии, ФГБОУ ВО «Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского», Омск, Россия, asmakovec_alena@mail.ru

Кожей С.,

доктор педагогических наук, профессор, декан факультета педагогики и искусства, Университет Яна Кохановского в Кельце, Кельце, Польша, s.koziej@ujk.edu.pl

В статье представлены результаты исследования готовности преподавателей университета к работе со студентами с ограниченными возможностями здоровья. Готовность преподавателя вуза к работе в системе инклюзивного образования рассматривается авторами как сложное интегративное профессионально-личностное образование, состоящее из трех взаимосвязанных компонентов – когнитивного, аффективного и поведенческого, которое является одним из условий успешности обучения студентов с ограниченными возможностями здоровья в вузе. Иными словами, эффективной профессиональной деятельности преподавателя вуза способствуют знания о личности студентов с ограниченными возможностями здоровья и об особенностях их здоровья, положительное к ним отношение, принятие и опыт взаимодействия с ними. В рамках исследования было проведено анкетирование 119 преподавателей вузов России, Белоруссии и Польши. Полученные результаты позволили определить степень готовности преподавателей вузов к работе со студентами с ограниченными возможностями здоровья и продемонстрировали необходимость коррекции или развития каждого из трех компонентов этой готовности.

Ключевые слова: ограниченные возможности здоровья; преподаватели вуза, готовность к работе со студентами с ограниченными возможностями здоровья.

Для цитаты:

Асмаковец Е.С., Кожей С. Готовность преподавателей университета к работе со студентами с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] //

Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 24–44. doi: 10.17759/psyclin.2018070302

For citation:

Asmakovets E.S., Koziej S. The Readiness of University Professors for Work with Students with Disabilities [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 24–44. doi: 10.17759/psycljn.2018070302 (In Russ., abstr. in Engl.)

В настоящее время отмечается увеличение количества лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2015 году в мире проживало более 1 миллиарда людей с ОВЗ, что составляло 15 % от всего населения [2]. Люди с ограниченными возможностями здоровья должны быть полностью интегрированы в общество на всех уровнях; они абсолютно равноправные члены общества, имеющие особые нужды, которые общество должно удовлетворить.

Современная система образования стремится брать на себя функции социализации лиц с ОВЗ независимо от их физических возможностей. Приходит осознание, что психофизические нарушения человека не препятствуют его способностям обучаться, чувствовать, переживать, приобретать социальный опыт. В связи с этим получает распространение инклюзия – форма обучения, обеспечивающая равный доступ к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей [7].

При инклюзивной форме обучения все обучающиеся независимо от их физических, психических, интеллектуальных, культурно-этнических, языковых и иных особенностей обучаются вместе со своими сверстниками в образовательных организациях, которые учитывают особые образовательные потребности субъектов учения и оказывают им необходимую поддержку [5]. Инклюзивное образование сегодня по праву считается одним из главных приоритетов государственной социальной политики большинства стран и реализуется в различной степени на всех уровнях образования. В 24 статье Конвенции ООН «О правах инвалидов», принятой резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года, говорится о том, что в целях реализации права на образование государства должны обеспечить инклюзивное образование на всех уровнях, стремясь при этом:

а) к полному развитию человеческого потенциала, а также чувства достоинства и самоуважения, к усилению уважения прав человека, основных свобод и индивидуальных особенностей личности;

б) к развитию личности, талантов и творчества инвалидов, а также их умственных и физических способностей в полном объеме;

с) к наделению инвалидов возможностью эффективно участвовать в жизни свободного общества (Россия ратифицировала данную конвенцию в 2012 году) [3].

Для успешной реализации инклюзивного образования в высшей школе необходим тщательный анализ возникающих проблем как со стороны студентов, так и со стороны преподавателей. Важно, чтобы профессиональное сообщество высших учебных заведений было готово к изменениям в этой сфере.

Готовность преподавателя вуза к инклюзивному образованию рассматривается как сложное интегративное профессионально-личностное образование. Мы рассматриваем ее как состоящую из трех взаимосвязанных компонентов: когнитивного, аффективного и поведенческого [1; 8].

Когнитивный компонент представляет собой систему знаний о людях с ограниченными возможностями здоровья (ограничениях, индивидуальных особенностях и личностных качествах таких людей), о специфике взаимодействия с ними, представления о себе, как преподавателе, который обучает данную категорию студентов, знание технологий, методов и форм обучения, оптимальных для студентов с ОВЗ.

Эмоциональный компонент – это отношение преподавателей к студентам с ОВЗ. Это готовность преподавателей к принятию таких студентов, позволяющая «принять саму идею инклюзивного образования, а вместе с этим признать ценность каждого обучающегося ...» [4, с. 80]. Эмоциональный компонент является стимулом и играет важную роль в определении направленности поведения и способов его реализации, в частности, в отношении лиц с ОВЗ.

Поведенческий компонент готовности преподавателя к работе со студентами с ОВЗ – это выбор стратегии поведения на основе оценки ситуации, партнера по взаимодействию и своих возможностей, это опыт взаимодействия с данной категорией студентов.

Мы считаем, что эффективной профессиональной деятельности преподавателя вуза способствуют знания о личности студентов с ОВЗ и особенностях их здоровья, положительное к ним отношение, принятие и опыт общения с ними. Нами было проведено исследование готовности преподавателей высших учебных заведений к инклюзивному образованию. В рамках данного исследования было проведено анкетирование 119 преподавателей вузов России (67 человек), Беларуси (27 человек) и Польши (25 человек). Среди респондентов 108 человек – женщины, 11 человек – мужчины. Анкетирование проводилось онлайн в период январь – февраль 2018 года. Анкета состояла из трех видов вопросов: открытых (предполагающих самостоятельную формулировку ответа респондентом), закрытых (содержащих один или несколько вариантов возможных ответов) и полузакрытых (дающих возможность уклониться от выбора указанных альтернатив, имея возможность ответить по-своему). В качестве экспертов выступили специалисты в области инклюзивного образования в вузе из России, Беларуси и Польши.

Стаж профессиональной деятельности преподавателей в высшем учебном заведении – от 1 года до 46 лет. Средний стаж по выборке – 18,9 лет, Me=19,0 лет, SD=10,4 лет. Возраст – от 28 до 75 лет. Средний возраст респондентов – 46,9 лет, Me=46,0, SD=9,4 лет.

Проведенное нами исследование позволило определить степень готовности преподавателей вузов к работе со студентами с ограниченными возможностями здоровья.

Когнитивный компонент готовности. По мнению большинства преподавателей России, Республики Беларусь и Польши, включению лиц с ОВЗ в образовательный процесс препятствует в первую очередь отсутствие необходимой инфраструктуры, во вторую – отсутствие адаптированных программ, в третью очередь – психологическая готовность самих лиц с ОВЗ к обучению в вузе, преподавателей и других студентов (рис. 1). Нужно отметить, что применение ф-критерия Фишера значимых различий в оценках преподавателей трех стран не выявило.

Таким образом, преподаватели трех стран считают, что самым главным условием обучения студентов с ограниченными возможностями здоровья является не психологическая готовность самих преподавателей и студентов, а необходимая инфраструктура (пандусы, подъемники, специально оборудованные аудитории и т.д.). Мы можем предположить, что такие ответы свидетельствуют либо о неверии преподавателей в свои силы и возможности, либо нежелании преподавателей нести ответственность за организацию обучения данной категории студентов, а перекладывают ее на администрацию вузов. Либо, уже имея опыт взаимодействия с такими студентами, понимают, что именно отсутствие специальной инфраструктуры вызывает большие трудности в обучении студентов с ОВЗ.

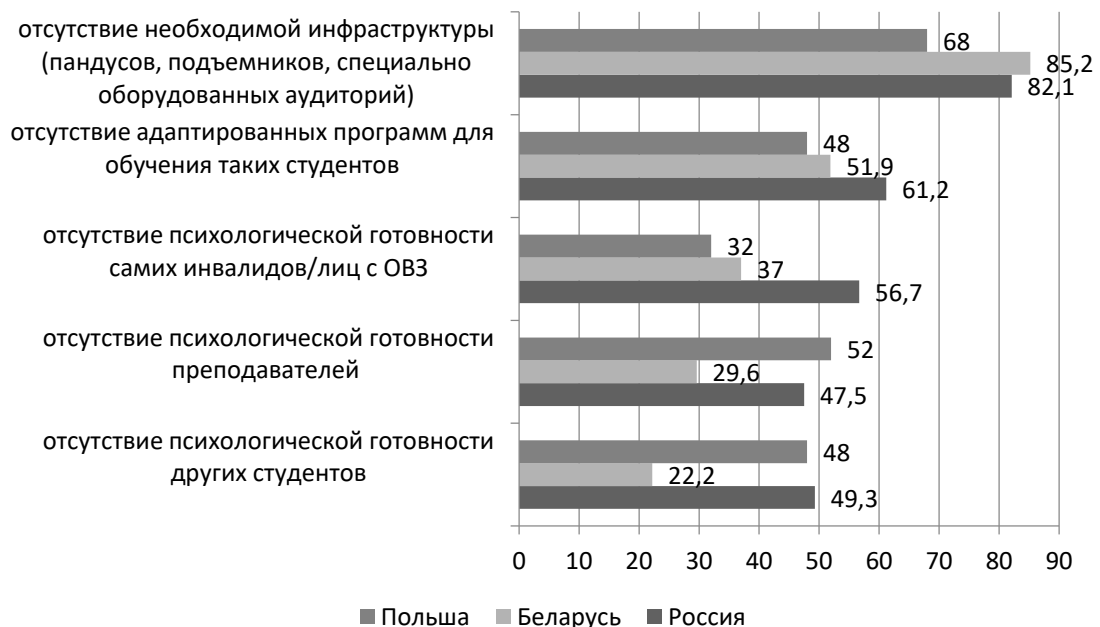


Рис. 1. Условия, препятствующие включению лиц с ОВЗ в образовательный процесс, %

Большинство опрошенных считает, что программу обучения в вузе смогут освоить все студенты с ОВЗ, кто способен быть включенным в аудиторный учебный процесс без специального сопровождения (рис. 2). 5 % респондентов уточнили, что это могут быть «все, у кого интеллект позволяет освоить программу. Слух, зрение, ходьба – все решаемо, интеллект – нет», «все, кроме инвалидов по психическому заболеванию и лиц, имеющих личностные расстройства», «интеллектуально развитые», «любой, кто способен достичь образовательных целей, используя различные формы поддержки».

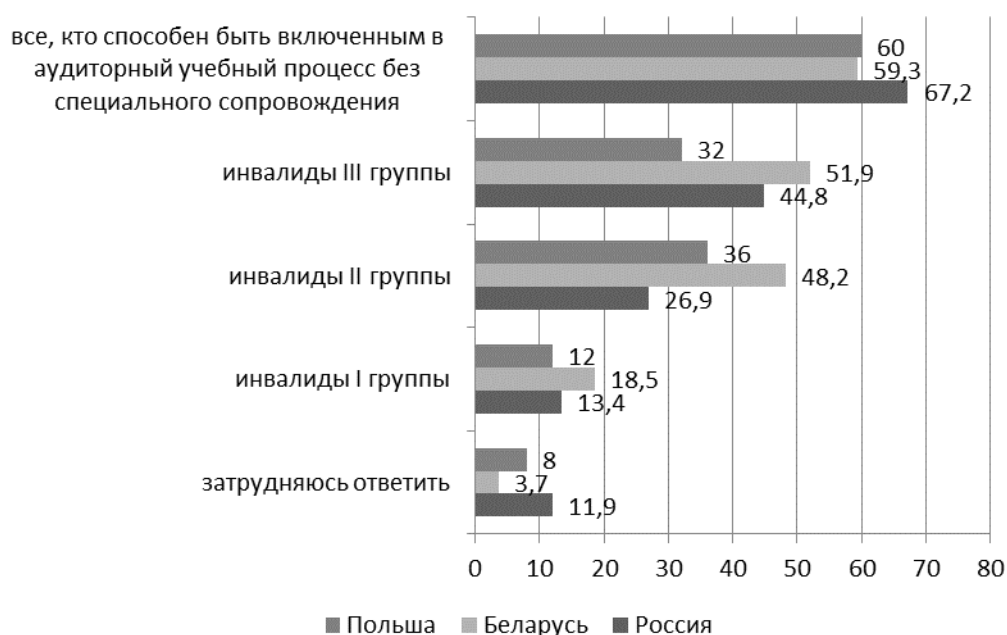


Рис. 2. Представители групп инвалидности, способные освоить программу обучения в вузе, %

Значимых различий в оценках преподавателей трех стран обнаружено не было. По мнению преподавателей, чем значительнее тяжесть функциональных нарушений в организме, тем в меньшей степени студенты-инвалиды способны освоить программу обучения в вузе. Возможно, нежелание сталкиваться с трудностями в процессе работы со студентами с ОВЗ или уже имеющийся опыт такой работы повлияли на такое распределение ответов респондентов.

Подтверждением данного вывода служат и ответы преподавателей на вопрос: «Представители каких групп инвалидности способны проходить обучение в вузе, будучи включенными в аудиторный учебный процесс вместе с другими студентами?» У респондентов есть сомнение в том, что студенты-инвалиды, будучи включенными в аудиторный учебный процесс совместно с другими студентами, смогут освоить программу вуза (рис. 3). Хотя преподаватели полностью не исключают возможность освоения вузовской программы лицами с разной степенью инвалидности, но считают, что чем значительнее степень инвалидности, тем меньше вероятность того, что такие студенты смогут освоить программу обучения

в вузе. Значимых различий в ответах преподавателей из разных стран также не выявлено.



Рис. 3. Представители групп инвалидности, способные проходить обучение в вузе, будучи включенными в аудиторный учебный процесс вместе с другими студентами, %

Оптимальной формой обучения для студентов III группы (легкой степени) инвалидности большинство преподавателей считает полное включение в студенческую группу, для студентов II группы (умеренная степень) и I группы (значительная степень) инвалидности – смешанную форму (табл. 1). Нужно отметить, что дистанционное обучение представители трех стран не считают оптимальной формой обучения студентов с ОВЗ.

Некоторые преподаватели отметили, что выбор оптимальной формы обучения для студентов с разной степенью инвалидности зависит от «тяжести заболевания», «заболевания, являющегося причиной инвалидности, компенсированности дефекта», «характера инвалидности и подготовленности и педагогов, и студентов». «Для любых студентов оптимально индивидуальное обучение», например, «инвалидность I группы может быть разной, и для каждого из них будет оптимальной своя форма обучения».

В отличие от польских преподавателей, среди российских респондентов в 2,5 раза меньше тех, кто считает, что для данной категории студентов оптимальной формой обучения является полное включение в студенческую группу (инклюзивное образование). В отличие от российских коллег, ни один польский респондент не считает, что дистанционное обучение посредством современных технических средств оптимально для студентов II группы инвалидности.

Таблица 1

Оптимальные формы обучения для студентов с разной степенью инвалидности

Группы инвалидности	Страны	Формы обучения		
		полное включение в студенческую группу (инклюзивное образование) кол-во (%)	дистанционное обучение посредством современных технических средств кол-во (%)	смешанная форма: индивидуальный график, позволяющий совмещать обучение в группе и дистанционную форму кол-во (%)
студенты III группы инвалидности	Россия	56,7	7,5	32,8
	Беларусь	66,7	3,7	29,6
	Польша	96,0	0	4,0
студенты II группы инвалидности	Россия	17,9	6,0	74,6
	Беларусь	25,9	7,4	63,0
	Польша	44,0	0	56,0
студенты I группы инвалидности	Россия	3,0	29,9	62,7
	Беларусь	11,1	18,5	66,7
	Польша	20,0	4,0	76,0

Выявлены значимые различия в преобладании мнения о полном включении студентов III группы инвалидности респондентов из России и Польши ($\varphi=3,97$, при $p=0,000$), Беларуси и Польши ($\varphi=2,66$, при $p=0,003$). Среди польских преподавателей значимо больше тех, кто считает, что именно полное включение в студенческую группу является оптимальной формой обучения студентов инвалидности III группы.

Таким образом, несмотря на высказанное некоторыми преподавателями мнение о том, что «выбор оптимальной формы обучения должен зависеть не от группы (степени) инвалидности, а от характера заболевания», что «важную роль в освоении программы вуза играют активность и желание самих студентов с ОВЗ и специальные условия образовательной среды», среди большинства респондентов преобладает убеждение в том, что чем значительнее степень инвалидности, тем меньше вероятность того, что для таких студентов оптимальной формой обучения будет инклюзивное образование, т.е. полное включение лиц с ОВЗ в студенческую группу.

По мнению опрошенных преподавателей, у студентов с ОВЗ в большей степени будут вызывать трудности такие виды учебной деятельности, где студент должен быть максимально самостоятельным, активным в коммуникациях с другими

людьми, отвечать за результат своей учебной деятельности: прохождение учебной практики, публичные выступления (рис. 4).

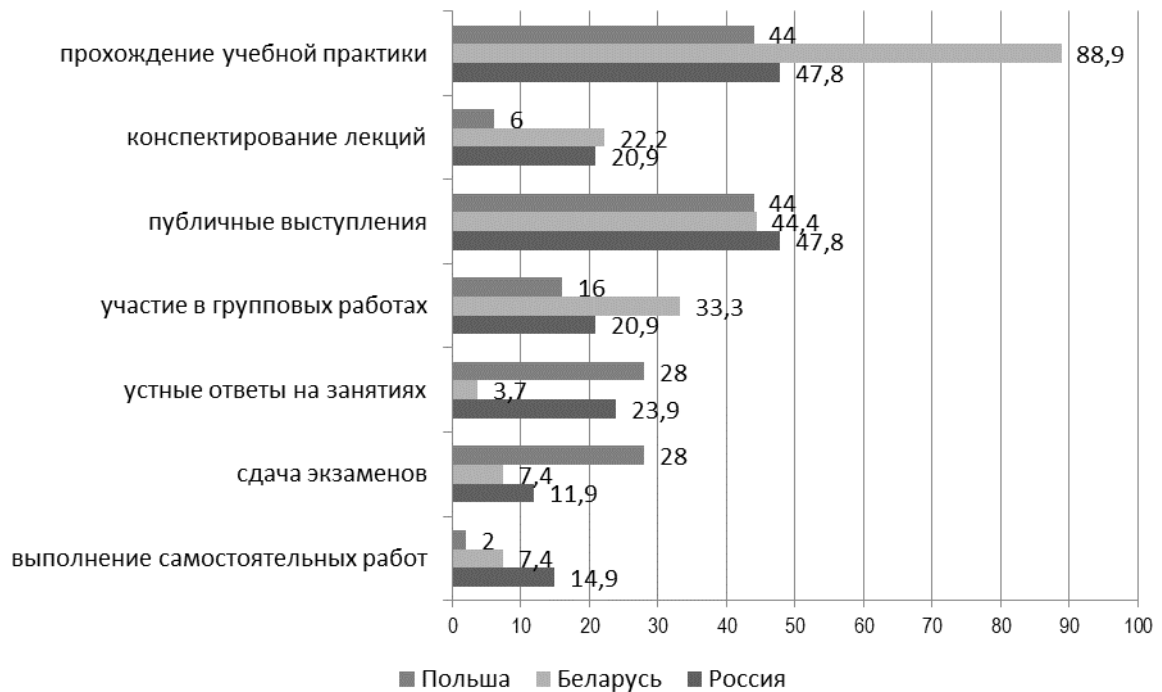


Рис. 4. Виды учебных работ в вузе, которые будут вызывать наибольшие трудности у студентов с ОВЗ, %

Нами были выявлены значимые различия в распределении ответов респондентов разных стран. В отличие от российских ($\varphi=2,21$, при $p=0,014$) и белорусских ($\varphi=1,64$, при $p=0,05$) коллег, среди польских преподавателей значимо больше тех, кто считает, что конспектирование лекций вызывает наибольшие трудности для студентов с ОВЗ. Это связано с большей доступностью обучения в вузе для студентов с нарушением двигательной функции в Польше, поэтому у польских преподавателей больше практики работы с данной категорией студентов и, следовательно, знаний проблем и трудностей в их обучении.

По сравнению с российскими ($\varphi=3,46$, при $p\leq 0,000$) и польскими преподавателями ($\varphi=2,77$, при $p\leq 0,002$) среди белорусских респондентов значимо больше тех, кто уверен, что прохождение учебной практики будет вызывать наибольшие трудности у студентов с ОВЗ.

Таким образом, несмотря на то, что каждый пятый преподаватель отметил, что учебные трудности студентов с ОВЗ зависят от «характера ограничений», «типа инвалидности», «особенностей заболевания», «диагноза», «индивидуальных особенностей», «личности» студентов, преподаватели уверены, что студенты с ограниченными возможностями здоровья не самостоятельные, и для них менее трудными являются виды учебной деятельности, где можно работать в группе,

выполнять задания вместе с другими студентами, где ответственность за выполнение задания и самостоятельность для студента с ОВЗ минимальна и т.д.

Среди студентов с ОВЗ преподаватели выделяют категории, с которыми сложно работать. Наибольшие трудности в работе преподавателей вузов вызывают студенты с психическими нарушениями, нежели студенты с нарушениями зрения, слуха или с нарушением двигательной функции (табл. 2). 40,3 % всех респондентов назвали только одну категорию студентов, с которой трудно работать – студенты с психическими нарушениями. Результаты исследования Е.В. Самсоновой и В.В. Мельниковой показали, что только 3 % опрошенных педагогов готовы работать с данной категорией обучающихся в связи со сложностью такой работы [6]. Мы видим схожие тенденции в оценке трудностей преподавателями из разных стран, возникающих в работе с разными категориями студентов с ОВЗ. Значимых межгрупповых различий между оценками преподавателей не выявлено.

Таблица 2

Категории студентов с ОВЗ, с которыми сложно работать

Категории студентов	Россия, кол-во (%)	Беларусь, кол-во (%)	Польша, кол-во (%)
с психическими нарушениями	88,1	88,9	76,0
с нарушениями зрения	32,8	25,9	36,0
с нарушениями слуха	35,8	22,2	36,0
с нарушением двигательной функции	32,8	3,7	12,0
со всеми категориями легко работать	0	0	8,0

Нужно отметить, что отдельные преподаватели указывают, что испытывают сложности в работе «со студентами с церебральным параличом» и «со студентами с физическими недостатками». Встречаются и такие высказывания: «Со всеми трудно, поскольку они сильно выбиваются из учебного процесса»; «Со всеми есть проблемы разной степени сложности»; «С любым студентом работать трудно. Трудности разного характера». Опрошенные считают, что сложности в работе со студентами с ОВЗ зависят от «индивидуального развития студента», «только от личностных качеств студента», «большого индивидуального своеобразия». В работе со студентами «с психическими нарушениями... все зависит от многих факторов, в первую очередь от личностных особенностей студента и преподавателя, а также от специальности», по которой обучается такой студент; «в каждой категории своя специфика, которую нужно освоить», «в каждом случае требуется знание дополнительных методик (Брайль, язык жестов и пр.)»; «сложности везде разные! Может вообще не быть сложностей».

Данные результаты свидетельствуют о том, что преподаватели не обладают достаточными знаниями об особенностях студентов с ОВЗ или не верят в возможности их успешного обучения в вузе, не считают их достаточно самостоятельными и способными к такому обучению.

Для максимального удовлетворения образовательных потребностей студентов с ОВЗ преподавателям необходимо ознакомиться с требованиями к организации образовательной деятельности для лиц с ОВЗ и с адаптированной образовательной программой для обучения лиц с ОВЗ, участвовать в программах дополнительного профессионального образования, посвященных проблемам работы со студентами с ОВЗ (рис. 5).

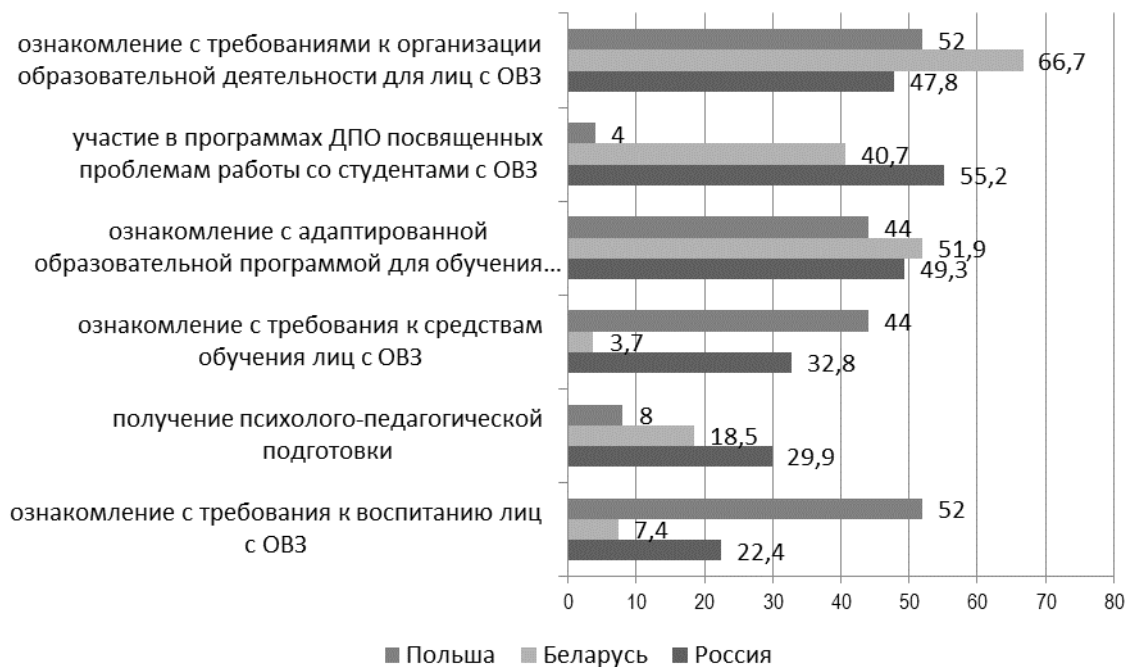


Рис. 5. Дополнительные знания, необходимые для наилучшего удовлетворения образовательных потребностей студентов с ОВЗ, в которых нуждаются преподаватели вузов, %

Среди польских преподавателей значимо больше тех, кто нуждается в ознакомлении с требованиями к воспитанию лиц с ОВЗ, ($\varphi=1,66$, при $p=0,049$), чем среди белорусских.

Некоторые преподаватели отметили, что нуждаются в знаниях о «возможностях обучения студентов-инвалидов, которые предоставляет данное учебное заведение», «возможностях их дальнейшей профессиональной социализации», об «организации учебного процесса, ориентированного на людей с ОВЗ», «правилах и порядке оказания помощи таким лицам в экстренных случаях». Они считают, что должны «ознакомиться с требованиями в отношении образования лиц с ограниченными возможностями здоровья», «уметь проектировать

индивидуальные методики обучения для всех категорий студентов». В то же время есть мнение о том, что «каждый педагог в состоянии найти нужные ему сведения или специалистов, способных помочь, если он заинтересован в успехе учебного процесса».

Таким образом, по мнению респондентов, они в большей степени нуждаются в знаниях организации обучения, требований к нему и методики преподавания студентам с ОВЗ, нежели в психолого-педагогической подготовке. Большинство преподавателей либо уверены, что обладают достаточной психолого-педагогической подготовкой для работы со студентами с ограниченными возможностями здоровья, либо считают незначимой данную подготовку для удовлетворения образовательных потребностей студентов с ОВЗ, снимая с себя ответственность за успешность процесса обучения таких студентов и перенося ее на техническое, методическое и информационное обеспечение.

Данный вывод подтверждает анализ ответов на вопрос: «Какие дополнительные требования к образовательной деятельности нужно выполнять в связи с пополнением студентов за счет молодежи с ОВЗ?» (рис. 6).

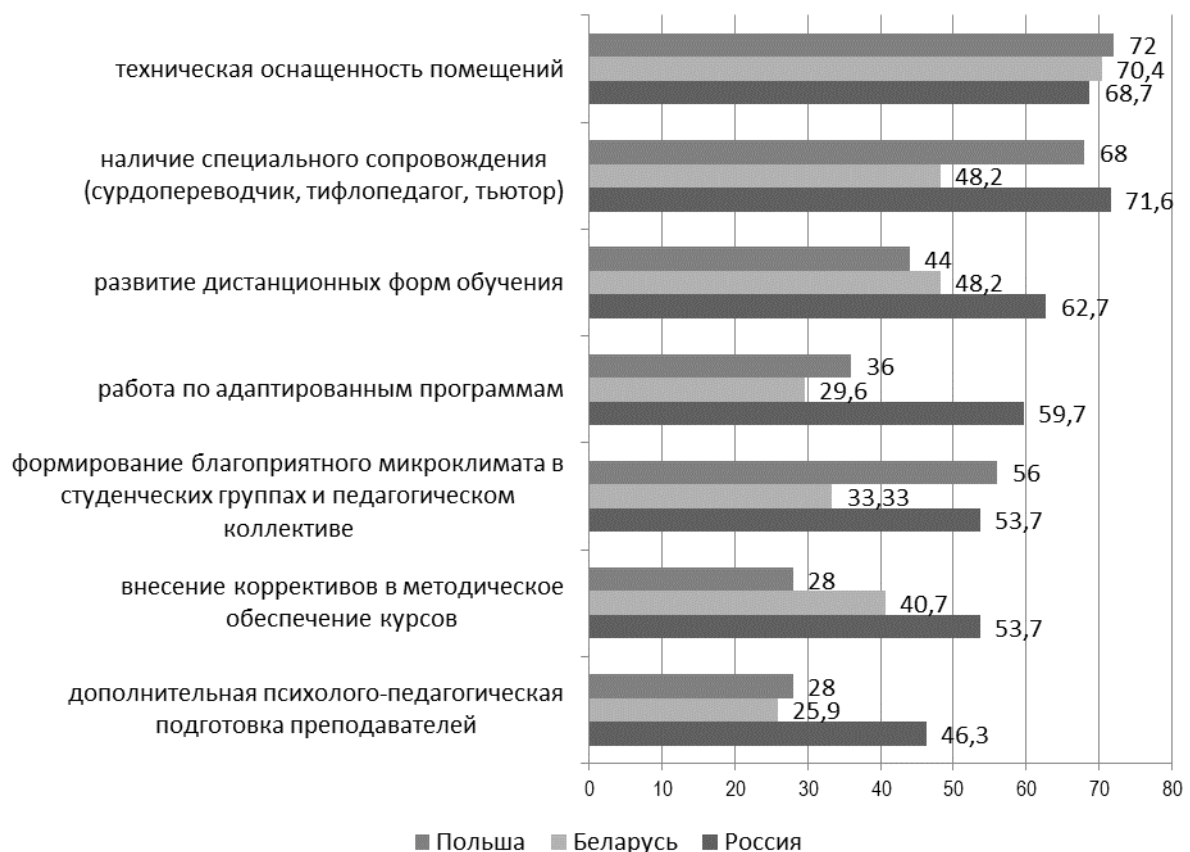


Рис. 6. Дополнительные требования к образовательной деятельности в связи с пополнением студентов за счет молодежи с ОВЗ, %

По мнению преподавателей, в связи с увеличением в вузе контингента с ОВЗ нужно, во-первых, технически оснастить помещения (доступность образовательной среды, специализированная техника и компьютеры), увеличить количество специалистов, сопровождающих процесс обучения студентов с ОВЗ (сурдопереводчиков, тифлопедагогов, тьюторов), активно развивать дистанционные формы обучения. Во-вторых, важно обратить внимание на формирование благоприятного микроклимата в студенческих группах и педагогическом коллективе. В-третьих, использовать адаптированные программы, вносить коррективы в методическое обеспечение курсов, проводить дополнительную психолого-педагогическую подготовку преподавателей (рис. 6).

То есть преподаватели отводят главную роль в организации обучения студентов с ОВЗ в вузе техническому и методическому оснащению и сопровождению. Важно, что респонденты понимают необходимость участия в этом процессе других специалистов, сопровождающих процесс обучения студентов с ОВЗ (сурдопереводчиков, тифлопедагогов, тьюторов и т.д.), и в тоже время занижают свою роль в обучении таких студентов.

Немногие преподаватели отметили, что важно «освоение преподавателями проектирования методик индивидуального обучения», проведение «курсов психологической подготовки лиц с ОВЗ к обучению в вузе», «развитие отдельных специализаций, адаптированных для людей с ОВЗ». Респонденты предлагали уменьшить количество аудиторной нагрузки для преподавателя (контактной нагрузки – лекции и консультации), либо включить дополнительное количество часов, отводимых на консультацию студентов с ОВЗ, а также отмечали важность «создания имиджа университета как доступного вуза для инвалидов для того, чтобы все студенты и сотрудники понимали, что это вуз специфический и в нем особые правила работы».

Было высказано мнение и о том, что «не каждый человек, здоровый или с ограниченными возможностями, должен учиться в вузе, потому что тогда не может быть и речи об уровне и результатах, мы только делаем из обучения хобби»; «нет необходимости привлекать широкий круг молодежи с инвалидностью, потому что это возможно далеко не на всех специальностях».

92,4 % опрошенных считают, что для студентов с ОВЗ нужно разрабатывать индивидуальные планы обучения, из них 70,6 % выборки отметили, что эти планы должны учитывать индивидуальное состояние здоровья каждого такого студента. Причем среди белорусских респондентов в этом уверено большее число преподавателей, чем среди российских ($\varphi=1,67$, при $p=0,047$).

Мы можем сделать вывод, что преподаватели понимают, что обучение студентов данной категории должно отличаться от обучения остальных студентов, в частности, учитывать возможности здоровья, личностные особенности студентов с ОВЗ, поэтому считают необходимым разрабатывать индивидуальные планы обучения таких студентов.

Подводя итог изучения когнитивного компонента готовности к работе со студентами с ограниченными возможностями здоровья преподавателей вуза, нужно отметить, что преподаватели понимают важность организации процесса обучения в вузе студентов с ОВЗ – технической, информационной, методической. Респонденты владеют недостаточными знаниями о личностных особенностях студентов с ОВЗ, особенностях их ограничений, технологиях и методах обучения таких студентов, поэтому занижают свою роль в эффективности данного процесса, считая наименее важной психолого-педагогическую подготовку профессорско-преподавательского состава для работы со студентами с ОВЗ.

Эмоциональный компонент готовности. Большинство преподавателей позитивно оценивают рост количества молодых людей с ОВЗ, обучающихся в вузе (рис. 7). Причем польских ($\varphi=1,64$, при $p=0,05$) и белорусских ($\varphi=2,14$, при $p=0,016$) респондентов, высказывающих такое мнение, значительно больше, чем российских. Мы думаем, что это связано с лучшей технической, информационной и методической поддержкой обучения студентов данной категории в вузах этих стран, что влияет на позитивный настрой преподавателей.

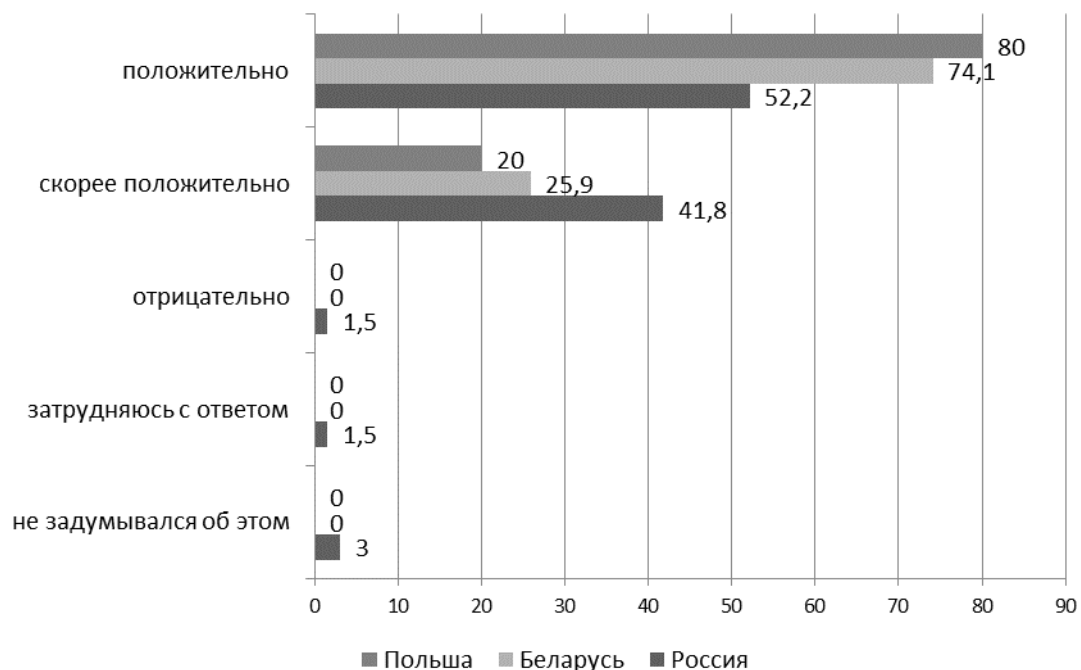


Рис. 7. Отношение преподавателей вузов к росту количества студентов с ОВЗ, %

Многие респонденты считают, что отношение профессорско-преподавательского состава к студентам с инвалидностью или с ОВЗ должно носить особый характер, акцентируя внимание на том, что нужно создавать индивидуальные траектории для таких студентов, учитывая их особенности. Значимых различий во мнениях преподавателей разных стран выявлено не было. Например: «Скорее да. Поскольку все равно для таких студентов потребуется

специальная среда (оборудование, условия и т.п.). Соответственно, придется корректировать лекционные материалы, программу практикумов. А вот в плане деловых отношений – нет. Поскольку хоть и с ограниченными возможностями, но он – студент, значит, понимает уровень своей ответственности, если уж пришел за знаниями».

Особое отношение преподавателей к студентам с ОВЗ должно проявляться в первую очередь в предоставлении возможности дополнительного консультирования преподавателями в ходе учебного процесса. Меньшая часть респондентов уверена, что особое отношение к студентам с ОВЗ нужно проявлять через лояльное отношение при оценке результата учебной деятельности таких студентов, через снижение требований к ним и оказание помощи студентам с ОВЗ при сдаче экзаменов (рис. 8). В распределении ответов среди преподавателей России, Беларуси и Польши значимых различий не выявлено.

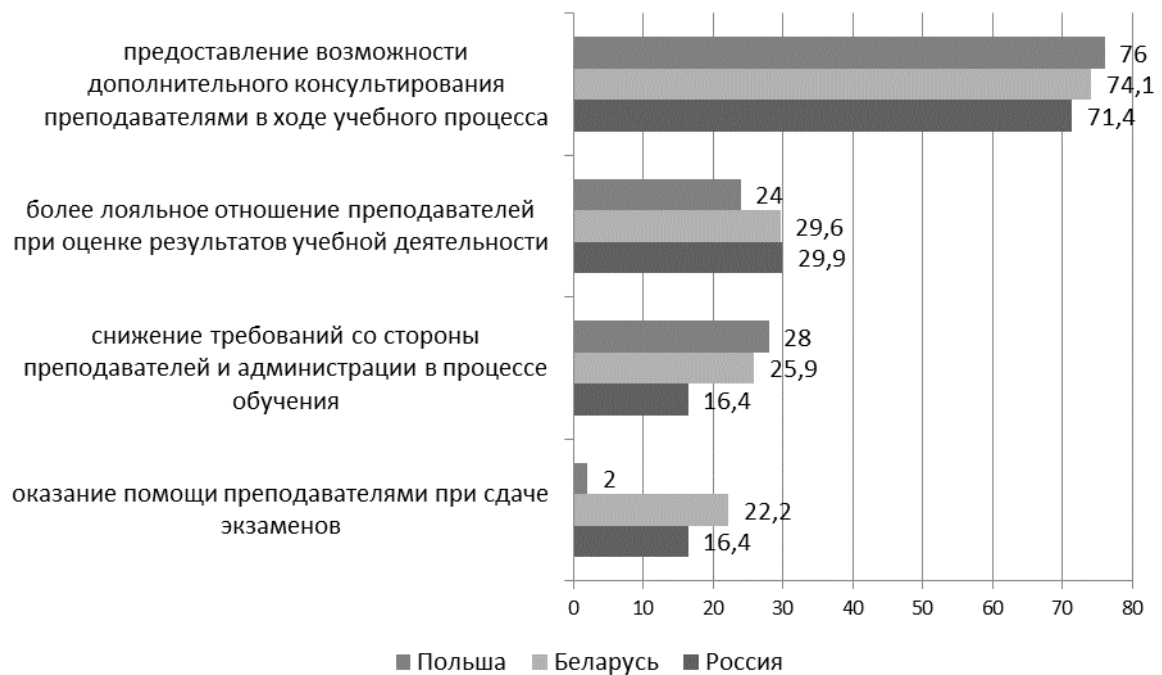


Рис. 8. Признаки особого отношения преподавателей к лицам с ОВЗ в процессе обучения в вузе, %

Преподаватели отмечают, что особое отношение к студентам с ОВЗ должно проявляться в «индивидуальном подходе», «учете их особых потребностей и способов овладения знаниями», «гибкости, индивидуальном контакте», «дополнительных часах на реализацию предмета», «выделении дополнительного времени для работы с такими студентами, коррекции лекций и учебных заданий», «разработке специальных заданий для аттестации студентов с ОВЗ», «приобретении необходимой аппаратуры», «выборе адекватных методов и средств обучения», «толерантном отношении, уважении субъектности человека, его прав и интересов», «компетентной поддержке в достижении всех результатов обучения».

Таким образом, для большинства респондентов более лояльное отношение преподавателей при оценке результатов учебной деятельности, снижение требований со стороны преподавателей и администрации в процессе обучения и оказание помощи при сдаче экзаменов не являются уместными в качестве проявления особого отношения к студентам с ОВЗ со стороны профессорско-преподавательского штата. Преподаватели отмечают важность использования индивидуального подхода к студентам с ОВЗ с учетом их индивидуальных особенностей, который проявляется во взаимодействии с данной категорией студентов, в выборе методов обучения, в методическом сопровождении.

Подводя итог изучения эмоционального компонента готовности преподавателей вуза к работе со студентами с ОВЗ, нужно отметить, что в целом преподаватели положительно относятся к увеличению в вузе числа студентов с ОВЗ; считают, что отношение профессорско-преподавательского состава к студентам с инвалидностью и ОВЗ должно носить особый характер, акцентируя внимание на создании индивидуальных траекторий для таких студентов, учитывая их особенности.

Поведенческий компонент готовности. Большинство преподавателей имеет опыт работы со студентами с ОВЗ (62,7 % российских, 85,2 % белорусских и 100 % польских респондентов). Причем среди польских респондентов таких преподавателей значимо больше, чем среди российских ($\varphi=5,21$, при $p\leq 0,001$) и белорусских ($\varphi=2,75$, при $p=0,002$). Преподавателей с таким опытом работы среди белорусских респондентов значимо больше, чем среди российских ($\varphi=2,02$, при $p=0,022$). Таким образом, российские респонденты имеют меньше опыта работы со студентами с ограниченными возможностями здоровья, нежели польские и белорусские. Это связано с более ранним внедрением инклюзивного образования в Польше и Республике Беларусь, нежели в России.

Более половины опрошенных преподавателей сталкивались с трудностями в процессе работы со студентами с ОВЗ (70,2 % российских, 55,6 % белорусских и 60 % польских респондентов). По мнению респондентов, эти трудности зависят от причин ОВЗ, личностных особенностей студентов с ОВЗ, возможностей образовательного процесса, готовности преподавателей к работе с такими студентами (знания, отношение, опыт) и их родственниками и опекунами, а также от готовности одногруппников обучаться вместе со студентами с ОВЗ.

Преподаватели, имеющие опыт взаимодействия и работы со студентами с ОВЗ, отметили больше специфических и конкретных трудностей, чем преподаватели, у которых не было опыта работы с данными студентами. Например, слабовидящие и невидящие студенты испытывают трудности перемещения и конспектирования лекций; слабослышащие и неслышащие – трудности в усвоении без сурдоперевода; студенты с нарушением двигательной функции – трудности передвижения; студенты с психическими нарушениями – трудности без помощи специализированного медицинского персонала.

Все преподаватели готовы дополнительно помогать лицам с ОВЗ, нуждающимся в поддержке и помощи в учебе; более половины опрошенных готовы

это делать безоговорочно, остальные – только в случае просьбы со стороны студентов (табл. 3). Среди российских респондентов было высказано мнение о том, что «по возможности хотелось бы этого избежать». В ответах представителей из России, Беларуси и Польши значимых различий не выявлено, т.е. тенденции готовности дополнительной помощи студентам с ОВЗ у преподавателей разных стран схожи.

Таблица 3

Готовность преподавателей дополнительно помогать студентам с ОВЗ

Ответы преподавателей	Россия, кол-во (%)	Беларусь, кол-во (%)	Польша, кол-во (%)
да, безусловно	53,7	51,8	64,0
да, в случае просьбы с их стороны	41,8	48,2	36,0
по возможности хотел(а) бы этого избежать	4,5	0	0
нет, не буду	0	0	0

Большинство преподавателей готовы работать в группах, включающих в свой состав студентов с ограниченными возможностями здоровья, при условии необходимого обустройства рабочих мест в аудиториях, технического и медицинского сопровождения данной категории студентов (рис. 9). Каждый четвертый респондент считает, что не нужно создавать никаких специальных условий, отмечает готовность работать в актуальных условиях; каждый пятый респондент готов работать с такими студентами только при условии дополнительной оплаты (данный ответ выбрали более 20 % белорусских и российских преподавателей и ни один польский респондент). В дополнительной психолого-педагогической подготовке большинство преподавателей не нуждается. Тем не менее применение ф-критерия Фишера значимых различий распределении ответов преподавателей не выявило.

Таким образом, по мнению большинства респондентов, им для работы со студентами с ОВЗ нужны организационное, техническое и медицинское сопровождение, т.е. помощь команды специалистов, а в дополнительной психолого-педагогической подготовке они не нуждаются. Мы считаем, что это еще одно подтверждение стремления преподавателей не брать всю ответственность на себя в работе со студентами с ОВЗ или отсутствия уверенности в собственных способностях работать в группах студентов, в которых обучаются студенты с ОВЗ, без организационной, технической и медицинской поддержки.

Большое значение для работы преподавателей со студентами с ОВЗ имеет специальная подготовка к такой работе профессорско-преподавательского состава, – так считают 83,2 % всех респондентов. Но такую подготовку прошли

единицы российских и белорусских и ни один – из польских преподавателей, принимавших участие в исследовании (22,4% российских, 22,2% белорусских и 0% польских респондентов).

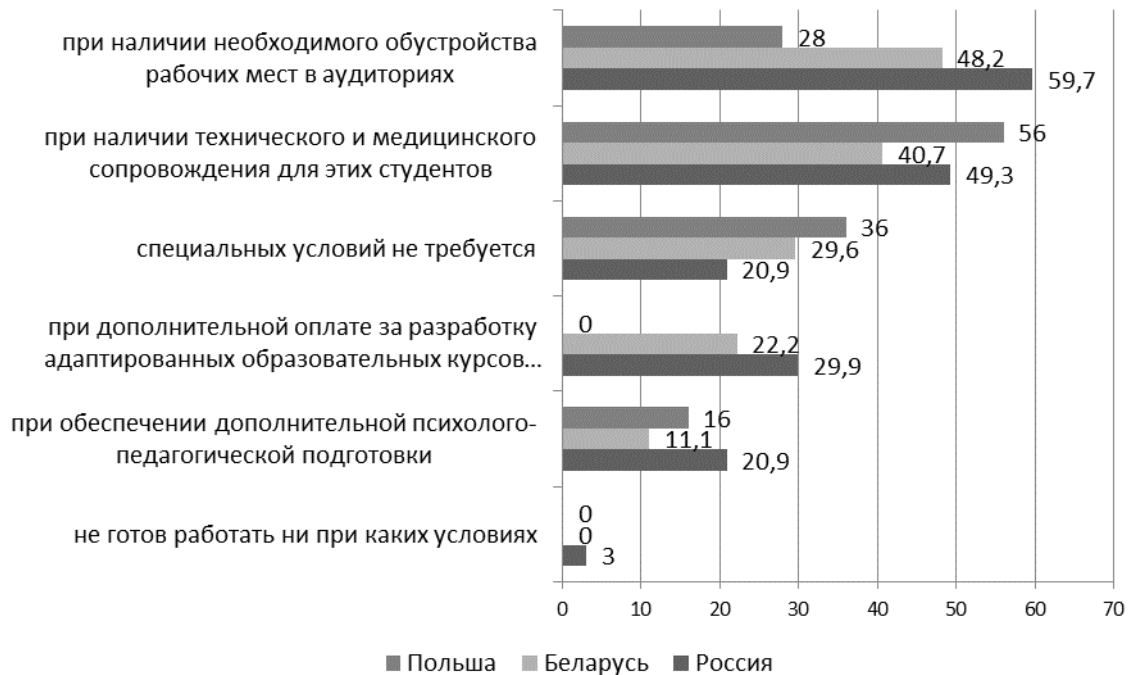


Рис. 9. Условия, при которых преподаватели готовы работать в группах, включающих в свой состав студентов с ОВЗ, %

Подводя итог изучения поведенческого компонента готовности к работе со студентами с ограниченными возможностями здоровья преподавателей вуза, нужно отметить, что большинство опрошенных имели опыт работы со студентами с ОВЗ, в процессе которого испытывали трудности, связанные с личностными особенностями, поведением, ограничениями студентов с ОВЗ. При этом чем шире опыт такого взаимодействия, тем более конкретные трудности были названы преподавателями. Те респонденты, кто не имел опыта работы со студентами с ОВЗ, тоже отметили возможность возникновения таких трудностей, только не конкретизируя их. Преподаватели готовы дополнительно помогать данной категории студентов и работать с ними, но при условии организационной, технической, медицинской поддержки. Единицы готовы работать в тех условиях, которые существуют на данный момент в вузе. Несмотря на то, что большинство респондентов понимают важность специальной подготовки профессорско-преподавательского состава к работе со студентами с ОВЗ, мало кто из опрошенных прошел такую подготовку.

Выводы

Данные, полученные в исследовании, обнаруживают следующие особенности компонентов готовности преподавателей вузов к работе со студентами с ОВЗ.

Когнитивный компонент. Преподаватели понимают важность организации процесса обучения в вузе студентов с ОВЗ, выдвигая на первое место техническое, информационное и методическое сопровождение. Психолого-педагогическую подготовку профессорско-преподавательского состава считают менее важной. Поэтому знания личностных особенностей студентов с ОВЗ, особенностей их ограничений, технологий и методик обучения таких студентов, которыми владеют преподаватели вузов – недостаточны.

Эмоциональный компонент. В целом преподаватели положительно относятся к росту числа студентов с ограниченными возможностями здоровья в вузе. Считают, что отношение профессорско-преподавательского состава к студентам с инвалидностью и ОВЗ должно носить особый характер, акцентируя внимание на создании индивидуальных траекторий для таких студентов с учетом их особенностей.

Поведенческий компонент. Большинство преподавателей имели опыт работы со студентами с ОВЗ, в процессе которого испытывали трудности, связанные с личностными особенностями, поведением, ограничениями студентов с ОВЗ. Преподаватели готовы дополнительно помогать данной категории студентов и работать с ними, но при условии организационной, технической, медицинской поддержки. Несмотря на то, что большинство респондентов понимает важность специальной подготовки профессорско-преподавательского состава к работе со студентами с ОВЗ, мало кто из преподавателей прошел такую подготовку.

Были выявлены особенности готовности преподавателей вузов к работе со студентами с ОВЗ разных стран. В связи с тем, что в Польше и Беларуси раньше, чем в России, началось внедрение инклюзивного обучения на всех уровнях образования, представители этих стран в большей степени готовы к работе с данной категорией студентов в связи с наличием в вузах этих стран технического, информационного и методического сопровождения. Но независимо от этого у респондентов всех стран были выявлены схожие тенденции в развитии компонентов готовности: преподаватели владеют недостаточными знаниями в области обучения лиц с ОВЗ, поэтому занижают свою роль в эффективности данного процесса.

Таким образом, каждый из трех компонентов готовности преподавателей вуза работать со студентами с ограниченными возможностями здоровья требует коррекции или развития. В первую очередь нужно начинать со знакомства с особенностями ограничений возможностей здоровья, с личностными особенностями людей с ОВЗ, со спецификой взаимодействия с ними, поскольку первопричина неготовности преподавателей к работе с данной категорией студентов – это незнание особенностей данного контингента. Следующий этап – опыт взаимодействия, работы с такими студентами и параллельно развитие эмоционального компонента готовности (отношение преподавателей к студентам с ОВЗ, к работе и взаимодействию с ними).

Несмотря на трудности и проблемы, которые, по мнению преподавателей, возникают в процессе обучения студентов с ОВЗ в вузе, большая часть

преподавателей (78,2 % респондентов) все-таки оптимистично оценивают перспективы развития инклюзивного образования в системе высшей школы, что, на наш взгляд, является важным условием формирования готовности преподавателей вуза к работе со студентами с ограниченными возможностями здоровья.

Литература

1. Асмаковец Е.С., Кожей С. Готовность студентов направления «социальная работа» к работе с людьми с ограниченными возможностями здоровья // Теоретическая и экспериментальная психология. 2017. Т. 10. № 2. С. 38–53. doi:10.17759/exppsy.2016090103
2. Инвалидность – причины, виды, группы [Электронный ресурс]. URL: <http://tiensmed.ru/news/invalidnosti-ab1.html> (дата обращения: 11.12.2016).
3. Конвенция о правах инвалидов [Электронный ресурс]. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения: 11.01.2016).
4. Королева Ю.А. Отношение к инклюзивному образованию педагогов общеобразовательных организаций [Электронный ресурс] // Научно-методический журнал «Концепт». 2016. Т. 20. С. 77–80. URL: <https://e-koncept.ru/2016/56330.htm> (дата обращения: 17.02.2018).
5. Обучение студентов-инвалидов и студентов с ограниченными возможностями здоровья: методические рекомендации для преподавателей МГПИ / сост. О.В. Бобкова. Саранск: Мордов. гос. пед. ин-т, 2017. 91 с.
6. Самсонова Е.В., Мельникова В.В. Готовность педагогов общеобразовательной организации к работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми с инвалидностью как основной фактор успешности инклюзивного процесса [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 2. С. 97–112. doi: 10.17759/psyclin.2016050207 (дата обращения: 10.04.2018)
7. Федеральный закон "Об образовании в Российской Федерации" от 29.12.2012 N 273-ФЗ [Электронный ресурс]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (дата обращения: 16.04.2018)
8. Asmakovets E., Koziej S. Employment factors of social work students / Теория и практика на психолого-педагогическата подготовка на специалиста в университета. Сборник с научни доклади / под ред. Е. Рангеловой. Габрово: ЕКС-ПРЕС, 2016. Р. 170–174.

The Readiness of University Professors to Work with Students with Disabilities

Asmakovets E.S.,

PhD (Psychology), Associate Professor, Head of the Department of Social Work, Pedagogy and Psychology, Dostoevsky Omsk State University, Omsk, Russia, asmakovec_alena@mail.ru

Koziej S.,

Doctor in Pedagogy., professor UJK, Dean of the faculty of Pedagogy and Art of Jan Kochanowski University in Kielce, Kielce, Poland, s.koziej@ujk.edu.pl

The article presents the results of the study of the University professor's readiness to work with students with disabilities. The readiness of the University professors to work in the system of inclusive education considered by the authors as a complex integrative professional and personal formation. It consists of three interrelated components: cognitive, affective and behavioral. Behavioral is one of the conditions for the success of teaching students with disabilities in high school. In other words, the effective professional activity of a University professor is facilitated by the knowledge of the students' personality and their health features, positive attitude, acceptance and experience of interaction with them. In the framework of the study, 119 university professors of Russia, Belarus and Poland surveyed. The results allowed to determine the degree of readiness of University professors to work with students with disabilities and, as a result, demonstrated the need for developmental correction of each of the three components of this readiness.

Keywords: people with disabilities, readiness of university teachers to work with students with disabilities.

References

1. Asmakovets E., Koziej S. Gotovnost' studentov napravleniya «sotsial'naya rabota» k rabote s lyud'mi s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [Readiness of students of the direction "social work" to work with people with disabilities]. *Teoreticheskaya i eksperimental'naya psikhologiya [Theoretical and experimental psychology]*, 2017, vol. 10, no. 2, pp. 38–53. doi:10.17759/exppsy.2016090103

2. Invalidnost' – prichiny, vidy, gruppy [Elektronnyy resurs] [Disability-causes, types, groups]. URL: <http://tiensmed.ru/news/invalidnosti-ab1.html> (Accessed: 11.10.2014).
3. Konventsiya o pravakh invalidov [Elektronnyy resurs] [Convention on the rights of persons with disabilities]. URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (Accessed: 11.01.2016).
4. Koroleva Yu.A. Otnosheniye k inklyuzivnomu obrazovaniyu pedagogov obshcheobrazovatel'nykh organizatsiy [Attitude towards inclusive education of teachers of general education organizations]. *Nauchno-metodicheskiy zhurnal «Kontsept» [Scientific and methodological journal "Concept"]*, 2016, vol. 20, pp. 77–80. URL: <https://e-koncept.ru/2016/56330.htm> (Accessed: 17.02.2018).
5. Obucheniye studentov-invalidov i studentov s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya: metodicheskiye rekomendatsii dlya prepodavateley MGPI [Training of students with disabilities and students with disabilities: guidelines for teachers of MSPI] / O.V. Bobkova (ed.). Saransk: publ. of Mordovians. state. ped. in-t, 2017. 91 p.
6. Samsonova, E.V., Melnikova, V.V. Gotovnost' pedagogov obshcheobrazovatel'noy organizatsii k rabote s det'mi s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya i det'mi s invalidnost'yu kak osnovnoy faktor uspehnosti inklyuzivnogo protsessa [Elektronnyy resurs] [The Willingness of Teachers of Educational Organization to Work with Children with Disabilities as a Key Factor of Success of an Inclusive Process]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2016, vol. 5, no. 2, pp. 97–112. doi: 10.17759/psyclin.2016050207 (Accessed: 10.04.2018).
7. Federal'nyy zakon "Ob obrazovanii v Rossiyskoy Federatsii" ot 29.12.2012 N273-FZ [Elektronnyy resurs] [Federal Law "On Education in the Russian Federation" dated 29.12.2012 N 273-FZ] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (Accessed: 16.04.2018).
8. Asmakovets E., Koziej S. Employment factors of social work students. In Ye. Rangelova (ed.) *Teoriya i praktika psikhologo-pedagogicheskoy podgotovki spetsialista v universitete. Sbornik nauchnykh dokladov [Theory and practice of psychological and pedagogical training of a specialist at the university. Collection of scientific reports]*. Gabrovo: EX-PRES, 2016, pp. 170–174.

Психологические особенности образа Я и самооценки у подростков с нарушением почечного функционирования разной степени тяжести

Вачков И.В.,

доктор психологических наук, профессор кафедры социальной педагогики и психологии, факультет педагогики и психологии ФГБОУ ВПО «Московский педагогический государственный университет», Москва, Россия, igorvachkov@mail.ru

Заруба Д.А.,

сотрудник, Благотворительный фонд «Твоя территория», Москва, Россия, dzdmitrieva@gmail.com

Куртанова Ю.Е.,

кандидат психологических наук, зав. кафедрой специальной психологии и реабилитологии, факультет клинической и специальной психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия, ulia.kurtanova@yandex.ru

В статье представлены результаты исследования особенностей самооценки и образа Я трех групп подростков: имеющих легкую степень нарушений почечного функционирования, находящихся в терминальной стадии (ожидающих пересадку почки) и условно здоровых, составивших контрольную группу. Основными результатами сравнительного анализа указанных групп стали выявление сходства или незначимых различий в параметрах самооценки и образа Я у здоровых подростков и подростков с легкой степенью нарушений почечного функционирования, а также выявление статистически значимых различий между первыми двумя группами и группой подростков, находящихся в терминальной стадии заболевания почек по целому ряду шкал и показателей. Эти различия обнаруживаются прежде всего в более высокой эгоцентричности, не критичности, в обедненном, поверхностном и слабо дифференцированном представлении о себе у подростков последней группы. Их самооценка имеет низкий уровень, при этом уровень притязаний высокий и особенно резко завышен по шкале Здоровье; существует значительный разрыв между оценкой наличного состояния и желаемого.

Ключевые слова: подростки, образ Я, самооценка, уровень притязаний, самоотчетные характеристики, нарушения почечного функционирования, заболевания разной степени тяжести.

Для цитаты:

Вачков И.В., Заруба Д.А., Куртанова Ю.Е. Психологические особенности образа Я и самооценки у подростков с нарушением почечного функционирования разной степени тяжести [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 45–65. doi: 10.17759/psyclin.2018070303

For citation:

Vachkov I.V., Zaruba, D.A., Kurtanova Yu.Ye. Psychological Characteristics of Self-Image and Self-Assessment in Adolescents with Impaired Renal Functioning of Different Severity [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 45–65. doi: 10.17759/psycljn.2018070303 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Особенности формирования личности, осложненного условиями хронической соматической болезни, выявление личностных черт, характерных для конкретной нозологии, исследование самооценки и ее мотивационная роль в выздоровлении – привлекают все больший интерес психологов последние десятилетия. Этим психологическим явлениям посвящены многие работы зарубежных и отечественных специалистов (В.Н. Мясищев, Р.А. Лурия, В.В. Николаева, Е.Т. Соколова, Ю.Е. Куртанова и др.)

Однако отдельного исследования, посвященного изучению самосознания, самовосприятия или образа Я, установлению зависимости в отклоняющемся формировании этих явлений от степени тяжести заболевания, не проводилось.

Почечная недостаточность – это патологическое состояние, которое характеризуется полной или частичной утратой функции почек по поддержанию химического постоянства внутренней среды организма. Почечная недостаточность проявляется в нарушении процесса образования и (или) выведения мочи, нарушениях водно-солевого, кислотно-щелочного и осмотического баланса.

У пациентов, страдающих нарушениями почечного функционирования, часто бывают головные боли, головокружения, отеки, повышенное и трудно сбываемое артериальное давление.

При хронической почечной недостаточности (ХПН) по мере накопления азотистых продуктов обмена в крови, появляются подергивания мышц, иногда болезненные судороги икроножных мышц. В терминальной стадии ХПН характерны тяжелые поражения нервов (полинейропатии) с болями и атрофией (уменьшением

объема) мышц. У таких больных наблюдается слабость, в том числе мышечная, из-за анемии, сонливость, ухудшение памяти и другие физиологические проявления, иногда случаются судороги. А в тяжелых случаях – тремор и парезы конечностей.

Симптоматика со стороны центральной нервной системы претерпевает динамику от быстрого утомления, снижения памяти, нарушений сна до выраженной заторможенности и возбуждения, острых психозов, эпилептиформных припадков, нарушений мозгового кровообращения, комы. Это обусловливается нарушением гидратации клеток мозга и нарушением внутриклеточной энергетики [3].

У больных с легкой степенью нарушения почечного функционирования наблюдаются: пониженное настроение, переоценка тяжести болезни, фиксация внимания на своих ощущениях и физиологических отправлениях (особенно у личностей с астеническими, ригидными и истероидными чертами) [3].

Также существует процент больных, у которых срабатывает защитный механизм «отрицания болезни». У таких пациентов внешне ровное спокойное поведение, для них характерно избегание разговоров о болезни [5]. При латентных формах заболевания встречается рациональное отношение к болезни, проявляющееся в общей осведомленности о ней. Больные испытывают особый психологический дискомфорт от ограничений в образе жизни и диете, особо переживают страх смерти [10].

При хронической почечной недостаточности в стадии компенсации или субкомпенсации у подростков наблюдаются астеноневротические расстройства, которые проявляются лабильностью настроения, капризностью, раздражительностью, повышенной утомляемостью. Больных беспокоят частые головные боли, тупые боли в поясничной области и другие неприятные ощущения.

Подростки с ХПН быстро истощаются, они ограничены в физической активности, часто им показан постельный режим. Учащихся в школе переводят на домашнее обучение, что лишает их возможности общения со сверстниками и способов самоутверждения. Длительное пребывание в стационаре вызывает депрессивные переживания. Часто подростки угнетены своим состоянием, испытывают чувство обреченности [6]. В то же время у других больных может наблюдаться благодушное настроение с недооценкой характера и тяжести заболевания.

При хронической почечной недостаточности у больных происходит интоксикация организма – уремия. Острое течение уремии сопровождается оглушенностью, и у больных могут проявляться разнообразные психопатологические нарушения: галлюцинации, амнестические расстройства, двигательное беспокойство [3].

При хронической уремии признаки интоксикации проявляются в нарушении памяти, мышления, эмоциональной сферы. Подростки страдают забывчивостью, у них проявляется эмоциональная неустойчивость. Они испытывают трудности

в общении [3]. Иногда может наблюдаться инфантильное поведение и отношение к болезни: подростки могут недооценивать значимость заболевания, нарушать режим, отказываться от лечения [11].

Таким образом, нарушения почечного функционирования – особый тип хронических заболеваний, поскольку часто приводит к неизлечимой форме – почечной недостаточности. ХПН способствует проявлению в личности больных психологических особенностей, которые отсутствуют у страдающих другой соматической патологией. Например, длительная интоксикация организма вызывает нарушения памяти, мышления, эмоциональной и коммуникативной сфер, появление психопатологических нарушений.

Для оказания психологической помощи подросткам, страдающим нарушением почечного функционирования, необходимо знать особенности их образа Я и самооценки. Поэтому **целью** проведенного исследования стало выявление особенностей образа Я и самооценки подростков с нарушением почечного функционирования разной степени тяжести.

Процедура исследования

В исследовании участвовали три группы испытуемых. Основную экспериментальную группу составили 18 подростков 12–17 лет, ожидающих пересадку почки в Российской детской клинической больнице (РДКБ). В исследовании эта группа была обозначена как RDKB. Группа *Pediatrics* (P) – 18 подростков от 12 до 17 лет, находящихся на стационарном лечении в отделении нефрологии ФГБУ НИИ педиатрии и детской хирургии РАМН. Контрольную группу (обозначена как *Norma* (N)) составили 20 подростков 12–14 лет, учащихся в среднеобразовательной школе № 553. Основные характеристики этих трех групп представлены в таблице 1.

Таблица 1

Характеристики исследованных групп

Характеристики	Norma (N)	Pediatrics (P)	RDKB
Возраст	12,7 \pm 0,75	13,9 \pm 1,32	12,9 \pm 1,58
Девочки (чел.)	11	8	5
Мальчики (чел.)	9	10	13
Всего (чел.)	20	18	18

В исследовании были использованы следующие методики: проективная методика Гудинаф-Харриса «Я в трех проекциях» (в модификации Е.Б. Фанталовой) [12]; тест М. Куна «Кто я?» (в модификации Т.В. Румянцевой) [9]; методика «Положительные и отрицательные качества»; методика исследования самооценки Дембо–Рубинштейн (интерпретация и подсчет по А.М. Прихожан) [8].

При статистической обработке данных использовался U-критерий Манна-Уитни. Для определения значимости различий величина полученных значений сравнивалась с таблицей критических значений для уровня значимости 0,05.

Был проведен качественный анализ рисунков тремя квалифицированными экспертами, имеющими профессиональный стаж более 10 лет, двое из которых имеют ученые степени.

Результаты и их обсуждение

Для оценки компонентов образа Я подростков и выявления различий было проведено попарное сравнение результатов, полученных по методике «Я в трех проекциях» (в модификации Е.Б. Фанталовой) [12], в трех группах испытуемых с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Статистический анализ расхождения между рисунками показал, что при уровне значимости $p < 0,05$ по всем шкалам различия незначимы.

Если обратиться к оценке общих и средних баллов по указанной методике, то наблюдается различие между здоровыми детьми и детьми из групп Р и RDKB. Однако оно небольшое: 1-1,5 балла. Отметим, что между группой Р и группой RDKB различий практически нет, в отличие от сравнения этих групп с группой нормы.

Все три группы подростков относительно зависимы от мнения окружающих в видении себя реального и идеального. Причина этого может заключаться в том, что подростки – как здоровые, так и с хроническими заболеваниями – мало задумываются о самовосприятии, тем более – о восприятии их окружающими, что связано, видимо, со сниженной критичностью и характерной для этого возраста неустойчивой самооценкой [14].

Качественный анализ рисунков

Если обратиться к качественному анализу рисунков, сделанных при выполнении методики «Я в трех проекциях», то обращает на себя внимание тот факт, что в нормативной группе у девочек преобладают изображения ребусные, символические, а также изображения человека (девочек) или животных, а у мальчиков – схематичные рисунки. Иногда в этой группе встречались изображения лиц или изображения отсутствовали.

У подростков из группы Peditria рисунки наиболее содержательны, разносторонни и разнообразны, изредка встречались схематичные, формальные и неполные изображения – отдельных частей тела. Можно предположить, что это объясняется тем, что у подростков этой группы достаточно возможностей для общения, творчества, обучения, взаимодействия со взрослыми. Поэтому для них, как и для группы условной нормы, выполнение психодиагностических методик не является чем-то важным и увлекательным (исключение составили отдельные

испытуемые с эмоциональными трудностями или трудностями в коммуникации, которые, осознавая эти трудности, хотели разобраться в себе) [4].

Наиболее же упрощенные рисунки оказались у подростков в группе RDKB. У них встречается отсутствие рисунка (одного, нескольких), они часто изображают только лицо. Рисунки схематичные, примитивно детские, а изображения самих себя в метафорической или символической форме также крайне просты: в образе солнца, сердечка, книги, ноутбука. Это также может быть связано с высокой астеничностью и личностной инфантильностью детей. Изображения человека часто оказываются незавершенными: с недорисованными или короткими конечностями. Характеризуя себя, подростки используют отдельные прилагательные – хороший, добрый.

Также заметна разница в размерах рисунков: у подростков из группы RDKB рисунки часто очень маленького размера, а у подростков из группы *Pediatrics* они занимают все пространство (одна четверть листа) выделенной части бланка. Подростки с тяжелыми нарушениями и в норме редко использовали разные цвета, чаще рисовали простым карандашом, в отличие от подростков из группы *Pediatrics*, которые максимально раскрашивали свои рисунки. У многих подростков из групп Р и RDKB вызывало затруднение задание нарисовать себя, особенно это касалось темы «Я глазами других». Но если подростки из группы Р справились с первоначальной трудностью, помогая себе вербальным описанием, то подростки из группы RDKB часто не могли справиться с заданием. Это подтверждается статистически: показатели U-критерия по шкале «Я глазами других» 57 и 99 при уровне значимости $p < 0,05$.

Сложность задания могла вызвать у подростков с тяжелыми нарушениями непредсказуемую реакцию, например, у них полностью пропадало и так не слишком выраженное желание общаться с психологом, и исчезала всякая мотивация к выполнению заданий. Это, видимо, можно объяснить инфантильностью и недостаточным уровнем произвольной регуляции подростков этой группы, что было выявлено в некоторых исследованиях. Тяжелое заболевание ребенка формирует у матерей воспитательную установку, ориентированную на лечение. Сосредоточившись на болезни своих детей и их лечении, родители недостаточно внимания уделяют их эмоциональному и интеллектуальному развитию [2]. Без должного внимания остаются такие стороны личностного развития, как самовосприятие и образ Я. Возможно, сказывается эгоцентризм, в целом характерный для людей, страдающих серьезными соматическими заболеваниями, который мешает воспринимать точку зрения другого [11]. А возможно, некоторым подросткам, имеющим сопутствующие заболевания, например, нарушенный слух, представить себя глазами других проблематично или неприятно.

В нашем исследовании уровень интеллектуального развития специально не изучался, однако можно предположить, что качество выполнения заданий от него зависело. Это касается и рисунков (например, подростки могли изображать себя метафорически, ребусно, могли выбирать философские самоопределения), и качества и количества вербальных ответов. Вместе с тем и в протоколах условно

здоровых подростков встречаются формальные ответы и рисунки. Таким образом, остается неясным: либо они не доверяли психологу, либо не хотели всерьез задумываться над поставленными вопросами [4].

Интересно также, что подростки из группы *Pediatria* охотнее шли на контакт, доверяли психологу и раскрывались без затруднений, выполняли задания не формально, а с явным интересом. Этого нельзя сказать об испытуемых из двух других групп. Можно предположить, что подростки из группы условной нормы были более критичны и недоверчивы, они порой проявляли негативное отношение к процедуре исследования. Подростки с тяжелой степенью заболевания в силу недостаточно сформированных коммуникативных навыков, возможно, сниженного интеллектуального уровня порой не могли выполнить задания и отшучивались или просто отказывались.

При создании рисунка «Я глазами других» подростки всех групп активно использовали метафоричные образы: например, характеризуя себя как «любопытную, разговорчивую», девочка изображает ухо, к которому приложена телефонная трубка. «Другие видят меня приятным в общении, отзывчивым человеком»: подросток изображает рот как средство общения и песок на пляже, «потому что на пляже приятно находиться и общаться». Или, например, реплика «Другие видят меня жестоким, сильным, вспыльчивым» проиллюстрирована изображением Змея Горыныча, имеющего три головы: «в зависимости от ситуации какую-то голову приходится отсекают». Еще пример: подросток использует образ хамелеона, чтобы продемонстрировать переменчивость своих эмоциональных состояний. В таблице 2 представлены данные по группам о типах рисунков, встретившихся при выполнении методики «Я в трех проекциях».

Таблица 2

Распределение рисунков по характеру их выполнения (в %)

Категории	Norma			Pediatria			RDKB		
	Символ, ребус, предмет, персонаж, животное	Человек, лицо	Отсутствие рисунка	Символ, ребус, предмет, персонаж, животное	Человек, лицо	Отсутствие рисунка	Символ, ребус, предмет, персонаж, животное	Человек, лицо	Отсутствие рисунка
Я глазами других	85	15	0	61	33	6	16	39	45
Я-реальное	80	20	0	55	39	6	50	40	10
Я-идеальное	80	10	10	45	33	22	45	45	10

Охотнее всего подростки из всех трех групп выполняли задание «Я хотел(а) бы быть» и делали рисунки на эту тему. В своих ответах подростки называли:

- профессию или деятельность, которую хотели бы освоить (стать врачом, военным, водителем, получить образование, работать в зоопарке). Подростки из групп Р и RDКВ часто среди профессий называли врача. Здоровые подростки больше ориентировались на богатство и успех («Хочу быть миллиардером», «богом», «риэлтором», «популярным психологом»);
- качества, которые хотели бы иметь (настойчивость, успешность, уверенность, независимость в себе и др.);
- способности («быть умным», «быть талантливой»);
- эмоциональные состояния («радостной, счастливой», «веселой»);
- физическую привлекательность («красивой», «сильным», «чтобы были мускулы», «хочу отрастить бакенбарды»);
- здоровье: прямые формулировки типа «быть здоровой», «вылечить здоровье» у подростков с хроническими заболеваниями встречались редко, зато часто – косвенные, связанные с хорошей физической формой, возможностью заниматься спортом; у здоровых подростков вообще отсутствуют упоминания о здоровье.

Некоторые подростки ничего не хотели в себе менять, их все устраивало («Остаться такой, какая я есть»). Были ответы экзистенциального характера: «Я хотела бы быть обычной звездой во Вселенной».

Подростков с соматическими заболеваниями больше волнуют их возможные успехи, дальнейшая деятельность, здоровье, внешность. А подростков из группы условно здоровых – успех, независимость, самостоятельность, богатство. Они говорят о том, что порой ощущают себя несчастными, хотят быть сильными и не испытывать боли, которую причиняют им сверстники, в том числе и те, в которых они влюблены. Для них важно, что о них думают другие подростки [13; 14]. В ходе беседы с психологом здоровые подростки 12-14 лет иногда указывали, что уже сталкивались с трудностями в любовных отношениях и это причиняло им страдания. В то же время подростки с хроническими заболеваниями не упоминали о своих сердечных переживаниях и не называли себя несчастными в связи с этим.

Причины ощущения себя несчастными у здоровых подростков связаны с их взаимоотношениями со сверстниками, с недостаточно высоким статусом в группе, с отсутствием признания. А у подростков, страдающих соматическими заболеваниями, негативные эмоции вызваны отсутствием здоровья и возможностей заниматься тем, чем бы хотелось, необходимостью постоянного лечения, пребывания вне дома и семьи, недостатком контактов со сверстниками [1]. Но в целом подростки с хроническими соматическими заболеваниями, в отличие от

своих здоровых сверстников, чаще ощущают себя счастливыми и стараются быть такими (см. табл. 9, шкала «Счастье», распределение ответов в процентах: у детей из групп Р, RDКВ в два раза меньше ответов «низкий уровень счастья» по сравнению с детьми из группы N).

Таким образом, можно предположить, что подростков с соматическими заболеваниями волнуют их возможные успехи, дальнейшая деятельность, здоровье, а представителей группы условно здоровых – успех, независимость, самостоятельность, богатство, отношение к ним других подростков.

Анализ результатов по методике М. Куна «Кто я?»

Показатель количества самохарактеристик, полученных в выборке по методике М. Куна «Кто я?» (в модификации Т.В. Румянцевой), отражает уровень самопрезентации подростков как вовне (презентация себя социуму), так и самовосприятие: насколько хорошо или плохо, глубоко или поверхностно они знают себя (табл. 3). Контент-анализ ответов позволяет выявить повторы, которые являются сигналом о какой-то волнующей подростка проблеме [9].

Таблица 3

Уровень самопрезентации (количество ответов)

	Группа N / P	Группа N / RDКВ	Группа P / RDКВ
Уровень самопрезентации	145,5	62,5*	69,5*

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

По данным таблицы 3 мы видим, что достоверно значимыми являются различия в группах *Pediatrics*/RDКВ и *Norma*/RDКВ. Количество названных характеристик в группах различается: у подростков из группы *Norma* в среднем оказалось 10 ответов на человека, а в группе RDКВ – практически в два раза меньше (в среднем 5). Количество ответов от 9 до 17 – средний, умеренный уровень самопрезентации, свыше 15 – можно говорить о высоком уровне рефлексии. Не более 8 – показатель низкого уровня рефлексии, и он означает, скорее всего, что подростки из группы RDКВ не задумываются о себе, используют наиболее простые и очевидные характеристики [9]. Также это говорит об особом эмоциональном состоянии: замкнутости, тревожности, неуверенности в себе, трудностях в самоконтроле [11].

Короткий контент-анализ ответов (психолингвистический анализ) включал подсчет использованных частей речи, времени сообщения, количества субъективных или объективных характеристик, а также положительных или отрицательных. Анализ проводился тремя квалифицированными экспертами, имеющими профессиональный стаж более 10 лет, двое из которых имеют научные

степени. При этом под субъективными ответами мы понимаем оценочные, личностно-значимые характеристики (например, «одиночка», «веселый», «смелый» и т.д.), а под объективными – все то, что является фактом объективной действительности подростков (пол, возраст, имя, фамилия, социальное положение и т.д.) [9]. Результаты отражены в таблице 4.

Таблица 4

Контент-анализ ответов по тесту М. Куна «Кто я?» (в %)

Переменные		Norma	Pediatria	RDKB
Части речи	Существительные	34	47	35
	Прилагательные	42	42	39
	Глагол	24	11	26
Время	Настоящее	97	97	100
	Прошрое	1,5	1,5	0
	Будущее	1,5	1,5	0
Характеристики	Объективные характеристики	30	30	27
	Субъективные характеристики	70	70	73
Субъективные характеристики	Положительные	72	80	85
	Отрицательные	28	20	15

Таблица 4 показывает, что у подростков из группы *Pediatria* меньше выявлено глаголов, что может свидетельствовать о недостаточной уверенности в себе, недооценке своей эффективности. У подростков из *RDKB* высокая представленность глаголов, по-видимому, не означает уверенности в себе, скорее – недостаточную критичность [9]. Интересно, что в самохарактеристиках о своем будущем в равной степени (хоть и не часто) писали подростки условной нормы и подростки из группы *Pediatria*. Полностью отсутствует упоминание будущего у представителей группы *RDKB*. Возможно, это связано с тем, что подросткам из этой группы думать о будущем страшно, т.к. они находятся перед чертой, за которой вопрос стоит не о вариантах будущего, а о жизни и смерти. При этом подростки этой группы не вспоминают и о прошлом: они живут только настоящим моментом, что опять-таки связано, по-видимому, с переживанием тяжести заболевания. Во всех группах преобладает позитивная валентность идентичности – т.е. положительных качеств подростки называют больше. Хотя у некоторых подростков из групп *Pediatria* и *RDKB*, в отличие от их здоровых сверстников, встречаются откровенно уничижительные самохарактеристики (*дурак, неряха, слабак*).

Качественный анализ ответов позволил отметить, что главная тема здоровых подростков – это общение и все что с ним связано: статус в группе, одиночество и непризнанность (*«изгой», «я берегу чужие чувства, а мне кидают нож в спину»*); дружелюбие и общительность; наличие друзей или отсутствие друзей; трудности

в общении («*есть мальчик в классе, которого я ненавижу*»), что является совершенно адекватным этому возрастному этапу [7]. Часто встречаются ответы «*до конца сам не знаю, кто я*» или просто «*не знаю*».

У подростков из группы Peditria ответы имеют более рефлексивный характер, они больше направлены на них самих, хотя тема общения также присутствует: «*общительный*», «*дружелюбный*», «*хочу больше общаться*». Видимо, эта тема актуальна для них в связи с резким сужением круга общения в связи с переходом на домашнее обучение.

Подростки из группы RDKB в основном также называли свои субъективные качества («*хороший*», «*нормальный*», «*умный*», «*смелый*»), свои хобби, увлечения, внешность. Так, встречались повторяющие описания себя, например, «*красивая*», «*красавчик*», «*красивый*», «*милашка*». Упоминали свою принадлежность к семье («*брат*», «*сын*», «*внук*»). Тема общения не проявлялась в их ответах. Особенности самохарактеристик каждой группы подростков (компонентов самоидентичности) представлены в таблице 5.

Таблица 5

**Распределение самохарактеристик подростков
по компонентам идентичности**

Компонент идентичности	Группа N / P	Группа N / RDKB	Группа P / RDKB
Социальное «Я»	162	136	142,5
Коммуникативное «Я»	144,5	81,5*	113,5
Материальное «Я»	180,5	171	153
Физическое «Я»	128	122	151
Деятельное «Я»	194	130,5	87,5*
Перспективное «Я»	190,5	169,5	145
Рефлексивное «Я»	191	105*	86,5*

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

Из данных таблицы 6 видно, что значимые различия выявляются при сравнении группы нормы с подростками из группы RDKB по параметрам «Коммуникативное Я» и «Рефлексивное Я». По параметрам «Деятельное Я» и «Рефлексивное Я» результаты испытуемых группы RDKB отличаются от результатов подростков группы Peditria, имеющих значимо более высокие показатели. При этом значимых различий между подростками группы Peditria и их здоровыми сверстниками нет.

Однако стоит обратить внимание на содержательное наполнение ряда компонентов идентичности. Так здоровые подростки часто писали о себе как об

ученике, гражданине страны, мальчике или девочке, в то время как подростки из других групп чаще указывали на роль в семье («сын», «внучка», «дочь»). Также здоровые подростки часто указывали на наличие или отсутствие друзей («общительный», «много друзей», «изгой», «одиночка»), т.е. воспринимали себя членом группы, сообщества, фиксировали свой статус в коллективе. Подростки из групп Peditria и RDKB называли только свои качества – «общительный», «люблю общаться».

Физический компонент идентичности у условно нормативных подростков также выражается более интенсивно, они часто писали о своей внешности, ощущениях, формальных характеристиках тела (рост, вес).

Таким образом, можно сказать, что подростки с заболеванием в терминальной стадии испытывают трудности с разрешением базовых задач подросткового возраста – общения, профессиональной ориентации, самоопределения в силу складывающейся из-за болезни социальной ситуации развития (ограниченность в общении, недостаток полноценного обучения, снижение требований к ним со стороны взрослых – учителей и родителей). Это самым непосредственным образом сказывается на уплощении, обеднении их самовосприятия, содержания образа Я, делает его поверхностным, мешает развитию рефлексивности.

Анализ результатов по методике «Положительные и отрицательные качества»

Анализ результатов методики показывает, что значимые различия по параметрам «Общее количество качеств» и «Общее количество отрицательных качеств» наличествуют между группами N и P и группами P и RDKB. То есть подростки из группы с хроническими нарушениями работы почек (но не в терминальной стадии) более критично относятся к себе, чем здоровые подростки, и выделяют в себе положительные и отрицательные качества примерно в равной пропорции. У подростков из групп N и RDKB количество положительных качеств преобладает над количеством отрицательных (табл. 6).

Таблица 6

Соотношение положительных и отрицательных качеств

Переменные	Группа N	Группа P	Группа RDKB
Общее количество названных качеств	82,5*	165	63,5*
Общее количество положительных качеств	114	175	107,5
Общее количество отрицательных качеств	96,5*	126	44*

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

Здоровые подростки в качестве положительных качеств выделяют в себе эмпатичность (в эту категорию были включены такие характеристики как доброта, отзывчивость, готовность помочь), а также жизнерадостность, оптимизм, общительность (дружелюбие, наличие друзей). Рассматривают как недостатки лень (неуспешность в учебе), мягкость (в эту категорию были включена такие характеристики как нерешительность, доверчивость, застенчивость), агрессивность (злость, раздражительность, вспыльчивость, упрямство).

Подростки из группы Peditria называют сходный набор качеств. Но они реже выделяют общительность и оптимизм, однако чаще – способности (ум, любовь к учебе), прилежание (категорию, к которой были отнесены честность, ответственность, принципиальность, старательность и т.д.). Среди негативных качеств появляются упоминание о недостатке здоровья, эгоистичности, эмоциональной неустойчивости (нервность, импульсивность, тревожные переживания) (табл. 7).

Таблица 7

Наборы выделяемых качеств

Группы	Положительные качества	Отрицательные качества
Norma	Эмпатичность (30%) Жизнерадостность (25%) Общительность (20%) Способности (9%) Воспитанность (6%) Успешность (6%) Здоровье (4%)	Лень (36%) Мягкость (23%) Агрессивность (15%) Вранье, вредность (10%) Пессимизм (10%) Неудовлетворенность внешностью (5%)
Peditria	Эмпатичность (33%) Способности (19%) Оптимизм (15%) Прилежание (15%) Физические характеристики (12%) Общительность (6%)	Антиспособности, лень (18%) Мягкость (18%) Агрессивность (14%) Эмоциональная неустойчивость (16%) Эгоистичность (14%) Здоровье (11%) Неудовлетворенность внешностью (9%)
RDKB	Доброта (34%) Способности, увлечения (27%) Прилежание (17%) Оптимизм (12%) Общительность (2%) Сила воли (2%)	Агрессивность (26%) Эмоциональная неустойчивость (26%) Неуспешность (17%) Здоровье (26%) Вредность (4%)

Заметим, что тяжело больные подростки самое большое значение придают доброте, помощи, однако в их ответах нет упоминания эмпатичности (возможно, это связано с недостатком общения). В то же время для подростков с болезнью в терминальной стадии оказалось важным прилежание (старательность, трудолюбие), у них есть свои увлечения (чтение, компьютерные игры), и они выделяют в себе способности (ум, фантазия). А вот общительность в отличие от подростков из двух других групп практически не упоминается. Негативные качества – эмоциональная неустойчивость (вспыльчивость, ранимость), агрессивность, недостаток здоровья. При этом о болезни говорится не напрямую, а косвенно: плохая память, плохой слух, физическая слабость и т. п.

Таким образом, легко увидеть, что самописание посредством положительных и отрицательных характеристик сходно у подростков из группы условной нормы и *Pediatrics* и отличается у подростков с тяжелыми формами болезни. Для них характерно сужение числа характеристик, преобладание положительных качеств над отрицательными.

Анализ результатов исследования самооценки по методике Дембо–Рубинштейн

Из данных табл. 8 видно, что высота самооценки у здоровых подростков и подростков с хроническими заболеваниями (не в терминальной стадии) распределяется одинаково (преобладает средняя и выше средней, что является нормой [7; 8]).

Имеются некоторые различия по шкалам *Счастье* и *Здоровье*: подростки из группы *Pediatrics* в меньшей степени ощущают себя счастливыми и здоровыми.

Подростки из группы RDKB большое значение придают характеру (что также отразилось и в ответах по методике «Положительные, отрицательные качества»), высота самооценки по шкале *Характер* – на высоком и очень высоком уровнях.

При анализе уровня притязаний выявилось, что здоровые подростки отмечали уровень притязаний в 100 баллов по шкалам *Счастье* и *Здоровье*. Также согласно полученным данным, завышенные ожидания, желанность *Здоровья* обнаруживаются у подростков из группы RDKB – с заболеванием в терминальной стадии. Практически все они делали отметки высоты притязаний на верхнем полюсе этой шкалы.

Наибольший разрыв между самооценкой и желаемым уровнем у здоровых подростков приходится на шкалу *Ум*, у подростков из группы *Pediatrics* и RDKB – на шкалу *Здоровье*. Между тем, разрыв больше 23 баллов свидетельствует о конфликте между возможным и желаемым, что может тормозить личностное развитие [8]. Также это выступает свидетельством неудовлетворенности собой или тем состоянием, в котором находится человек.

Таблица 8

Распределение уровней самооценки по методике Дембо–Рубинштейн (в %)

Шкалы	Norma				Pediatria				RDKB			
	Низ.	Ср.	В. ср.	Выс.	Низ.	Ср.	В. ср.	Выс.	Низ.	Ср.	В. ср.	Выс.
Ум	5	50	30	15	10	40	30	20	28	33	17	22
Характер	10	45	25	20	28	17	33	22	17	11	28	44
Здоровье	23	28	23	26	33	34	23	10	33	33	6	28
Счастье	40	0	10	50	22	17	33	28	11	22	28	39
Общая	19	31	22	28	23	27	30	20	22	25	20	33

Примечание. Низ. – низкий уровень самооценки (<45 баллов); ср. – средний уровень самооценки (45–59 баллов); в. ср. – уровень самооценки выше среднего (75–100 баллов) и выс. – высокий уровень самооценки (75–100 баллов).

Анализ данных, представленных в табл. 9, показывает, что между подростками с нарушением почечного функционирования в легкой степени и их здоровыми сверстниками достоверных различий нет, а вот между этими двумя группами и группой подростков, у которых заболевание в терминальной стадии, различия отношения уровня притязаний статистически значимы.

Таблица 9

Сравнение параметров методики Дембо–Рубинштейн в разных группах (величина U критерия)

Шкалы	Высота самооценки			Уровень притязаний		
	N / P	N / RDKB	P / RDKB	N / P	N / RDKB	P / RDKB
Ум	154,5	148,5	136,5	163,5	113,5	117
Характер	169	123,5	110,5	146	71*	86*
Здоровье	122	147,5	151	175,5	68*	49*
Счастье	171	157	145	148,5	60*	79,5*

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

Таким образом, у здоровых подростков и подростков из группы с легкой формой нарушения почечного функционирования преобладает средний и высокий уровень самооценки и притязаний, расхождение между актуальной самооценкой и уровнем притязаний также колеблется между средней и слабой степенью (больше половины ответов). Самооценка, уровень притязаний и степень расхождения между «хочу» и «могу» подростков с тяжелой формой заболевания имеют отличия от

показателей других групп: самооценка преобладает низкая, уровень притязаний высокий и предельно завышен по шкале *Здоровье*, у них наблюдается наибольший процент сильного расхождения между «могу» и «хочу».

Выводы

Сравнительный анализ особенностей самосознания трех групп подростков (условно здоровых, имеющих нарушения почечного функционирования в легкой степени и тех, у кого заболевание в терминальной стадии) выявил совпадения по большинству параметров между подростками первых двух групп. В то же время сравнение подростков с заболеванием в терминальной стадии со здоровыми сверстниками и подростками с нарушениями почечного функционирования легкой степени по многим показателям и шкалам дает достоверные различия.

Подростки из группы RDКВ испытывают трудности и ограничения в решении задач своего возраста – самопознание, идентификация, поиск своего места в мире, жизни, обществе. Их коммуникативный, рефлексивный и деятельностный компоненты идентичности имели самые низкие показатели.

Образ Я подростков с заболеванием в терминальной стадии характеризуется: эгоцентричностью, некритичностью, обедненностью. Идентичность этой группы детей малодифференцирована, однообразна, поверхностна. Подросткам присущ низкий уровень рефлексии, импульсивность.

У подростков с заболеванием в терминальной стадии преобладает низкая самооценка, уровень притязаний высокий и резко завышен по шкале *Здоровье*, обнаруживается значительное расхождение между оценкой наличного состояния и желаемого.

В образе Я подростков с нарушениями почечного функционирования в легкой степени нет различий по большинству параметров, однако была обнаружена определенная специфика в сферах, связанных с общением (выраженное желание общаться и недостаток общения), здоровьем (проблемы со здоровьем попадали в списки отвергаемых в себе качества) и счастьем. Самооценка и притязания подростков с нарушениями почечного функционирования в легкой степени имеют средний и высокий уровни. Расхождение между актуальной самооценкой и уровнем притязаний имеет среднюю и слабую степень.

На основании представленных выводов можем сформулировать ряд рекомендаций по работе психолога с подростками и родителями. Работа психолога с детьми должна быть направлена на развитие рефлексии посредством совместной деятельности со сверстниками (командные игры, театральные постановки с обсуждением полученного опыта в конце каждой встречи). Цель – научить подростков говорить о своих чувствах, переживаниях, выражать отношение к другим, учиться сравнивать и анализировать. Также необходимо моделировать такие ситуации общения, которых дети лишены или в которых ограничены; важно

развитие самопознания, способности слышать себя и выражать свои чувства и эмоции (занятия могут быть как групповыми, так и индивидуальными). Эффективны в работе с подростками в соматической клинике игры, арт-терапевтические занятия с целью снижения страхов, тревожных состояний, повышения уровня самопринятия.

Работа с родителями должна быть направлена на снятие тревожности и страхов, которые могут возникать в связи с болезнью ребенка. Психологу нужно помочь родителю расширить эмоциональный опыт взаимодействия с ребенком, акцентировать внимание родителей на психологические потребности ребенка и необходимость развивать его личностные особенности, его эмоциональную, интеллектуальную, культурную, рефлексивную, коммуникативную, творческую стороны личности.

Литература

1. *Агаларова К.Н.* Восприятие подростками больничной среды [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 1. С. 33–44. doi:10.17759/cpse.2016050103
2. *Буслаева А.С.* Родительские воспитательные установки при хроническом соматическом заболевании ребенка (на материале юношеского ревматоидного артрита) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 4. С. 61–75. doi:10.17759/cpse.2016050405
3. *Васильева И.А.* Качество жизни больных при лечении гемодиализом: биологические и психосоциальные факторы, методы оценки и подходы к коррекции: автореф. дис. ... док. психол. наук. СПб., 2010. 45 с.
4. *Венгер А.Л.* Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. 160 с.
5. *Исаев Д.Н.* Формирование внутренней картины болезни у детей и психосоматическая ситуация // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2001. № 1. С. 20–31.
6. *Куртанова Ю.Е.* Возможности психологической реабилитации пациентов с первичными лимфедемами [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 4. С. 118–127. doi:10.17759/cpse.2016050409
7. *Обухова Л.Ф.* Возрастная психология. М.: Юрайт, 2010. 460 с.
8. *Прихожан А.М.* Диагностика личностного развития детей подросткового возраста. М.: АНО «ПЭБ», 2007. 56 с.

Вачков И.В., Заруба Д.А., Куртанова Ю.Е.
Психологические особенности образа Я и самооценки
у подростков с нарушением почечного
функционирования разной степени тяжести
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 3. С. 45–65.

Vachkov I.V., Zaruba, D.A., Kurtanova Yu.Ye.
Psychological Characteristics of Self-image and Self-
assessment in Adolescents with Impaired Renal
Functioning of Different Severity
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 3, pp. 45–65.

9. *Румянцева Т.В.* Психологическое консультирование: диагностика отношений в паре. СПб.: Речь, 2006. 176 с.
10. *Свиштунова Е.В.* Ребенок и болезнь: психологический аспект проблемы // Педиатрия. 2010. № 3. С. 54–58.
11. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995. 359 с.
12. *Фанталова Е.Б.* Я-образ в условиях переживания внутренних конфликтов у студентов // Современная психодиагностика России. Преодоление кризиса: сборник материалов III Всероссийской конференции по психологической диагностике / Под ред. Н.А. Батурина. Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ. 2015. Т. 2. С. 184–187.
13. *Харламенкова Н.Е.* Самоутверждение подростка. М.: Институт психологии РАН, 2007. 384 с.
14. *Эриксон Э.* Идентичность: юность и кризис. М.: Прогресс, 1996. 342 с.

Psychological Characteristics of Self-Image and Self-Assessment in Adolescents with Impaired Renal Functioning of Different Severity

Vachkov I.V.,

Doctor in Psychological Sciences, Professor, Institute for Social Sciences of Russian Academy of National Economy and Public Administration under the President of Russian Federation, Moscow, Russia, igorvachkov@mail.ru

Zaruba D.A.,

co-worker, Charity Fund "Your territory", Moscow, Russia, dzdmitrieva@gmail.com

Kurtanova Yu.Ye.,

PhD in Psychology, head of the Department of Special Education and Rehabilitation, faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ulia.kurtanova@yandex.ru

The article presents the study results of the features of self-assessment and self-image of three groups of adolescents: with a mild degree of renal failure, in the terminal stage (waiting for a kidney transplant) and healthy, who formed the control group. The main results of the comparative analysis of these groups were the identification of similarities or minor differences in the parameters of self-assessment and self-image among healthy adolescents and adolescents with mild renal dysfunction, as well as the identification of statistically significant differences between the first two groups and the group of adolescents in the terminal stage of kidney disease on a number of scales and indicators. These differences are found, first of all, in higher egocentricity, uncritical, in poor, superficial and poorly differentiated representation of themselves in adolescents of the last group. Their self-assessment is low, while the level of claims is high and particularly sharply overstated on the Health scale; there is a significant gap between the assessment of the available condition and the desired one.

Keywords: adolescents, self-image, self-assessment, level of claims, self-characteristics, renal dysfunction, diseases of different severity.

References

1. Agalarova K.N. Vospriyatie podrostkami bol`nichnoj sredy` [Elektronnyi resurs] [Adolescent's perception of hospital spaces]. *Klinicheskaya i special'naya psixologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2016, vol. 5, no. 1, pp. 33–44 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/cpse.2016050103
2. Buslaeva A.S. Roditel'skie vospitatel'ny'e ustanovki pri xronicheskom somaticheskom zabolevanii rebenka (na materiale yunosheskogo revmatoidnogo artrita) [Parental Attitude to Upbringing the Child with Chronic Somatic Disease (Based on Juvenile Rheumatoid Arthritis)] [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaya i special'naya psixologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2016, vol. 5, no. 4, pp. 61–75. (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/cpse.2016050405
3. Vasil`eva I.A. Kachestvo zhizni bol'ny`x pri lechenii gemodializom: biologicheskie i psixosocial'ny'e faktory`, metody` ocenki i podxody` k korrekcii: avtoref. dis. ... dok. psiol. nauk [Quality of life of patients with hemodialysis treatment: biological and psychosocial factors, assessment methods and approaches to correction. Dr. Sci. (Psychology). Thesis]. Saint-Petersburg, 2010. 45 p. (In Russ.).
4. Venger A.L. Psixologicheskie risunochny`e testy`: Illyustrirovannoe rukovodstvo [Psychological Picture Tests: Illustrated Guide]. Moscow: Vldos-Press, 2003. 160 p. (In Russ.).
5. Isaev D.N. Formirovanie vnutrennej kartiny` bolezni u detej i psixosomaticheskaya situaciya [Formation of the internal picture of the disease in children and psychosomatic situation]. *Voprosy` psixicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov [Questions of mental health of children and adolescents]*, 2001, no. 1, pp. 20-31. (In Russ.).
6. Kurtanova Yu.E. Vozmozhnosti psixologicheskoy rehabilitacii pacientov s pervichny`mi limfedemami [Elektronnyi resurs] [The Possibilities of Psychological Rehabilitation of Patients with Primary Lymphedema]. *Klinicheskaya i special'naya psixologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2016, vol. 5, no. 4, pp. 118–127. (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/cpse.2016050409
7. Obuxova L.F. Vozrastnaya psixologiya [Age psychology]. Moscow: Yurajt, 2010. 460 p. (In Russ.).
8. Priozhan A.M. Diagnostika lichnostnogo razvitiya detej podrostkovogo vozrasta [Diagnosis of the personal development of adolescent children]. Moscow: ANO «PE`B», 2007. 56 p. (In Russ.).
9. Rumyanceva T.V. Psixologicheskoe konsul'tirovanie: diagnostika otnoshenij v pare [Psychological counseling: diagnosis of relationships in pairs]. Saint-Petersburg: Rech`, 2006. 176 p. (In Russ.).

Вачков И.В., Заруба Д.А., Куртанова Ю.Е.
Психологические особенности образа Я и самооценки
у подростков с нарушением почечного
функционирования разной степени тяжести
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 3. С. 45–65.

Vachkov I.V., Zaruba, D.A., Kurtanova Yu.Ye.
Psychological Characteristics of Self-image and Self-
assessment in Adolescents with Impaired Renal
Functioning of Different Severity
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 3, pp. 45–65.

10. Svistunova E.V. Rebenok i bolezni: psixologicheskij aspekt problemy` [Child and illness: the psychological aspect of the problem]. *Pediatrics [Pediatric]*, 2010, no. 3, pp. 54–58. (In Russ., abstr. in Engl.).
11. Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. Osobennosti lichnosti pri pogranichny`x rasstrojstvax i somaticheskix zabolevaniyax [Features of personality in borderline disorders and somatic diseases]. Moscow: SvR-Argus, 1995. 359 p. (In Russ.).
12. Fantalova E.B. Ya-obraz v usloviyax perezhivaniya vnutrennix konfliktov u studentov [Self-image in terms of the experience of internal conflicts in students]. In N.A. Baturina (ed.) *Sovremennaya psixodiagnostika Rossii. Preodolenie krizisa: sbornik materialov III Vserossijskoj konferencii po psixologicheskoi diagnostike [Modern psychodiagnostics Russia. Overcoming the crisis: proceedings of the III all-Russian conference on psychological diagnosis]*, 2015, vol. 2, pp. 184–187. (In Russ., abstr. in Engl.).
13. Kharlamenkova N.E. Samoutverzhdenie podrostka [Self-affirmation of a teenager]. Moscow: publ. of IP RAS, 2007. 384 p. (In Russ.).
14. Erikson E. Identichnost`: yunost` i krizis [Identity: youth and crisis] Moscow: Progress, 1996. 342 p. (In Russ.).

Изучение ситуации правонарушения как травматического события в жизни подростка

Великоцкая А.М.,

социальный педагог, Центр содействия семейному воспитанию «Соколенок», Москва, Россия, avelikotskaya78@gmail.com

Хломов К.Д.,

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, Институт общественных наук, ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», Москва, Россия, kyrill@rambler.ru

Ениколопов С.Н.,

кандидат психологических наук, руководитель отдела медицинской психологии, доцент, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, enikolopov@mail.ru

Ефремов А.Г.,

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, efremovalexander@mail.ru

В данной статье описаны результаты изучения особенностей восприятия подростками ситуации правонарушения как травматического события. В исследовании приняли участие 129 подростков 15-17 лет. Целевую группу исследования составил 31 подросток 15-16 лет, находившийся на условном осуждении, и 33 подростка 17 лет, отбывающие наказание в Можайской воспитательной колонии. В контрольную группу вошли 32 подростка 15 лет и 33 подростка 17 лет. Исследование проводилось с помощью Шкалы оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale-R, IES-R). Полученные результаты описывают, как подростки, совершившие преступление, воспринимают ситуацию правонарушения, особенно если совершенное преступление было связано с причинением значительного физического вреда конкретному человеку. Подростки, отбывающие наказание в колонии, испытывают наиболее сильные

переживания по поводу ситуации правонарушения, и их переживания носят травматический характер.

Ключевые слова: подростковый возраст, подростковая преступность, ситуация правонарушения, психологическая травма.

Для цитаты:

Великоцкая А.М., Хломов К.Д., Ениколопов С.Н., Ефремов А.Г. Изучение ситуации правонарушения, как травматического события в жизни подростка [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 66–83. doi: 10.17759/psyclin.2018070304

For citation:

Velikotzkaya A.M., Khlomov K.D., Enikolopov S.N., Efremov A.G. Offense Situation Experience as a Traumatic Event Among Adolescents Being in Conflict with the Law [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 66–83. doi: 10.17759/psycljn.2018070304 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Среди проблем последних десятилетий проблема преступности среди несовершеннолетних занимает особое место. По данным отчета «Статистика по осужденным» Института изучения современного общества до 2016 года в России отмечался значительный и устойчивый рост преступности с конца 80-х годов, при этом все это время остаются стабильными и высокими показатели рецидивной преступности – около 40 % от всех преступлений; при этом почти 2/3 общего числа взрослых рецидивистов впервые совершают правонарушения и осуждаются в возрасте до 18 лет. Лица, совершающие противоправные действия в юношеском возрасте, как правило, значительно труднее поддаются исправлению и в итоге составляют основной резерв для рецидивной преступности. Установлена закономерность, что чем опаснее преступление, тем выше вероятность его повторного совершения тем же лицом [10].

В последнее время количество подростков, которые повторно совершают правонарушение, находясь на условном сроке, растет. По данным статистики МВД в период с 2005 года по 2012 количество повторных преступлений среди несовершеннолетних выросло с 16,1 % до 21,8 %¹. Многие воспитанники в воспитательных колониях имеют за плечами один, два, а то и три-четыре условных срока. Подавляющее большинство молодых людей, осужденных к лишению свободы, надеются больше не попадать за решетку. Но после

¹ Судебный департамент при Верховном Суде Российской Федерации – <http://www.cdep.ru/index.php?id=79>

освобождения они, искренне нацеленные на нормальные, социально одобряемые модели поведения, зачастую не в силах справиться с вызовами реальности.

Ситуация правонарушения разрушает те социальные связи, которые были в жизни подростка. Правонарушение подростка часто приводит к конфликту в семье, у подростка возникают сложности в школе или колледже, где он может почувствовать себя изгоем среди одноклассников, подросток может оказаться в ситуации социальной изоляции. В семье и социальном окружении подростка может оказаться недостаточно ресурсов для изменения такой ситуации, может не быть доступа к необходимой помощи специалистов. Это способствует ситуации альтернативной адаптации, в которой, на наш взгляд, часто находятся подростки, вступившие в конфликт с законом. Ситуация альтернативной адаптации – это такая ситуация развития подростка, в которой он начинает соответствовать предписанной социумом роли и подкрепляет свой новый статус усугублением девиантного поведения. Подросток начинает выстраивать новые связи с «плохой компанией», которая его принимает, употреблять алкоголь, который помогает расслабиться, снять тревогу и влиться в коллектив [12].

Вопрос взаимосвязи ситуации правонарушения у подростков и травматического опыта многократно обсуждался в исследованиях и монографиях отечественных (В.С. Афанасьева, Ю.Р. Вишневецкий, И.А. Горькова, Г.А. Гурко, Е.Г. Дозорцева, И.Н. Польшакова, А.Н. Елизарова, А.В. Меренкова, В.Д. Москаленко, Г.П. Орлова, Б.С. Павлова, В.Г. Попова, В.Т. Шапко) и зарубежных ученых (Ч. Беккарло, М. Вебер, Г. Парсонс, Э. Фэрри).

Российские криминологи справедливо акцентируют свое внимание на решающей роли социальной среды в формировании противоправного и преступного поведения подростков. К негативным факторам социальной среды часто относят неблагополучие в семье, пробелы в системе воспитания и образования, неразвитость системы официальных и негосударственных субъектов профилактики правонарушений несовершеннолетних [17]. Безусловно, также к негативным факторам мы можем отнести отсутствие в современной России традиционных и государственных институций подростковой инициации и крайний дефицит альтернативных психиатрическому стационару и исправительной колонии организованных государством возможностей для социализации подростка с патологически протекающим пубертатным кризисом.

Но поведение подростков во многом зависит от сложности обстановки, от умения разобраться в возникшей ситуации и найти правильное решение. При благоприятных условиях подростки могут обеспечить контроль за своими действиями и возникающие проблемы разрешаются в рамках правомерного поведения. В сложных экстремальных обстоятельствах многие из них нередко теряются, не всегда могут объективно оценить необычные условия быстроменяющейся ситуации и найти правильный выход [13]. В ракурсе нашего исследования ситуацию правонарушения можно отнести в определенной степени к экстремальной ситуации, требующей особой адаптации от подростка, при этом

источником травматизма выступают сам человек или общество (Д.А. Александров, И.А. Баева, И.М. Кадыров, С.В. Ковалев, М.Ш. Магомед-Эминов, Н.В. Тарабрина) [11].

Одной из отличительных особенностей мотивационной стороны многих преступлений, совершенных подростками, является непредумышленный характер действий несовершеннолетних, когда правонарушитель импульсивно, под влиянием сложившейся обстановки, или бездумно следует примеру других лиц [2].

Особенности аффективных, спонтанных действий, характерных для подростков, могут быть связаны с дефицитом прогностической функции и ориентировочного поведенческого компонента [5]. Формирование идентичности подростков чаще всего находится на таком уровне, когда они ориентируются на внешние нормы и правила, но если эти нормы и правила не заданы взрослыми или ситуацией, то их поведение и взаимодействие становятся хаотичными и могут выходить за рамки, так как стираются границы между опасными и просоциальными действиями.

Поэтому помимо внешних негативных факторов социальной среды зарубежные и отечественные исследователи уделяют внимание внутренним факторам и условиям, которые могут привести подростка к ситуации правонарушения. К таким факторам часто относят стремление к самоутверждению, завоеванию авторитета, поддержанию своего престижа в группе сверстников или взрослых, стремление доказать свою верность дружбе, товариществу и боязнь прослыть «стукачом». Это приводит к тому, что подростки стараются продемонстрировать все это любыми путями, не отличая преступные методы от неприступных.

Также одной из особенностей подросткового возраста считается склонность к риску, выступающая как личностный, так возрастной и социальный феномен, который проявляется в связи с определенными типологическими особенностями, но неизбежно нарастает в подростковом возрасте и юности, а также трансформируется в зависимости от социальной среды и обстоятельств социализации личности [1; 18]. Эти особенности подросткового возраста могут влиять на восприятие ситуации правонарушения и ее последствий, в том числе как травматического события, особенно если их преступные действия носили импульсивный характер и привели к тяжелым последствиям.

Многими авторами, например, Е.Г. Дозорцевой, G.C. Curtis, J.J. Spinetta, D. Rigler описывается феномен, при котором жестокое обращение, эмоциональное и физическое насилие, пренебрежение и жестокость в отношении ребенка со стороны значимых взрослых и социального окружения способствуют тому, что в подростковом возрасте человек будет склонен к осуществлению подобных форм поведения. Описание этого феномена представлено в концепции «цикла насилия» [8; 9; 25].

Согласно современному диагностическому критерию (по DSM-5), наличие ПТСР можно диагностировать в том случае, если субъект пережил опыт столкновения со

смертью или угрозой смерти, с серьезной физической травмой или сексуальным насилием; при этом субъект может быть либо жертвой травмирующего события, либо его свидетелем или близким пострадавшего, либо регулярно сталкиваться с отталкивающими подробностями травматических событий по роду деятельности (критерий А) [3].

На наш взгляд, определения травматического события и диагностические критерии ПТСР могут быть применены к ситуации правонарушения, совершенного подростком, особенно в тех случаях, когда действия подростка носили импульсивный характер, т.е. он не до конца осознавал опасность своих действий, а после совершенного наступили осознание причиненного вреда, общественное осуждение и наказание.

Также травмирующей можно считать такую ситуацию, в которой человек потерял свободу взаимодействия с окружением. В этом контексте можно обратить внимание на классификацию, предлагаемую И. Силенок. По содержанию травмирующие ситуации могут быть трех типов: травмы физического типа (ситуации, затрагивающие тело человека и его физический мир); травмы нарциссического типа (затронуты зоны отношений с другими людьми и формирования Эго); травмы, касающиеся системы социальных отношений [15].

Как уже упоминалось ранее, одним из последствий ситуации правонарушения для подростка является разрушение социальных связей подростка со значимыми другими (семьей, референтной группой), поэтому если рассматривать ситуацию правонарушения как травматическое событие, то ее можно отнести к третьему типу – травме отношений. При таких травмах нарушается целостность картины социального мира. Этот мир представлен как система ролевых отношений и связей в социальной группе. Нарушение происходит из-за того, что на месте ожидаемой или подразумеваемой реакции от другого находится «дырка», пропуск или реакции совсем из другой системы [15]. Мы можем выделить следующие исследования специфики стрессовых переживаний в ситуации правонарушений, совершенных подростками.

Н.В. Тарабрина, Е.Г. Дозорцева отмечают, что ПТСР у подростков может более близко напоминать ПТСР у взрослых. Однако есть несколько отличительных особенностей. Подростки с большей вероятностью участвуют в травмирующем воспроизведении, в которое они включают аспекты травмы в свою ежедневную жизнь. Кроме того, подростки чаще, чем младшие дети или взрослые, показывают импульсивные и агрессивные реакции поведения [8; 16]. В то же время для подростков важно учитывать последствия пережитого стресса в детстве – во взрослом возрасте могут возникнуть трудности эмоциональной саморегуляции и поведения. И это может влиять на появление межличностных конфликтов, саморазрушительного поведения и импульсивных действий, жестокости и правонарушений [6; 20–23; 24].

Так, Н. Stainer, М. Silverman, N. Karnik и др. изучали агрессивное поведение в рамках концепции «цикла насилия», описывая это явление как акты агрессии,

которые необходимы подростку, чтобы справиться с переживаниями страха нападения, фрустрации, вины, и которые приводят к необдуманной, импульсивной жестокости подростков. По мнению авторов, такие акты агрессии приводят к наиболее тяжким последствиям и преступлениям, так как в них заложен механизм отреагирования травматического события и действия, они совершаются подростками без планирования и обдумывания [25].

Методы исследования и описание выборки

В нашем исследовании, проведенном в 2014-2015 годах, мы предположили, что подростки, вступившие в конфликт с законом, переживают ситуацию правонарушения как травматическое событие, особенно если совершенное преступление привело к тяжелым последствиям. В исследовании приняли участие 129 подростков 15-17 лет. В экспериментальную группу исследования был включен 31 подросток 15-16 лет (средний возраст 15,3 лет; 15% девочек), находящийся на условном осуждении, и 33 подростка 17 лет (средний возраст 17,5 лет, все мальчики), отбывающих наказание в Можайской воспитательной колонии. На основе опроса был проведен предварительный отбор только тех испытуемых, для которых ситуация правонарушения носила психотравмирующий характер и среди других обстоятельств в жизни несовершеннолетнего имела большое значение. Также в качестве критерия отбора испытуемых в экспериментальную группу была определена и общая социальная ориентация подростка-правонарушителя с целью исключить участие в исследовании несовершеннолетних с выраженной асоциальной направленностью, неоднократно совершавших криминальные действия, для которых, возможно, мотивами правонарушения могли быть, например, подтверждение принадлежности криминальной культуре или демонстрация экстремистских убеждений. В контрольные группы вошли 32 подростка 15-16 лет (средний возраст 15,3 лет, 35% девочек) и 33 подростка 17 лет (средний возраст 16,6 лет, 25% девочек). По данным М.М. Решетникова, Т.В. Уласень, гендерные различия в отношении травматических переживаний незначительны [14]. Исследование переживания подростками ситуации правонарушения как травматического события проводилось с помощью методики «Шкала оценки влияния травматического события» (Impact of Event Scale-R, IES-R).

По процедуре исследования подросткам из контрольных групп предлагалось выбрать травматическое событие, по поводу которого они испытывали наиболее сильные переживания в последнее время, подросткам целевой группы было предложено оценить свои переживания по поводу ситуации правонарушения и ее последствий.

Клиническая картина ПТСР включает симптомы вторжения (критерий В), симптомы избегания (критерий С), отрицательные изменения когнитивных процессов и настроения, связанные с имевшим место травматическим событием (событиями), возникающие после травматического события (критерий D), а также заметные изменения в возбуждении и реактивности, ассоциированные с травматическим событием (событиями), либо которые начинаются и/или

усиливаются после самого события (событий) (критерий E) – достаточно двух или более признаков из критериев D и E [3].

Методика «Шкала оценки влияния травматического события» (Impact of Event Scale-R, IES-R) включает шкалу «Вторжение», соответствующую критерию B, шкалу «Избегание», соответствующую критерию C, и шкалу «Физиологическая и эмоциональная возбудимость», соответствующую критериям D и E.

Результаты исследования

Поскольку в исследовании участвовали четыре независимые группы испытуемых, то для сравнения результатов мы использовали критерий множественного сравнения Краскела–Уоллиса, который используется для сравнения трех или более групп, внутри которых данные не подчиняются нормальному распределению. Анализ данных с помощью критерия Краскела–Уоллиса (см. табл. 1) показал уровень значимости различий $p=0,0001$, что позволяет сделать вывод о том, что уровень общего балла по методике Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) у испытуемых различных категорий значимо различен.

Таблица 1

Сравнение средних значений общего балла по Шкале оценки влияния травматического события у разных групп подростков (при $p \leq 0,001$)

Группы	Средние значения	H-статистика
Подростки на условном осуждении	50,32	H (4, 129) = 20,88
Воспитанники колонии	60,52	
Подростки 15 лет (контрольная группа)	36,50	
Подростки 17 лет (контрольная группа)	39,76	

Для того чтобы понять, какие именно группы различаются между собой, мы провели попарные сравнения групп с помощью критерия Манна–Уитни.

Итого по шкале общего балла статистически значимые различия были получены во всех попарных сравнениях групп, за исключением сравнения групп подростки на условном осуждении и подростки 17 лет, а также групп подростков 15 и 17 лет ($p > 0,05$).

По результатам исследования в целевой группе воспитанников Можайской колонии мы получили наиболее высокие значения по шкале «Общий балл»,

указывающую на степень травмированности психики (см. табл. 2). Такие результаты показывают, что наибольшую тяжесть эмоциональных переживаний, связанных с ситуацией правонарушения и ее последствиями, испытывают подростки, отбывающие наказание в местах лишения свободы.

Таблица 2

**Матрица попарных сравнений средних значений общего балла
по Шкале оценки влияния травматического события
у разных групп подростков**

Группы	Подростки на условном осуждении	Воспитанники колонии	Подростки 15 лет (контрольная группа)	Подростки 17 лет (контрольная группа)
Подростки на условном осуждении	-	$U_{(31;33)}=364,5;$ $p=0,049$ $M_{yo/вк}=50,3/60,5$	$U_{(32;33)}=329,5;$ $p=0,022$ $M_{yo/п15}=50,3/36,5$	$U_{(31;33)}=372,5;$ $p=0,063$ $M_{yo/п17}=50,3/39,8$
Воспитанники колонии	$U_{(33;31)}=364,5;$ $p=0,049$ $M_{вк/yo}=60,5/50,3$	-	$U_{(33;32)}=230,5;$ $p=0,000$ $M_{вк/п15}=60,5/36,5$	$U_{(33;33)}=264,0;$ $p=0,000$ $M_{вк/п17}=60,5/39,8$
Подростки 15 лет (контрольная группа)	$U_{(32;33)}=329,5;$ $p=0,022$ $M_{п15/yo}=36,5/50,3$	$U_{(32;33)}=230,5;$ $p=0,000$ $M_{п15/вк}=36,5/60,5$	-	$U_{(32;33)}=474,0;$ $p=0,483$ $M_{п15/п17}=36,5/39,8$
Подростки 17 лет (контрольная группа)	$U_{(33;31)}=372,5;$ $p=0,063$ $M_{п17/yo}=39,8/50,3$	$U_{(33;33)}=264,0;$ $p=0,000$ $M_{п17/вк}=39,8/60,5$	$U_{(33;32)}=474,0;$ $p=0,483$ $M_{п17/п15}=39,8/36,5$	-

При этом и в целевой группе условно осужденных подростков средние значения по общему баллу ШОВТС выше, чем у контрольных групп подростков 15 лет и 17 лет.

Такие результаты указывают на то, что подростки, находящиеся в конфликте с законом, испытывают достаточно интенсивное стрессовое воздействие по отношению к ситуации правонарушения и ее последствий, а также на то, что это воздействие может иметь тенденцию усиливаться и приобретать характер посттравматического расстройства в условиях воспитательной колонии.

Как мы видим в таблице 3, в целевых группах условно осужденных подростков и подростков, отбывающих наказание в Можайской колонии, наиболее высокие значения общего балла по ШОВТС обнаруживаются у подростков, совершивших разбой, нанесение телесных повреждений и тяжких телесных повреждений, повлекших смерть потерпевшего.

Таблица 3

**Сравнение средних значений общего балла
по Шкале оценки влияния травматического события
в целевых группах по типам ситуации правонарушения**

Тип ситуации правонарушения	Подростки на условном осуждении	Воспитанники колонии
1. Тяжкие телесные повреждения, повлекшие смерть потерпевшего	-	88–91
2. Разбой	61–106	61–86
3. Телесные повреждения	-	73–80
4. Грабеж	10–67	53–69
5. Кража	21–72	41–51
6. Угон	5–75	19–42
7. Мошенничество	29–30	-
8. Убийство	-	23–31

Это позволяет предположить, что особенности ситуации, в которой было совершено правонарушение, и степень тяжести совершенного преступления могут быть связаны со степенью интенсивности переживаний, выраженности посттравматического стресса, а также мы можем заметить, что наиболее сильные переживания испытывают подростки-правонарушители, причинившие физический вред потерпевшему.

При этом важно отметить низкие значения по параметру «Общий балл» у подростков-правонарушителей, совершивших убийство. Такие результаты могут быть связаны, с одной стороны, с действием сильных защитных механизмов, блокирующих переживания подростков, а с другой стороны, - с высокой степенью социальной желательности, которую они демонстрируют во время обследования. В любом случае этот феномен требует дополнительного изучения. При этом обратимся к исследованиям, подчеркивающим, что подросток оценивает события своей жизни необъективно, в зависимости не от их тяжести, а от степени эмоциональной вовлеченности в них [4; 6; 7; 19; 20].

Результаты анализа межгрупповых различий по оставшимся шкалам методики ШОВТС приведены в виде итоговых сравнений по группам в таблице 4.

По шкале «Вторжение» средние значения в группе условно осужденных подростков статистически значимо превышают средние значения в контрольной группе подростков 15 лет. Средние значения в группе воспитанников Можайской колонии статистически значимо превышают средние значения в контрольных группах подростков 15 и 17 лет.

Таблица 4

**Матрица попарных сравнений средних значений общего балла
по шкале «Вторжение» у разных групп подростков**

Группы	Н-критерий: $X^2 (df=3, N=129) = 30,96, p=0,01$			
	Подростки 15 лет	Подростки на условном осуждении	Воспитанник и колонии	Подростки 17 лет
Подростки 15 лет, контрольная группа (M=10,88)	-	$U_{(32;31)}=268,0;$ $p=0,002$	$U_{(32;33)}=169,5;$ $p=0,000$	$U_{(32;33)}=459,5;$ $p=0,368$
Подростки на условном осуждении (M=18,13)	$U_{(31;32)}=268,0;$ $p=0,002$	-	$U_{(31;33)}=372,5;$ $p=0,062$	$U_{(31;33)}=325,5;$ $p=0,012$
Воспитанники колонии (M=22,85)	$U_{(33;32)}=169,5;$ $p=0,000$	$U_{(33;31)}=372,5;$ $p=0,062$	-	$U_{(33;33)}=207,5;$ $p=0,000$
Подростки 17 лет, контрольная группа (M=12,42)	$U_{(33;32)}=459,5;$ $p=0,368$	$U_{(33;31)}=325,5;$ $p=0,012$	$U_{(33;33)}=207,5;$ $p=0,000$	-

Это указывает на то, что при переживании ситуации правонарушения как травматического события подростки-правонарушители более склонны мысленно возвращаться к ситуации и заново переживать случившееся, чем их сверстники, пережившие ситуацию психологической травмы. Также это может указывать на специфику переживания ситуации правонарушения как травматического опыта за счет наступающих общественных последствий в виде наказания.

По шкале «Избегание» статистически значимых различий в средних значениях между группами выявлено не было, что говорит о том, что обе группы испытуемых одинаково стремятся к тому, чтобы не соприкоснуться с психотравмирующим опытом.

По шкале «Физиологическая и эмоциональная возбудимость» (табл. 5) средние значения в группе воспитанников колонии значимо превосходят средние значения в контрольных группах подростков 15 лет и подростков 17 лет.

Это может говорить о том, что воспитанники колонии испытывают сильное напряжение и различные неприятные физические ощущения при напоминании о ситуации правонарушения. При этом различия между подростками контрольной

группы и экспериментальной группой подростков на условном осуждении не обнаружены.

Таблица 5

Множественное сравнение групп между собой методом Kruskal-Wallis Test по шкале «Физиологическая и эмоциональная возбудимость»

Группы	Н-критерий: X^2 (df=3, N=129)=20,87, p=0,01			
	Подростки 15 лет	Подростки на условном осуждении	Воспитанник и колонии	Подростки 17 лет
Подростки 15 лет (M=9,94)	-	$U_{(32;31)}=391,0;$ $p=0,148$	$U_{(32;33)}=229,5;$ $p=0,000$	$U_{(32;33)}=430,0;$ $p=0,198$
Подростки на условном осуждении (M=13,45)	$U_{(31;32)}=391,0;$ $p=0,148$	-	$U_{(31;33)}=301,5;$ $p=0,005$	$U_{(31;33)}=413,0;$ $p=0,185$
Воспитанники колонии (M=19,36)	$U_{(33;32)}=229,5;$ $p=0,000$	$U_{(33;31)}=301,5;$ $p=0,005$	-	$U_{(33;33)}=264,0;$ $p=0,000$
Подростки 17 лет (M=11,24)	$U_{(33;32)}=430,0;$ $p=0,198$	$U_{(33;31)}=413,0;$ $p=0,185$	$U_{(33;33)}=264,0;$ $p=0,000$	-

Также полученные результаты могут указывать на то, что если подростки-правонарушители переживают ситуацию правонарушения и ее последствия как травматическое событие, то в условиях воспитательной колонии это может приводить к соматизации переживания или перерасти в посттравматическое стрессовое расстройство.

Заключение

Исследования психоэмоционального влияния особенностей восприятия подростками-правонарушителями ситуации правонарушения и ее последствий имеют важное прогностическое значение, так как могут прояснить причины и механизмы совершения повторных преступлений. Это в свою очередь может помочь специалистам, работающим в сфере профилактики правонарушений несовершеннолетних, разработать эффективные стратегии помощи подросткам, находящимся в конфликте с законом.

В нашем исследовании подростки-правонарушители оказались более склонными мысленно возвращаться к ситуации и заново переживать случившееся, возможно, за счет наступающих общественных последствий в виде наказания. В то же время наиболее высокие показатели переживания травматического события

были получены в целевой группе подростков, отбывающих наказание в воспитательной колонии. Это указывает на то, что в условиях колонии подростки испытывают наиболее сильные переживания по поводу ситуации правонарушения, которые могут носить травматический характер, что может в дальнейшем привести к развитию посттравматического стрессового расстройства и требовать психологической помощи. Также необходимы дальнейшие исследования степени влияния интенсивности травматичности переживания на риск повторного правонарушения. Требуется дальнейшее изучение феномена низких показателей интенсивности переживания травматичности ситуации правонарушения у подростков-правонарушителей, совершивших убийство.

Финансирование

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (проект № 15-36-01317 «Траектории жизненного пути в подростковом возрасте: модели оптимального выбора»).

Литература

1. Авдулова Т.П., Мотылева Л.А. Социальные представления подростков, склонных к риску // Социальная психология и общество. 2015. Т. 6. № 2. С. 105–116.
2. Баженов В. Профилактическая работа с несовершеннолетними правонарушителями. М.: Наука, 2004. 238 с.
3. Боголюбова О.Н., Шестакова А.Н. Посттравматический стресс и принятие решений: перспективы исследований в парадигме нейроэкономики // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 2. С. 60–76. doi:10.17759/exrpsy.2015080206.
4. Ван дер Харт О., Нейенхюс Э., Стил К. Призраки прошлого. Структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы. М.: Когито-центр, 2012. 496 с.
5. Великоцкая А.М., Переживание ситуации правонарушения как травматического события подростками, находящимися в конфликте с законом // Итоги и перспективы реализации важнейших положений Национальной стратегии Действий в интересах детей на 2012–2017 годы: Сборник материалов конференции / Под ред. З.Ф. Драгункиной, В.В. Рубцова, Г.В. Семьи, А.С. Дубовик, А.А. Шведовской. М: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. 120 с.
6. Герсамия А.Г., Меньшикова А.А., Акжигитов Р.Г., Гришкина М.Н. Психометрические свойства Шкалы жестокого обращения и травматизации в детстве (CATS) // Российский психиатрический журнал. 2015. № 3. С. 21–29.

7. Герсамия А.Г., Меньшикова А.А., Яковлев А.А. Стресс в детском возрасте и психологические особенности личности при аффективных расстройствах // Экспериментальная психология. 2016. Т. 9. № 3. С. 103–117. doi:10.17759/exppsy.2016090309

8. Дозорцева Е.Г. Психологическая травма у подростков с проблемами в поведении. М.: Генезис, 2007. 131 с.

9. Дозорцева Е.Г., Захарченко Д.А. Психологические реакции и predispositional факторы у больных с сочетанной и множественной соматической травмой, пострадавших в результате противоправных действий [Электронный ресурс] // Психология и право. 2013. № 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n3/63813.shtml> (дата обращения: 26.05.2018)

10. Забрянский Г.И. Предупреждение преступности несовершеннолетних: основы концепции государственной политики // Журнал российского права, 1997. № 8. С. 30–38.

11. Карабущенко Н.Б., Иващенко А.В., Сунгурова Н.Л., Аль Масри И. Психологические особенности адаптации сирийских подростков в экстремальных ситуациях социогенного характера // Экспериментальная психология. 2016. Т. 9. № 3. С. 81–90. doi:10.17759/exppsy.2016090307

12. Кондрашкин А.В., Кириллова Т.О. Социальная ситуация развития современного подростка в контексте модели социально-психологической помощи в восстановительном подходе [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2012. № 4. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57076.shtml (дата обращения: 26.05.2018).

13. Перешеина Н.В., Заостровцева М.Н. Девиантный школьник: Профилактика и коррекция отклонений. М.: ТЦ Сфера, 2011. 194 с.

14. Решетников М. М., Уласень Т.В. Изучение социально-психологических и клинических проявлений травматических переживаний у воспитанников социозащитных учреждений // Международный научно-исследовательский журнал. 2017. №7(61). 2. С. 96-98. doi:<https://doi.org/10.23670/IRJ.2017.61.009>

15. Силёнок И.К. Характеристика посттравматического синдрома подростков [Электронный ресурс] // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2013. Т. 123. №3. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-posttravmaticheskogo-sindroma-podrostkov> (дата обращения: 02.09.2015).

16. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.

17. Тхакохов А.А. Причины и условия противоправного поведения несовершеннолетних // Молодой ученый. 2014. № 4. С. 882–884.

18. Хломов К.Д. Социальные риски в контексте индивидуальных жизненных траекторий современных подростков // Социальная психология и общество. 2016. Т. 7. № 2. С. 109–125. doi:10.17759/sps.2016070208
19. Allen B., Lauterbach D. Personality Characteristics of Adult Survivors of Childhood Trauma // Journal of Traumatic Stress. 2007. Vol. 20. № 4. P. 587–595. doi:10.1002/jts.2019510.
20. Angelucci F., Brene, S., Mathe A.A. BDNF in schizophrenia, depression and corresponding animal models // Molecular Psychiatry. 2005. Vol. 10. P. 345–352. doi: 10.1038/sj.mp.4001637
21. Lee C., Tsenkova V., Carr D. Childhood trauma and metabolic syndrome in men and women // Social Science & Medicine. 2014. Vol. 105. P. 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.017>
22. Maschi T., Baer J., Morrissey M.B., et al. The Aftermath of Childhood Trauma on Late Life Mental and Physical Health: A Review of the Literature // Traumatology. 2013. Vol. 19(1). P. 49-64. doi: 10.1177/1534765612437377
23. Risch N., Herrell R., Lehner T., et al. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression // Journal of the American Medical Association. 2009. Vol. 301. № 23. P. 2462–2471. doi: 10.1001/jama.2009.878
24. Simeon D., Stanley B., Frances A., et al. Self-mutilation in personality disorders: Psychological and biological correlates // American Journal of Psychiatry. 1992. Vol. 149. № 12. P. 221–226.
25. Steiner H., Silverman M., Karnik N., et al. Psychopathology, trauma and delinquency: subtypes of aggression and their relevance for understanding young offenders // Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. Vol. 21. № 5. P 1–11. 2011. doi:10.1186/1753-2000-5-21.

Offense Situation Experience as a Traumatic Event Among Adolescents Being in Conflict with the Law

Velikotzkaya A.M.,

social worker, Center for the promotion of family education Sokolenok, Moscow, Russia, avelikotskaya78@gmail.com

Khlomov K.D.,

PhD in Psychology, Senior Researcher, Institute of Social Sciences of the Russian Academy of National Economy and Public administration, Moscow, Russia, kyrill@rambler.ru

Enikolopov S.N.,

PhD in Psychology, Head of the Clinical Psychology Department, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, enikolopov@mail.ru

Efremov A.G.,

PhD in Psychology, Senior Researcher, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, efremovalexander@mail.ru

Present article describes the results of the study of the experience of the situation of the offense by adolescents who have come into conflict with the law as a traumatic event. The study involved 129 adolescents 15-17 years. The target group included 31 15-16-year-olds on probation and 33 17-year-olds serving sentences in the Mozhaisk educational colony. The control group consisted of 32 teenagers 15 years 33 teenagers 17 and 32 students 21-23 years. The study carried out using the technique of Scale assessment of the impact of traumatic events (Impact of Event Scale-R, IES-R). The results obtained describe how adolescents, which committed a crime, perceive the situation of the offense, especially if it was associated with causing significant physical harm to a particular person. Adolescents serving sentences in a colony experience the most intense feelings about the situation of the offence, and their experiences are traumatic.

Keywords: adolescence, juvenile crime, the situation of the offense, psychological trauma, experience.

Funfing

This work was supported by the Russian Foundation for Humanities (project 15-36-01317 «Life trajectories in adolescence: the optimal choice models»).

References

1. Avdulova T.P., Motyleva L.A. Sotsial'nye predstavleniya podrostkov, sklonnykh k risku [Social perceptions of risk-prone adolescents]. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo [Social Psychology and Society]*, 2015, vol. 6, no. 2, pp. 105–116.
2. Bazhenov V. Profilakticheskaya rabota s nesovershennoletnimi pravonarushitelyami [Preventive work with juvenile offenders]. Moscow: Nauka, 2004, 238 p.
3. Bogolyubova O.N., Shestakova A.N. Posttravmaticheskii stress i prinyatie reshenii: perspektivy issledovaniy v paradigme neuroekonomiki [Post-traumatic stress and decision-making: prospects for research in the paradigm of neuroeconomics]. *Ekspertimetal'naya psikhologiya [Experimental Psychology]*, 2015, vol. 8, no. 2, pp. 60–76. doi:10.17759/exppsy.2015080206.
4. Van der Khart O., Neïenkheyus E., Stil K. Prizraki proshlogo. Strukturnaya dissotsiatsiya i terapiya posledstviï khronicheskoi psikhicheskoi travmy [The ghosts of the past. Structural dissociation and the treatment of consequences of chronic trauma.]. Moscow: Kogito-tsentr, 2012, 496 p.
5. Velikotskaya A.M., Perezhivanie situatsii pravonarusheniya kak travmaticheskogo sobytiya podrostkami, nakhodyashchimisya v konflikte s zakonom [Experience of the situation of the offense as a traumatic event by teenagers in conflict with the law]. In Z.F. Dragunkina, V.V. Rubtsov, G.V. Sem'ya, A.S. Dubovik, A.A. Shvedovskaya (eds.) *Itogi i perspektivy realizatsii vazhneishikh polozhenii Natsional'noi strategii Deistvii v interesakh detei na 2012–2017 gody: Sbornik materialov konferentsii [Results and prospects of implementation of major provisions of the National strategy of Actions in interests of children for 2012-2017: conference proceedings]*. Moscow: publ. of MSUPE, 2015, 120 p.
6. Gersamiya A.G., Men'shikova A.A., Akzhigitov R.G., Grishkina M.N. Psikhometricheskie svoystva Shkaly zhestokogo obrashcheniya i travmatizatsii v detstve (CATS) [Psychometric properties of the Scale of abuse and trauma in childhood (CATS)]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]*, 2015, no. 3, pp. 21–29.
7. Gersamiya A.G., Men'shikova A.A., Yakovlev A.A. Stress v detskom vozraste i psikhologicheskie osobennosti lichnosti pri affektivnykh rasstroistvakh [Stress in childhood and psychological characteristics of personality in affective disorders]. *Ekspertimetal'naya psikhologiya [Experimental Psychology]*, 2016, vol. 9, no. 3, pp. 103–117. doi:10.17759/exppsy.2016090309

8. Dozortseva E.G. Psikhologicheskaya travma u podrostkov s problemami v povedenii [Psychological trauma in adolescents with behavior problems]. Moscow: Genezis, 2007, 131 p.

9. Dozortseva E.G., Zakharchenko D.A. Psikhologicheskie reaktsii i predispozitsionnye faktory u bol'nykh s sochetannoi i mnozhestvennoi somaticheskoi travmoy, postradavshikh v rezul'tate protivopravnykh deistvii [Psychological reactions and pre-position factors in patients with combined and multiple somatic trauma affected by illegal actions] [Web Source]. *Psikhologiya i pravo [Psychology and Law]*, 2013, no. 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n3/63813.shtml> (Accessed: 26.05.2018).

10. Zabryanskii G.I. Preduprezhdenie prestupnosti nesovershennoletnikh: osnovy kontseptsii gosudarstvennoi politiki [Prevention of juvenile delinquency: fundamentals of the concept of state policy]. *Zhurnal rossiiskogo prava [Journal of Russian Law]*, 1997, no. 8, pp. 30–38.

11. Karabushchenko N.B., Ivashchenko A.V., Sungurova N.L., Al' Masri I. Psikhologicheskie osobennosti adaptatsii siriiskikh podrostkov v ekstremal'nykh situatsiyakh sotsiogenogo kharaktera [Psychological features of adaptation of Syrian teenagers in extreme situations of sociogenic character]. *Eksperimental'naya psikhologiya [Experimental Psychology]*, 2016, vol. 9, no. 3, pp. 81–90. doi:10.17759/exppsy.2016090307

12. Kondrashkin A.V., Kirillova T.O. Sotsial'naya situatsiya razvitiya sovremennogo podrostka v kontekste modeli sotsial'no-psikhologicheskoi pomoshchi v vosstanovitel'nom podkhode [Elektronnyi resurs] [The social situation of the development of the modern teenager in the context of the model of socio-psychological assistance in the recovery approach]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie psyedu.ru [Psychological Science and Education PSYEDU.ru]*, 2012, no. 4. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57076.shtml (Accessed: 26.05.2018)

13. Peresheina N.V., Zaostrov'tseva M.N. Deviantnyi shkol'nik: Profilaktika i korrektsiya otklonenii [Deviant student: prevention and correction of deviations]. Moscow: Sfera, 2011, 194 p.

14. Reshetnikov M. M., Ulasen T.V. Izuchenie sotsialno-psikhologicheskikh i klinicheskikh proyavleniy travmaticheskikh perezhivaniy u vospitannikov sotsiozashchitnykh uchrezhdeniy [Socio-psychological study and clinical manifestations of traumatic experiences in pupils of socio-protective institutions] *Mezhdunarodnyy nauchno-issledovatel'skiy zhurnal [International science research journal]*. 2017. №7(61). 2. S. 96-98. doi:<https://doi.org/10.23670/IRJ.2017.61.009>

15. Silenok I.K. Kharakteristika posttravmaticheskogo sindroma podrostkov [Elektronnyi resurs] [Characteristics of post-traumatic syndrome of adolescents]. *Vestnik Adygeiskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 3: Pedagogika i psikhologiya [Bulletin of Adyge state University. Series 3: Pedagogy and psychology]*, 2013, vol. 123, no. 3. URL:

<http://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-posttravmaticheskogo-sindroma-podrostkov> (Accessed: 02.09.2015).

16. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress.]. Saint-Petersburg: Piter, 2001, 272 p.

17. Tkhakokhov A.A. Prichiny i usloviya protivopravnogo povedeniya nesovershennoletnikh [The reasons and conditions of illegal behaviour of minors]. *Molodoi uchenyi [Young Scientist]*, 2014, no. 4, pp. 882–884.

18. Khlomov K.D. Sotsial'nye riski v kontekste individual'nykh zhiznennykh traektorii sovremennykh podrostkov [Social risks in the context of individual life trajectories of modern adolescents]. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo [Social Psychology and Society]*, 2016, vol. 7, no. 2, pp. 109–125. doi:10.17759/sps.2016070208

19. Allen B., Lauterbach D. Personality Characteristics of Adult Survivors of Childhood Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 2007, vol. 20, no. 4, pp. 587–595. doi:10.1002/jts.2019510.

20. Angelucci F., Brene, S., Mathe A.A. BDNF in schizophrenia, depression and corresponding animal models. *Molecular Psychiatry*, 2005, vol. 10, pp. 345–352. doi:10.1038/sj.mp.4001637

21. Lee C., Tsenkova V., Carr D. Childhood trauma and metabolic syndrome in men and women. *Social Science & Medicine*, 2014, vol. 105, pp. 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.017>

22. Maschi T., Baer J., Morrissey M.B. et al. The Aftermath of Childhood Trauma on Late Life Mental and Physical Health: A Review of the Literature. *Traumatology*, 2012. doi:10.1177/1534765612437377

23. Risch N., Herrell R., Lehner T., Liang K.Y., Eaves L., Hoh J., Merikangas K.R. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression. *Journal of the American Medical Association*, 2009, vol. 301, no. 23, pp. 2462–2471. doi: 10.1001/jama.2009.878

24. Simeon D., Stanley B., Frances A., Mann J. J., Winchel R., Stanley M. Self-mutilation in personality disorders: Psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 1992, vol. 149, no. 12, pp. 221–226.

25. Steiner H., Silverman M., Karnik N. Psychopathology, trauma and delinquency: subtypes of aggression and their relevance for understanding young offenders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2011, vol. 21, no. 5, pp. 1–11. doi:10.1186/1753-2000-5-21.

Понимание эмоциональных состояний испытуемыми с педофилией / педофильным расстройством

Демидова Л.Ю.,

кандидат психологических наук, научный сотрудник, лаборатория судебной сексологии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава РФ, Москва, Россия, lyubov.demidova@gmail.com

Дворянчиков Н.В.,

кандидат психологических наук, декан факультета юридической психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия, dvorian@gmail.com

В статье освещается проблема эмоционального восприятия при педофилии (МКБ-10) / педофильном расстройстве (МКБ-11). Под эмоциональным восприятием в работе понимается познавательное отношение субъекта к широкому спектру психических состояний в виде эмоций, аффектов, настроений, чувств. Проверяется предположение о связи алекситимии и нарушений в распознавании эмоций, децентрации, эмпатии с педофилией и механизмами регуляции деятельности. Сравниваются группы обвиняемых в совершении сексуальных преступлений с диагнозом педофилии (44 человека), без такового (32 человека) и 95 испытуемых группы сопоставления; проводится внутригрупповое сравнение лиц с педофилией с эгосинтоническим и эгодистоническим отношением к сексуальному влечению. В результате разрешаются противоречия ранее проведенных исследований: показано, что при педофилии способность к пониманию эмоциональных состояний, на первый взгляд, остается сохранной (в сравнении с дефицитами, обнаруживаемыми у обвиняемых без педофилии). Однако для лиц с педофилией характерна крайне высокая выраженность алекситимии, из чего делается вывод о нарушениях эмоциональной регуляции при эгосинтонической форме данного расстройства.

Ключевые слова: педофилия, педофильное расстройство, алекситимия, эмпатия, эмоции, распознавание эмоций, децентрация, сексуальная преступность

Для цитаты:

Демидова Л.Ю., Дворянчиков Н.В. Понимание эмоциональных состояний испытуемыми с педофилией / педофильным расстройством [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 84–99. doi: 10.17759/psyclin.2018070305

For citation:

Demidova L.Yu., Dvoryanchikov N.V. Understanding of Emotional States in Persons with Pedophilia / Pedophilic Disorder [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 84–99. doi: 10.17759/psycljn.2018070305 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Неутихающие дискуссии вокруг расстройств сексуального влечения, приобретающие особую остроту в контексте обсуждения педофилии [1; 12], касаются уместности их нахождения в одной рубрике с психическими расстройствами в рамках классификаций болезней [11], необходимости их выделения в качестве нозологической единицы [9], конкретных диагностических критериев [5].

Остроту отмеченным проблемам придает их принципиальная неразрешимость в рамках дискуссий, поскольку у всех авторов за плечами стоит собственный опыт взаимодействия с лицами с нетрадиционным сексуальным влечением, и только накопление подтвержденных данных позволит найти точки соприкосновения и приблизиться к пониманию педофилии как явления.

Исследования лиц с педофилией, проведенные в отечественной психологии, крайне немногочисленны, ограничены преимущественно изучением особенностей их гендерной идентичности, связанных с ней аспектов полового самосознания и полоролевой социализации [3; 14]. В силу различных причин зарубежные исследователи в основном концентрируются на противоположном аспекте – эмоциональной сфере лиц, совершающих сексуальные преступления, на их способности к пониманию состояний других людей [32]. Именно с нарушениями в эмоциональной сфере, в частности, дефицитом сопереживания многие исследователи связывают отрицание преступниками вреда, нанесенного жертвам, восприятие детей как сексуальных объектов [20; 23].

Однако зарубежные данные зачастую неоднозначны [31]. При этом в отечественной психологии способность сексуальных преступников к пониманию

эмоциональных состояний практически не изучена (можно обозначить лишь немногие работы, посвященные этой теме [2; 8]).

Существующие работы указывают на наличие у сексуальных преступников некоторых нарушений при возникновении эмоционального отклика и сопереживания [19; 25], трудности распознавания ими эмоциональных состояний других людей по лицевой экспрессии [19; 21]. Есть данные, свидетельствующие в пользу высокого эгоцентризма [28] и пониженной способности к децентрации у таких лиц [25]. Тем самым предполагается, что состояние жертвы остается не понятным и не заботит лиц, совершающих сексуальные преступления, поскольку они действуют, исходя из эгоцентрической позиции.

Отмеченные факторы позволяют объяснить феномен деперсонификации жертвы, когда для преступника оказываются не значимы ни возрастные, ни внешние признаки ребенка, и он отстраняется от реального объекта, погружаясь в собственные девиантные переживания [13].

В качестве еще одного фактора сексуальной преступности называется выраженная алекситимия, поскольку «слепость» к собственным эмоциональным состояниям не позволяет преступнику соотнести чувства другого с внутренним эталоном, в результате чего им могут быть неверно поняты эмоциональные сигналы, наблюдаемые у жертвы [16; 23].

В то же время в некоторых исследованиях у лиц, совершивших сексуальные преступления в отношении детей, не выявляется дефицита эмпатии [27; 29]. Согласно результатам других работ, общий уровень эмпатии у сексуальных преступников находится в норме, а ее дефицит обнаруживается в специфических ситуациях, например, в отношении собственных жертв или непосредственно при совершении общественно-опасного деяния [17; 25; 33].

Неоднозначные результаты получены и в отношении дефицита в распознавании эмоций: по некоторым данным лица с педофилией превосходят в этой способности сексуальных преступников без парафилий [30]. Встречаются результаты, согласно которым лица, совершившие сексуальные преступления в отношении детей, демонстрируют децентрацию, сравнимую с группой нормы [18], и по этому показателю превосходят преступников, совершающих изнасилования [26].

Таким образом, имеющиеся к настоящему моменту данные не позволяют делать однозначных выводов об особенностях эмоционального восприятия при педофилии. Обозначенные противоречия могут быть связаны с особенностями построения исследований, в которых используются методики самоотчета и, самое важное, в большинстве из которых не проводится разделение групп по наличию у испытуемых диагноза педофилии. Тем самым лица с педофилией рассматриваются лишь как подмножество сексуальных преступников, что представляется не совсем

верным. В результате остаются совершенно не раскрытыми особенности эмоциональной сферы, сопряженные именно с сексуальным расстройством.

При этом изучение отмеченных аспектов эмоционального восприятия представляется необходимым, поскольку они непосредственно связаны с реализацией аномальных сексуальных желаний. Понимание субъектом эмоциональных состояний сказывается на:

- формировании конкретно-ситуативной мотивации (ярко выраженная алекситимия приводит к нарушениям понимания собственных мотивов и смыслов);
- способности субъекта выбирать конкретные цели и способы их достижения (при нарушениях распознавания эмоций или недостатке эмпатии цели и способы индивида оказываются вовсе не связаны с состоянием жертвы, которое не замечается или понимается неверно);
- способности корректировать свое поведение с учетом меняющихся условий ситуации (дефицит осознания эмоций и их когнитивной переработки может приводить к импульсивным / компульсивным действиям, а неумение поставить себя на место другого человека не позволяет достаточно точно оценить его поведение в конкретной ситуации).

Обозначенные аспекты в совокупности определили **цель** данного исследования – выявление особенностей эмоционального восприятия при педофилии. Исходное предположение заключается в том, что способность к пониманию эмоциональных состояний у сексуальных преступников снижена и связана с наличием педофилии, а существующие нарушения эмоционального восприятия сопряжены с механизмами регуляции аномального сексуального влечения.

Организация и методы исследования

Исследование проводилось на выборке из 171 испытуемого мужского пола. В основную группу были включены 76 человек, прошедших сексолого-психиатрическую экспертизу в связи с обвинением в совершении преступлений против половой неприкосновенности несовершеннолетних.

Диагноз педофилии был поставлен 44 испытуемым (средний возраст составил $37,9 \pm 11,5$ лет), у 32 испытуемых педофилии выявлено не было (средний возраст – $40,3 \pm 11,8$ лет). В контрольную группу вошли 95 человек без психических расстройств, не привлекавшиеся к уголовной ответственности (средний возраст – $27,6 \pm 8,7$ лет).

Для внутригруппового сравнения и проверки связи выявленных особенностей с регуляцией деятельности среди испытуемых с педофилией (в тех случаях, где это было возможно) были выделены подгруппы с различными клиническими

вариантами парафилий – эгосинтоническим (18 чел. / 41 %) и эгодистоническим (5 чел. / 11 %) отношением к своему влечению¹.

Средний возраст в контрольной группе, как можно заметить, оказался существенно ниже, поскольку приоритетной задачей в данном исследовании был набор разновозрастных испытуемых мужского пола, а конкретный возраст не учитывался. Однако подобное различие не должно исказить результаты исследования, поскольку, согласно имеющимся данным, изучаемые способности напрямую не связаны с возрастом [22]. Распределение испытуемых по уровню образования было относительно равномерным: процент лиц с высшим, средним, средним специальным и неполным средним образованием составил 23 %, 23 %, 43 % и 11 % соответственно в группе лиц с диагнозом педофилии; 16 %, 31 %, 44 % и 9 % – в выборке обвиняемых без педофилии; и 22 %, 41 %, 28 % и 9 % – в контрольной группе.

Критерии исключения: из выборки исключались лица, причинившие потерпевшим физический вред, а также лица, причинившие вред детям старше 12 лет.

Все испытуемые прошли обследование с использованием нескольких **методик**, достаточно подробное описание которых приводилось нами ранее [4]:

- Методика на распознавание эмоций по мимической экспрессии (А.И. Тоом, 1981);
- Методики, направленные на оценку способности к осознанию и вербализации собственных чувств: Торонтская шкала алекситимии – TAS-26 (G.J. Taylor, et al., 1985; адаптация Д.Б. Ересьюко и др., 1994); Полупроективный тест на эмоциональный словарь (J.H. Krystal, 1986);
- Модифицированная методика определения понятий (А.Б. Холмогоровой, 1983; в модификации Л.Ю. Демидовой, Н.В. Дворянчикова, 2014) для оценки способности к децентрации;
- Проективная методика для диагностики эмпатии (Е.В. Шерягиной, 2013; в модификации Л.Ю. Демидовой, Е.В. Шерягиной, 2013).

Собранные данные подвергались методам качественного и количественного анализа. Статистическая обработка проводилась с помощью критериев Краскела–Уоллиса, Манна–Уитни и χ^2 с учетом точного теста Фишера.

¹ Эгосинтоническое отношение к влечению означает его спаянность с личностью, невозможность критического отношения к нему и контроля над ним. Педофилы с таким синтонным отношением к влечению не видят проблемы в своих сексуальных предпочтениях и убеждены в естественности и нормальности их поведения. Отсутствие внутриспихического конфликта приводит к тому, что действия в таком случае приобретают характер импульсивных. В противоположность этому эгодистоническое отношение к сексуальному влечению предполагает наличие критики к нему, что позволяет индивиду с ним бороться [14].

Результаты исследования

Результаты межгруппового сравнения лиц с педофилией, преступников без педофилии и группы сопоставления приведены на рис. 1 и 2.

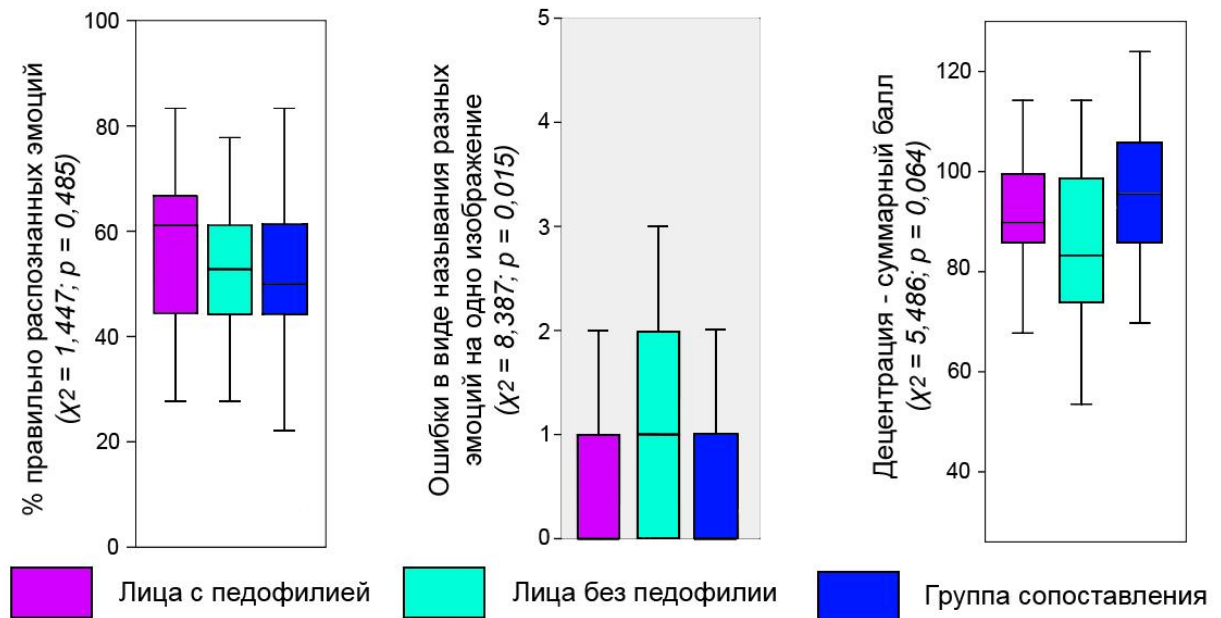


Рис. 1. Диаграмма межгруппового распределения показателей распознавания эмоций и децентрации

Примечание. В скобках указаны значения χ^2 и уровни значимости по критерию Краскела–Уоллиса. Значения критерия Манна–Уитни для попарных сравнений. *Лица с педофилией – Лица без педофилии:* % правильно распознанных эмоций ($U = 619$; $p = 0,367$); ошибки при распознавании эмоций ($U = 559,5$; $p = 0,104$); децентрация ($U = 522$; $p = 0,055$). *Лица с педофилией – Группа сопоставления:* % правильно распознанных эмоций ($U = 1838,5$; $p = 0,251$); ошибки при распознавании эмоций ($U = 1900,5$; $p = 0,331$); децентрация ($U = 1155$; $p = 0,814$). *Лица без педофилии – Группа сопоставления:* % правильно распознанных эмоций ($U = 1496,5$; $p = 0,895$); ошибки при распознавании эмоций ($U = 1043$; $p = 0,003$); децентрация ($U = 615$; $p = 0,026$).

Согласно полученным результатам группа преступников без педофилии в сравнении с другими группами обладает наиболее низкими показателями эмпатии и децентрации, испытуемые этой группы допустили больше ошибок при распознавании эмоций других людей. У обеих групп обвиняемых были выявлены трудности с осознанием и вербализацией собственных эмоций, наиболее выраженные – у испытуемых с педофилией.

На рис. 3 приведены результаты внутригруппового сравнения лиц с педофилией в зависимости от их отношения к своему аномальному влечению. Поскольку изучаемые способности качественно изменяются в зависимости от степени их выраженности, на этом этапе исследования показатели были переведены в номинальную шкалу (испытуемые разделялись на группы на основании ранее полученных в методиках данных, либо по медиане группового распределения).

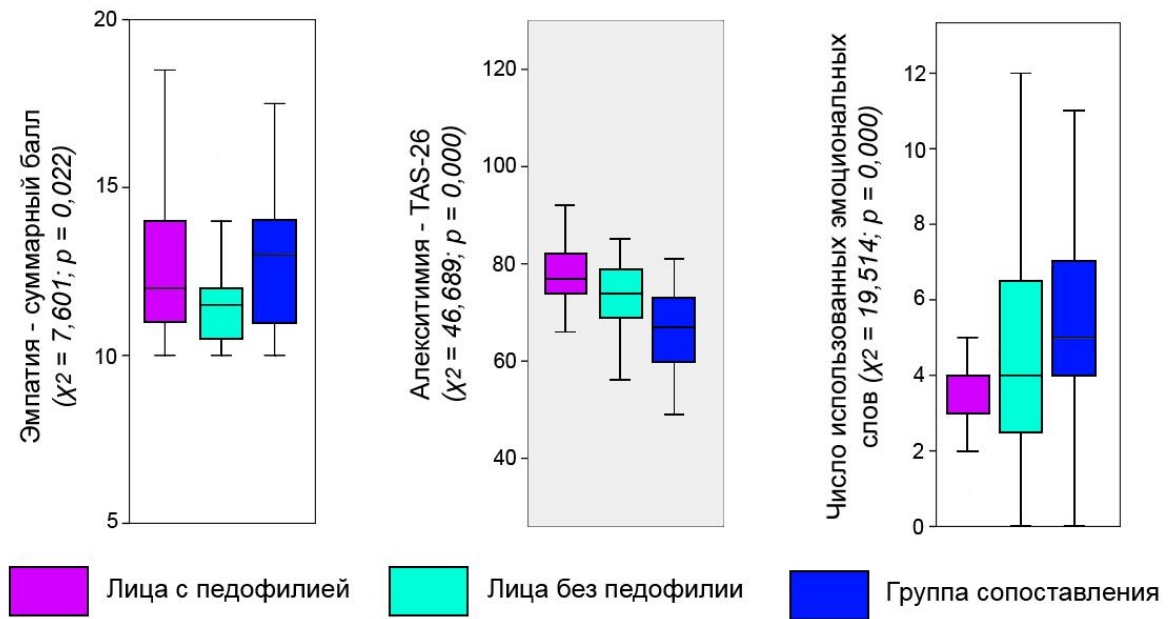


Рис. 2. Диаграмма межгруппового распределения показателей эмпатии и алекситимии

Примечание. В скобках указаны значения χ^2 и уровни значимости по критерию Краскелла-Уоллиса. Значения критерия Манна-Уитни для попарных сравнений. Лица с педофилией – Лица без педофилии: эмпатия ($U = 515,5; p = 0,046$); алекситимия TAS ($U = 619; p = 0,370$); число эмоциональных слов ($U = 542,5; p = 0,082$). Лица с педофилией – Группа сопоставления: эмпатия ($U = 1995; p = 0,737$); алекситимия TAS ($U = 711; p = 0,000$); число эмоциональных слов ($U = 1012; p = 0,000$). Лица без педофилии – Группа сопоставления: эмпатия ($U = 1011,5; p = 0,005$); алекситимия TAS ($U = 725,5; p = 0,000$); число эмоциональных слов ($U = 1149,5; p = 0,121$).

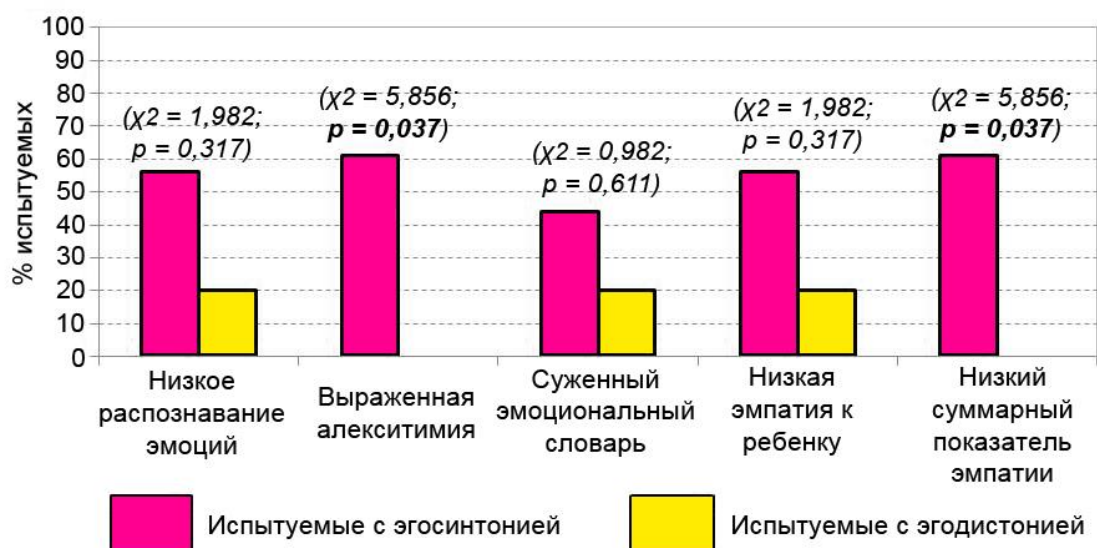


Рис. 3. Диаграмма внутригруппового сравнения лиц с педофилией

В скобках указаны значения критерия χ^2 и уровни значимости с учетом точного теста Фишера, поскольку ожидаемая частота в некоторых ячейках была менее 5.

Согласно приведенным данным у лиц с эгосинтоническим отношением к собственному влечению статистически значимо чаще встречались высокая выраженность алекситимии на клиническом уровне и крайне низкая эмпатия; остальные показатели также были снижены.

Обсуждение результатов

Полученные результаты в первую очередь позволяют сделать вывод, что механизмы понимания эмоциональных состояний у испытуемых с педофилией принципиально отличаются от соответствующих механизмов у преступников без стойкого влечения к детям. Преступления, совершенные лицами без расстройства, сопряжены с трудностями межличностного взаимодействия вследствие снижения у них ряда способностей к пониманию эмоциональных состояний. Такие преступления, вероятно, обусловлены трудностями в установлении близких межличностных отношений с соответствующими по возрасту партнерами, потому что в среднем участники этой группы хуже понимают эмоции и позицию другого человека, меньше склонны к сочувствию. Аналогичные действия лиц с педофилией совершаются по несколько другим механизмам, напрямую не связанным с их способностью понимать эмоциональные состояния других людей – такие испытуемые хорошо понимают эмоции окружающих, умеют проявлять сочувствие и ставить себя на место другого человека. Хотя они испытывают сложности с распознаванием собственных эмоциональных состояний, обнаруживая высокую алекситимию, им проще поставить себя на место ребенка, говорить с детьми о чувствах, в сравнении с обвиняемыми без педофилии. Возможно, им легче понять ребенка за счет собственного инфантилизма и идентификации с детским образом, а эмпатия в случае, когда нет различия между собственными переживаниями и переживаниями другого, может приобретать характер «эгоистической» [10; 15].

Таким образом, предположение о том, что способность сексуальных преступников к пониманию эмоциональных состояний снижена и связана с наличием у некоторых из них педофилии, подтвердилось только в отношении испытуемых без сексуальных расстройств. Способность к пониманию эмоциональных состояний при педофилии, на первый взгляд, соответствует норме. Вместе с тем выявленная у лиц с педофилией крайне высокая выраженность алекситимии не позволяет уверенно говорить о сохранности их эмоциональной сферы. Важность этой особенности, выявленной у лиц с педофилией, позволяет прояснить результаты внутригруппового сравнения, согласно которым нарушения эмоционального восприятия, в том числе крайне высокая выраженность алекситимии, в большей степени характерны для испытуемых с эгосинтоническим отношением к своему аномальному влечению, с нарушенной критикой к нему и трудностями регуляции поведения.

Этот результат представляется важным, ведь человек, не отдающий себе отчет в собственных эмоциях, теряет целый пласт информации о состоянии его

собственной мотивационно-потребностной сферы – информации, необходимой для адекватного принятия решений [7]. При высокой выраженности алекситимии не только нарушается способность к оценке собственных мотивов, но эмоциональное состояние другого человека часто остается неосознанным или понимается лишь формально.

Обработка эмоций без их осознания (по сути, алекситимия) связана с примитивной обработкой эмоциональных стимулов на самых нижних уровнях эмоциональной регуляции и выражается преимущественно в физиологической реактивности организма [6; 24]. Более высокие уровни эмоциональной регуляции предполагают сознательную, оценочную обработку эмоций, соотнесение полученной эмоциональной информации с контекстом всей ситуации, с прошлым опытом – с этими уровнями связывается возникновение чувств, высших эмоций. Доминирование низших уровней эмоциональной регуляции (что, вероятно, и происходит при эгосинтоническом варианте педофилии) сопряжено с избеганием переживаний о чувствах и состояниях других людей, преобладанием эгоистической мотивации и может выступать объективным свидетельством неадекватного отражения ситуации в сознании субъекта, свидетельствовать о нарушениях регуляции.

Таким образом, данная работа разрешает противоречие, связанное с оценкой способности сексуальных преступников к пониманию эмоциональных состояний. Выделены механизмы эмоционального восприятия, принципиально отличающие эмоциональную регуляцию при педофилии в сравнении с лицами без указанного расстройства. Показана связь нарушений эмоционального восприятия с нарушениями регуляции деятельности на примере сопоставления лиц с различными клиническими вариантами парафилий. Полученные результаты могут быть полезны при разработке профилактических и терапевтических программ, превентивных мер по профилактике сексуальной преступности, при дифференциально-диагностической оценке лиц с педофилией и при разработке моделей регуляции в экспертной практике.

Данное исследование имеет свои ограничения. В частности, объем выборки явно недостаточен для уверенного вывода о связи высокой выраженности алекситимии с эгосинтоническим отношением к аномальному влечению у лиц с педофилией. Кроме того, данные получены на испытуемых, совершивших криминальные действия, что требует осторожного к ним отношения при анализе педофилии в целом как явления.

Литература

1. Антонян Ю.М., Гончарова М.В., Гусева О.Н. и др. Педофилия: Основные криминальные черты / Под ред. Ю.М. Антоняна. М.: Издательство Проспект, 2012. 304 с.

2. Дворянчиков Н.В., Ильенко А.А., Ениколопов С.Н. Особенности эмоционального восприятия у лиц с девиантным сексуальным поведением // Сексология и сексопатология. 2003. № 4. С. 17–23.

3. Дворянчиков Н.В., Носов С.С., Саламова Д.К. Половое самосознание и методы его диагностики: учебное пособие. М.: Флинта: Наука, 2011. 216 с.

4. Демидова Л.Ю., Дворянчиков Н.В. Когнитивная и аффективная составляющие межличностного взаимодействия у лиц с аномальным сексуальным поведением [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. № 1. С. 326–336. URL: http://psyedu.ru/journal/2014/1/Demidova_Dvoryanchikov.phtml (дата обращения: 31.07.2018). doi:10.17759/psyedu.2014060134

5. Демидова Л.Ю., Каменсков М.Ю. Диагностические критерии педофилии – клинические, правовые и социокультурные проблемы [Электронный ресурс] // Психология и право. 2014. № 4. С. 14–22. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2014/n4/73010.shtml> (дата обращения: 31.07.2018).

6. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / Под ред. В.В. Лебединского. М.: Издательство Московского университета, 1990. 197 с.

7. Мавлянова О.В. Факторы трансформации неконструктивных форм агрессивного поведения в конструктивные [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2011. № 4. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n4/48752.shtml (дата обращения: 31.07.2018).

8. Макурин А.А., Булыгина В.Г. Распознавание эмоций у лиц, совершивших противоправные действия сексуального характера [Электронный ресурс] // Психология и право. 2011. № 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2011/n3/46576.shtml> (дата обращения: 31.07.2018).

9. Менделевич В.Д. Больничный по педофилии и инвалидность по наркомании // Неврологический вестник. 2017. Т. 49. № 3. С. 5–10.

10. Орлов А.Б., Хазанова М.А. Феномены эмпатии и конгруэнтности // Вопросы психологии. 1993. № 4. С. 68–73.

11. Перехов А.Я. Психиатризация сексологии на примере педофилии // Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы: Сб. статей XVI съезда психиатров России / Под ред. Н.Г. Незнанова. СПб.: Альта Астра, 2015. С. 809–810.

12. Таинственный А. Педофилия и детская порнография в контексте современного общества // Независимый психиатрический журнал. 2016. № 1. С. 18–39.

13. Ткаченко А.А. Судебно-психиатрическая экспертиза при расстройствах сексуального влечения // Руководство по судебной психиатрии / Под ред. А.А. Ткаченко. М.: Юрайт, 2012. С. 338–365.

14. Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. М.: Бином, 2015. 648 с.
15. Deigh J. Empathy and universalizability // Ethics. 1995. Vol. 105. № 4. P. 743–763. doi:10.2307/2382110
16. Feldmanhall O., Dalgleish T., Mobbs D. Alexithymia decreases altruism in real social decisions // Cortex. 2012. Vol. 49. № 3. P. 899–904. doi: 10.1016/j.cortex.2012.10.015
17. Fernandez Y.M., Marshall W.L. Victim empathy, social self-esteem, and psychopathy in rapists // Sexual Abuse: A Journal of Research & Treatment. 2003. Vol. 15. № 1. P. 11–26. doi:10.1177/107906320301500102
18. Fisher D., Beech A., Browne K. Comparison of sex offenders to nonoffenders on selected psychological measures // International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 1999. Vol. 43. № 4. P. 473–491. doi:10.1177/0306624X99434006
19. Gery I., Miljkovitch R., Berthoz S., Soussignan R. Empathy and recognition of facial expressions of emotion in sex offenders, non-sex offenders and normal controls // Psychiatry Research. 2009. Vol. 165. № 3. P. 252–262. doi: 10.1016/j.psychres.2007.11.006
20. Gilgun J.F., Connor T.M. How perpetrators view child sexual abuse // Social Work. 1989. Vol. 34. № 3. P. 249–251. doi:10.2307/23715306
21. Gillespie S.M., Rotshtein P., Satherley R.M. et al. Emotional expression recognition and attribution bias among sexual and violent offenders: a signal detection analysis // Frontiers in psychology. 2015. Vol. 6. Article 595. doi:10.3389/fpsyg.2015.00595
22. Grün D., Rebucal K., Diehl M., et al. Empathy Across the Adult Lifespan: Longitudinal and Experience-Sampling Findings // Emotion. 2008. Vol. 8. № 6. P. 753–765. doi: 10.1037/a0014123
23. Hudson S.M., Ward T. Interpersonal competency in sex offender // Behavior Modification. 2000. Vol. 24. № 4. P. 494–527. doi:10.1177/0145445500244002
24. LeDoux J. The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life. NY, NY: Simon and Schuster, 1996. 384 p.
25. Marshall W.L., Hudson S.M., Jones R., Fernandez Y.M. Empathy in sex offenders // Clinical Psychology Review. 1995. Vol. 15. № 2. P. 99–113. doi:10.1016/0272-7358(95)00002-7
26. Pithers W.D. Empathy: Definition, enhancement and relevance to the treatment of sexual abusers // Journal of Interpersonal Violence. 1999. Vol. 14. № 3. P. 257–284. doi:10.1177/088626099014003004

27. *Puglia M.L., Stough C., Carter J.D., Joseph M.* The emotional intelligence of adult sex offenders: ability based EI assessment // *Journal of Sexual Aggression*. 2005. Vol. 11. № 3. P. 249–258. doi:10.1080/13552600500271384
28. *Scully D.* Convicted rapists' perceptions of self and victim: role taking and emotions // *Gender and Society*. 1988. Vol. 2. № 2. P. 200–213. doi:10.1177/089124388002002005
29. *Smallbone S.W., Wheaton J., Hourigan D.* Trait empathy and criminal versatility in sexual offenders // *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. 2003. Vol. 15. № 1. P. 49–60. doi:10.1177/107906320301500104
30. *Suchy Y., Whittaker W.J., Strassberg D.S., Eastvold A.* Facial and prosodic affect recognition among pedophilic and nonpedophilic criminal child molesters // *Sexual abuse: a journal of research and treatment*. 2009. Vol. 21. № 1. P. 93–110. doi:10.1177/1079063208326930
31. *Varker T., Devilly G.J., Ward T., Beech A.R.* Empathy and adolescent sexual offenders: a review of the literature // *Aggression and Violent Behavior*. 2008. Vol. 13. № 4. P. 251–260. doi: 10.1016/j.avb.2008.03.006
32. *Ward T., Keenan T., Hudson S.M.* Understanding cognitive, affective, and intimacy deficits in sexual offenders: a developmental perspective // *Aggression and Violent Behavior*. 2000. Vol. 5. № 1. P. 41–62. doi:10.1016/S1359-1789(98)00025-1
33. *Wood E., Riggs S.* Predictors of child molestation: adult attachment, cognitive distortions, and empathy // *Journal of Interpersonal Violence*. 2008. Vol. 23. № 2. P. 259–275. doi:10.1177/0886260507309344.

Understanding of Emotional States in Persons with Pedophilia / Pedophilic Disorder

Demidova L.Yu.,

PhD. in Psychology, Research Fellow, Laboratory of Forensic Sexology, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, lyubov.demidova@gmail.com

Dvoryanchikov N.V.,

PhD. in Psychology, Associate Professor, Dean of the Legal Psychology Faculty, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, dvorian@gmail.com

This article highlights the problem of emotional perception in pedophilia (ICD-10) / pedophilia disorder (ICD-11). In present paper, emotional perception is considered as abilities of recognizing and identifying a wide range of mental states like emotions, affects, moods, feelings. The assumption about relations of alexithymia and disturbances in the recognition of emotions, perspective taking, empathy with pedophilia and regulatory mechanisms of activity verified empirically. Two groups of persons accused of sexual crimes are compared: 44 people with pedophilia, 32 people without the disorder; also 95 persons who haven't been accused were examined for the control group; as well intra-group comparison of pedophilic persons with egosyntonic and egodystonic attitude toward sexual drive was made. Contradictions of earlier studies are resolved in the result: it is shown that in pedophilia the ability of understanding emotional states remains normal at first sight (in comparison with the deficits found in the accused without pedophilia). However, the group with pedophilia is characterized by extremely high level of alexithymia and based on this the consistently conclusion is made about disturbances of emotional regulation in egosyntonic form of this disorder.

Keywords: pedophilia, pedophilic disorder, alexithymia, empathy, emotions, emotional recognition, perspective taking, sexual offence.

References

1. Antonyan Yu.M., Goncharova M.V., Guseva O.N., et al. Pedofiliya: Osnovnye kriminal'nye cherty [Pedophilia: the main criminal characteristics]. Antonyan Yu.M. (ed.). Moscow: Izdatel'stvo Prospekt, 2012. 304 p. (In Russ.).

2. Dvoryanchikov N.V., Il'enko A.A., Enikolopov S.N. Osobennosti emotsional'nogo vospriyatiya u lits s deviantnym seksual'nym povedeniem [Peculiarities of emotional perception among persons with abnormal sexual behaviour]. *Seksologiya i seksopatologiya [Sexology and Sexopathology]*, 2003, no. 4, pp. 17–23. (In Russ., Abstr. in Engl.).
3. Dvoryanchikov N.V., Nosov S.S., Salamova D.K. Polovoe samosoznanie i metody ego diagnostiki: uchebnoe posobie [Gender identity and methods of its diagnosis: a textbook]. Moscow: Flinta: Nauka, 2011. 216 p. (In Russ.).
4. Demidova L.Yu., Dvoryanchikov N.V. Kognitivnaya i affektivnaya sostavlyayushchie mezhlichnostnogo vzaimodeystviya u lits s anomal'nym seksual'nym povedeniem [Elektronnyi resurs] [Cognitive and affective components of interpersonal interaction in patients with abnormal sexual behavior]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie PSYEDU.RU [Psychological Science and Education www.psyedu.ru]*, 2014, no. 1, pp. 326–336. Available at: http://psyedu.ru/journal/2014/1/Demidova_Dvorjanchikov.phtml (Accessed: 31.07.2018). (In Russ., Abstr. in Engl.). doi:10.17759/psyedu.2014060134
5. Demidova L.Yu., Kamenskov M.Yu. Diagnosticheskie kriterii pedofilii – klinicheskie, pravovye i sotsiokul'turnye problemy [Elektronnyi resurs] [Diagnostic criteria for pedophilia: clinical, legal and socio-cultural issues]. *Psikhologiya i parvo [Psychology and Law]*, 2014, no. 4, pp. 14–22. Available at: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2014/n4/73010.shtml> (Accessed: 31.07.2018). (In Russ., Abstr. in Engl.).
6. Lebedinskiy V.V., Nikol'skaya O.S., Baenskaya E.R., Libling M.M. Emotsional'nye narusheniya v detskom vozraste i ikh korrektsiya [Emotional disturbances in childhood and their correction]. Lebedinskiy V.V. (ed.). Moscow: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1990. 197 p. (In Russ.).
7. Mavlyanova O.V. Faktory transformatsii nekonstruktivnykh form agressivnogo povedeniya v konstruktivnye [Elektronnyi resurs] [Factors of transformation of unconstructive forms of aggressive behavior into constructive]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie PSYEDU.ru [Psychological Science and Education www.psyedu.ru]*, 2011, no. 4. Available at: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n4/48752.shtml (Accessed: 31.07.2018). (In Russ., Abstr. in Engl.).
8. Makurin A.A., Bulygina V.G. Raspoznavanie emotsiy u lits, sovershivshikh protivopravnye deystviya seksual'nogo kharaktera [Elektronnyi resurs] [Recognition of Emotions in People who have committed sexual unlawful acts]. *Psikhologiya i parvo [Psychology and Law]*, 2011, no. 3. Available at: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2011/n3/46576.shtml> (Accessed: 31.07.2018). (In Russ., Abstr. in Engl.).
9. Mendelevich V.D. Bol'nichnyy po pedofilii i invalidnost' po narkomanii [The sick list on pedophilia and disability on drug addiction]. *Nevrologicheskiy vestnik [Neurological Bulletin]*, 2017, vol. 49, no. 3, pp. 5–10. (In Russ., Abstr. in Engl.).
10. Orlov A.B., Khazanova M.A. The Phenomena of Empathy and Congruence. *Journal of Russian & East European Psychology*, 1994, vol. 32, no. 6, pp. 68–73. doi: 10.2753/RPO1061-0405320657

11. Perekhov A.Ya. Psikhiafizatsiya seksologii na primere pedofilii [Psychiatrization of sexology in the case of pedophilia]. In *Psikhiatriya na etapakh reform: problemy i perspektivy: Sb. statey XVI s"ezda psikhiatrov Rossii [Psychiatry at the stages of reforms: problems and prospects: Articles of XVI Congress of Psychiatrists in Russia]*. Neznanov N.G. (ed.). St. Petersburg: Al'ta Astra, 2015, pp. 809–810. (In Russ.).
12. Tainstvenniy A. Pedofiliya i detskaya pornografiya v kontekste sovremennogo obshchestva [Pedophilia and children pornography in context of contemporary society]. *Nezavisimyy psikhiatricheskii zhurnal [Independent Psychiatric Journal]*, 2016, no. 1, pp. 18–39. (In Russ.).
13. Tkachenko A.A. Sudebno-psikhiatricheskaya ekspertiza pri rasstroystvakh seksual'nogo vlecheniya [Forensic psychiatric examination in disorders of sexual preference]. In *Rukovodstvo po sudebnoy psikhiatrii [Textbook of Forensic Psychiatry]*. Tkachenko A.A. (ed.). Moscow: Izdatel'stvo Yurayt, 2012, pp. 338–365. (In Russ.).
14. Tkachenko A.A., Vvedenskiy G.E., Dvoryanchikov N.V. Sudebnaya seksologiya [Forensic sexology]. Moscow: Binom, 2015. 648 p. (In Russ.).
15. Deigh J. Empathy and universalizability. *Ethics*, 1995, vol. 105, no. 4, pp 743–763. doi:10.2307/2382110
16. Feldmanhall O., Dalgleish T., Mobbs D. Alexithymia decreases altruism in real social decisions. *Cortex*, 2012, vol. 49, no. 3, pp. 899–904. doi: 10.1016/j.cortex.2012.10.015
17. Fernandez Y.M., Marshall W.L. Victim empathy, social self-esteem, and psychopathy in rapists. *Sexual Abuse: A Journal of Research & Treatment*, 2003, vol. 15, no. 1, pp. 11–26. doi:10.1177/107906320301500102
18. Fisher D., Beech A., Browne K. Comparison of sex offenders to nonoffenders on selected psychological measures. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1999, vol. 43, no. 4, pp. 473–491. doi:10.1177/0306624X99434006
19. Gery I., Miljkovitch R., Berthoz S., Soussignan R. Empathy and recognition of facial expressions of emotion in sex offenders, non-sex offenders and normal controls. *Psychiatry Research*, 2009, vol. 165, no. 3, pp. 252–262. doi: 10.1016/j.psychres.2007.11.006
20. Gilgun J.F., Connor T.M. How perpetrators view child sexual abuse. *Social Work*, 1989, vol. 34, no. 3, pp. 249–251. doi:10.2307/23715306
21. Gillespie S.M., Rotshtein P., Satherley R.M., et al. Emotional expression recognition and attribution bias among sexual and violent offenders: a signal detection analysis. *Frontiers in psychology*, 2015, vol. 6, Article 595. doi:10.3389/fpsyg.2015.00595
22. Grün D., Rebucal K., Diehl M. et al. Empathy Across the Adult Lifespan: Longitudinal and Experience-Sampling Findings. *Emotion*, 2008, vol. 8, no. 6, pp. 753–765. doi:10.1037/a0014123

23. Hudson S.M., Ward T. Interpersonal competency in sex offender. *Behavior Modification*, 2000, vol. 24, no. 4, pp. 494–527. doi:10.1177/0145445500244002
24. LeDoux J. *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. NY, NY: Simon and Schuster, 1996. 384 p.
25. Marshall W.L., Hudson S.M., Jones R., Fernandez Y.M. Empathy in sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 1995, vol. 15, no. 2, pp. 99–113. doi:10.1016/0272-7358(95)00002-7
26. Pithers W.D. Empathy: Definition, enhancement and relevance to the treatment of sexual abusers. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, vol. 14, no. 3, pp. 257–284. doi:10.1177/088626099014003004
27. Puglia M.L., Stough C., Carter J.D., Joseph M. The emotional intelligence of adult sex offenders: ability based EI assessment. *Journal of Sexual Aggression*, 2005, vol. 11, no. 3, pp. 249–258. doi:10.1080/13552600500271384
28. Scully D. Convicted rapists' perceptions of self and victim: role taking and emotions. *Gender and Society*, 1988, vol. 2, no. 2, pp. 200–213. doi:10.1177/089124388002002005
29. Smallbone S.W., Wheaton J., Hourigan D. Trait empathy and criminal versatility in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 2003, vol. 15, no. 1, pp. 49–60. doi:10.1177/107906320301500104
30. Suchy Y., Whittaker W.J., Strassberg D.S., Eastvold A. Facial and prosodic affect recognition among pedophilic and nonpedophilic criminal child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 2009, vol. 21, no. 1, pp. 93–110. doi:10.1177/1079063208326930
31. Varker T., Devilly G.J., Ward T., Beech A.R. Empathy and adolescent sexual offenders: a review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 2008, vol. 13, no. 4, pp. 251–260. doi: 10.1016/j.avb.2008.03.006
32. Ward T., Keenan T., Hudson S.M. Understanding cognitive, affective, and intimacy deficits in sexual offenders: a developmental perspective. *Aggression and Violent Behavior*, 2000, vol. 5, no. 1, pp. 41–62. doi:10.1016/S1359-1789(98)00025-1
33. Wood E., Riggs S. Predictors of child molestation: adult attachment, cognitive distortions, and empathy. *Journal of Interpersonal Violence*, 2008, vol. 23, no. 2, pp. 259–275. doi:10.1177/0886260507309344.

О некоторых особенностях вербально-логического мышления в норме и при шизотипическом расстройстве (на примере методики «Четвертый лишний»)

Кобзова М.П.,

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, kobzovamp@gmail.com

Зверева Н.В.,

кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, профессор кафедры нейро- и патопсихологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», ФГБОУ ВПО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия, nwzvereva@mail.ru

Щелокова О.А.,

врач-психиатр, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, chtchelokova-oa@yandex.ru

Статья посвящена изучению особенностей мышления у испытуемых в группе практической нормы. Были поставлены две взаимосвязанные задачи: с помощью модифицированной классической патопсихологической методики «Четвертый лишний» проанализировать особенности мышления здоровых мужчин и женщин в возрасте от 17 до 70 лет; вторая задача – проанализировать те же особенности в узкой возрастной выборке больных с шизотипическим расстройством юношеского возраста (17–28 лет). Результаты исследования показали, что в современной выборке изменился характер актуализированных признаков, на основании которых делается обобщение. Как показало проведенное исследование, по сравнению с 60–70-ми гг. прошлого века в настоящее время критерии «съедобное–несъедобное», «одушевленное–неодушевленное» стали либо менее частотными, либо потеряли такую же значимость. В настоящее время на первый план выступают другие функциональные признаки предметов: движение, размер, текстура и т.п. Сопоставление данных здоровых испытуемых и их сверстников с шизотипическим расстройством не выявило достоверных различий по показателю стандартности (с опорой на новые нормативные данные) в методике «Четвертый лишний». По-видимому, это отражает изменения, имеющиеся в нормативной выборке, сопряженные с динамикой социальной ситуации развития. Полученные данные

Кобзова М.П., Зверева Н.В., Щелокова О.А. О некоторых особенностях вербально-логического мышления в норме и при шизотипическом расстройстве (на примере методики «Четвертый лишний») Клиническая и специальная психология 2018. Том 7. № 3. С. 100–118.

Kobzova M.P., Zvereva N.V., Shelokova O.A. On Some Features of Verbal-Logical Thinking in the Norm and in Schizotypic Disorder (Using the Example of the Fourth Extra Technique) Clinical Psychology and Special Education 2018, vol. 7, no. 3, pp. 100–118.

требуют учета при проведении диагностических клинико-психологических исследований.

Ключевые слова: мышление, актуализируемые признаки предметов, методика «Четвертый лишний», практическая норма, шизотипическое расстройство.

Для цитаты:

Кобзова М.П., Зверева Н.В., Щелокова О.А. О некоторых особенностях вербально-логического мышления в норме и при шизотипическом расстройстве (на примере методики «Четвертый лишний») [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 100–118. doi: 10.17759/psyclin.2018070306

For citation:

Kobzova M.P., Zvereva N.V., Shelokova O.A. On Some Features of Verbal-Logical Thinking in the Norm and in Schizotypic Disorder (Using the Example of the Fourth Extra Technique) [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 100–118. doi: 10.17759/psycljn.2018070306 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

За последние десятилетия в клинической психологии собран значительный материал, посвященный исследованиям нарушений мышления при психической патологии в подростковом и в юношеском возрасте, а также поиску и описанию причин этих нарушений [5; 6; 13; 26; 27; 29]. Менее изученными остаются вопросы специфичности познавательных процессов в юношеских и старших возрастных группах практической нормы на современном этапе.

В патопсихологии изучение мышления у здоровых испытуемых юношеского и старшего возрастов проводилось в рамках исследований клинических групп с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, эти исследования проводились в 1960–90-е гг. прошлого столетия [21; 7; 12]. Более широко представлены социально-психологические исследования по изучению мыслительной деятельности у здоровых взрослых [1; 14; 21]. Изучение особенностей мышления, характерных для нормы в разные возрастные периоды (юношеском и более старшем возрастах), очень важно для решения теоретических и практических задач, стоящих перед общей, социальной, медицинской психологией, поскольку это расширяет представление о мышлении как социально-детерминированной высшей психической функции, затрагивает вопросы методологии и дифференциальной диагностики. О необходимости изучения нормы писал ученик Б.В. Зейгарник, классик отечественной клинической психологии – Ю.Ф. Поляков [19]. Одним из принципов, применявшимся при разработке патопсихологических методик в его школе, было применение «глухой» или

«открытой» инструкций. Это помогало выявить частоту встречаемости актуализируемых признаков предметов при мыслительных операциях обобщения, а также при выполнении разных заданий (например, в методике «Сравнение понятий») здоровыми испытуемыми и пациентами с расстройствами шизофренического спектра. Важными факторами, которые нужно учитывать при исследовании мышления в группах практической нормы, – культурно-исторический период, в котором находятся респонденты, их социальный и познавательный опыт, закрепленный в понятиях и представлениях общества о предметах, отношениях и связях между ними. Культурно-исторический подход требует от нас учета социальных сдвигов, произошедших в обществе (в социуме, в образовании и т.п.) [3]. Как указывает Е.В. Яковлева [25], изучение мышления студентов старших курсов показало, что они стараются не только оценить, запомнить изучаемый материал, но и соотнести его со своим практическим, житейским, производственным опытом: они не только анализируют, обобщают, абстрагируют, но и применяют найденные способы анализа, обобщения в решении задачи в зависимости от ее характера. В отличие от групп здоровых испытуемых, как отмечал еще Ю.Ф. Поляков [19], именно респонденты с заболеваниями шизофренического спектра оперируют понятиями и представлениями о предметах и их свойствах в необычных и непривычных аспектах, часто не принимая во внимание социокультурный опыт и привнося свои особые личные предпочтения в выборе предметов, опираются на второстепенные и латентные признаки предметов. При решении же «проблемных задач», например, творческих, где необходимо находить латентные свойства предмета, больные с шизофренией лучше справляются с заданиями, чем здоровые испытуемые [15]. В научной школе Ю.Ф. Полякова исследования познавательной деятельности больных проводились с опорой на принципы классификации нарушений мышления Б.В. Зейгарник [8]. В отделе медицинской психологии Института психиатрии СССР в 1970-е годы проводились исследования мышления у больных с разными формами шизофрении с помощью специально разработанных методик («Четвертый лишний», «Малая предметная классификация», «Сравнение понятий»), результаты сопоставлялись с данными группы практической нормы. Т.К. Мелешко, В.А. Литвак и В.П. Критская исследовали с помощью модифицированной методики «Четвертый лишний» частоту актуализации различных признаков предметов для исключения объектов при решении задач в группе здоровых испытуемых. На основании данных все признаки были разделены на «стандартные» и «нестандартные» [17]. Условно стандартными считались те ответы, в которых актуализируемые признаки превышали среднюю частоту. Таким образом, в каждой серии задания было выделено процентное отношение числа стандартных ответов к общему числу ответов по всем задачам, которое выражалось в «коэффициенте стандартности». За прошедшие с момента этого исследования 30-40 лет культурная среда существенно изменилась, это, по нашему мнению, могло привести к изменению специфики актуализируемых признаков [9]. Поэтому определение частоты встречаемости различных признаков в группе практической нормы явилось одной из задач исследования. Вопрос о необходимости пересмотра нормативных данных в связи с изменением социокультурных условий жизнедеятельности человека обсуждается в современной научно-практической литературе [22].

Гипотеза исследования состояла в том, что изменения в культурно-исторической социальной ситуации за последние 30 лет могли повлиять на специфику выбора существенных признаков при выполнении заданий на мышление здоровыми испытуемыми.

Цель работы – изучение динамики показателей методики «Четвертый лишний» (вербальный вариант) на современном этапе по сравнению с классическими данными.

Мы поставили перед собой две исследовательские задачи, первая из которых связана с оценкой изменений избирательности мыслительной деятельности в норме на современном этапе, а вторая – клиническая иллюстрация этих изменений на материале молодых пациентов мужского пола с расстройствами круга шизофрении, как это было и в классических работах школы Ю.Ф. Полякова:

1. используя методику «Четвертый лишний», проанализировать особенности мышления в современной нормативной выборке здоровых мужчин и женщин в возрасте от 17 до 70 лет;

2. провести сравнение особенностей мышления в клинической фокус-группе молодых пациентов с шизотипическим расстройством (17–28 лет) и их здоровых сверстников на современном этапе.

Материалы и методы исследования

Для реализации первой задачи была сформирована выборка со следующими критериями включения: здоровые мужчины и женщины, возраст – от 17 до 70 лет, отсутствие наблюдения у психиатров, отсутствие психотропной терапии. Кроме того, для исключения попадания в группу испытуемых с шизотипическим расстройством (ШТР) использовался опросник Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ), включающий 74 утверждения, основанных на диагностических критериях DSM-4 [28]. Испытуемые, набравшие более 23 баллов по шкалам опросника, исключались из группы. Эту выборку составили 129 респондентов, из них 56 мужчин в возрасте 17–54 года и 73 женщины в возрасте 20–70 лет. В нормативной мужской выборке молодого возраста ($M_{\text{мол.}}$) было 28 человек (17–25 лет, средний возраст – $20,8 \pm 2,8$ лет) – студенты МГУ, МГППУ и технических вузов. В мужской нормативной выборке также были выделены испытуемые среднего возраста ($M_{\text{ср.}}$) – 17 человек (26–35 лет, средний возраст – $30 \pm 3,1$ лет); а также старшего возраста ($M_{\text{ст.}}$) – 11 человек (36–54 года, средний возраст – $45 \pm 7,1$ лет). Испытуемые групп $M_{\text{ср.}}$ и $M_{\text{ст.}}$ работали, многие имели семьи.

В нормативной женской выборке молодого возраста ($J_{\text{мол.}}$) было 38 человек (20–35 лет, средний возраст – $27 \pm 5,6$ лет) – студентки различных вузов. В нормативную женскую группу также вошли 11 испытуемых среднего возраста ($J_{\text{ср.}}$) (36–55 лет, средний возраст – $45 \pm 7,0$ лет) и 7 человек старшего возраста ($J_{\text{ст.}}$) (средний возраст – $61 \pm 6,1$ лет). Отметим, что среди работающих испытуемых

примерно половина трудились бухгалтерами, менеджерами и юристами. Среди остальных специальностей преобладали инженеры, работники образования и здравоохранения. Более 80 % испытуемых среднего и старшего возраста имели высшее образование.

Для реализации второй задачи была набрана группа молодых пациентов с шизотипическим расстройством (F 21.X по МКБ-10) – ШТР_{мол.} В нее вошли 28 больных в возрасте 17–25 лет, находившихся на стационарном лечении в ФГБНУ НЦПЗ.

Психологическое тестирование проводилось с использованием модифицированной методики «Четвертый лишний» (вербальный вариант): испытуемому предъявлялись карточки со словами – всего пять карточек с четырьмя словами на каждой (т.е. пять задач). В трех из них можно было исключить один предмет: 1-я, 4-я и 5-я задачи; 2-я и 3-я задачи рассматривались как провокационные, в которых нельзя было исключить один предмет. Стимульный материал к заданиям (слова на карточках) предъявлялся в следующей последовательности: 1) «иней», «дождь», «пыль», «роса»; 2) «яблоко», «шуба», «книга», «роза»; 3) «бочка», «бабочка», «жук», «очки»; 4) «самолет», «гвоздь», «пчела», «вентилятор»; 5) «рубль», «копейка», «лира», «доллар». Каждому испытуемому давалась «глухая» инструкция: «Из четырех предметов, названия которых написаны на карточке, три предмета надо объединить так, чтобы четвертый в эту группу не вошел, при этом необходимо объяснить, что объединяет эти три и почему четвертый не вошел в эту группу», т.е. обязательно просили объяснить причину исключения. В протоколе фиксировались все высказывания испытуемого по ходу исследования и замечания экспериментатора. Оценивались частотные ответы, коэффициент стандартности.

Результаты

Рассмотрим подробно полученные варианты ответов для каждого из заданий в той последовательности, в которой они предъявлялись испытуемым, т.е. «простые» и «провокационные» варианты поочередно. Для каждой задачи сначала представлены ответы здоровых испытуемых, затем – группы людей с шизотипическим расстройством. Для нас было важно показать половую и возрастную специфику внутри нормативной группы, а также провести сравнение в однородной возрастной группе (молодые люди в возрасте от 17 до 25 лет), различающейся по состоянию здоровья (здоровые молодые мужчины и мужчины с шизотипическим расстройством).

В *первой задаче* (иней, дождь, пыль, роса), основанной на исключении разных природных явлений, большинство испытуемых делают однозначный выбор – исключают «пыль». Этот выбор совпал с тем, который был описан в 70-е годы. Исследование старших возрастных групп мужчин и женщин также показало, что подавляющее большинство испытуемых (80–96 %) исключили это природное явление. В группе пациентов с ШТР такой выбор отмечен в 100 % случаев.

Сопоставим примеры ответов в разных группах испытуемых. Испытуемый группы М_{мол.} исключает пыль, т.к. «пыль не связана с водой, пыль – связана с влагой». Другой испытуемой той же группы объясняет свой выбор так: «пыль – не осадки». В 70-е годы также исключали пыль, объясняя это тем, что она не связана с влагой, не природное явление. В группе М_{мол.} встречались и нестандартные ответы: «дождь – остальное лежит на земле, иней – менее ощутим, чем остальные, иней связан с заморозками». В клинической группе ШТР_{мол.} стандартный ответ – также «пыль»; наиболее частое объяснение – «остальное можно отнести к воде».

Во второй (провокационной) задаче (яблоко, шуба, книга, роза) ни один из «лишних» объектов не набрал более 50 % (за исключением «шубы» в группе Ж_{ст.}), что справедливо для такого класса задач с отсутствием однозначного ответа (рис. 1).

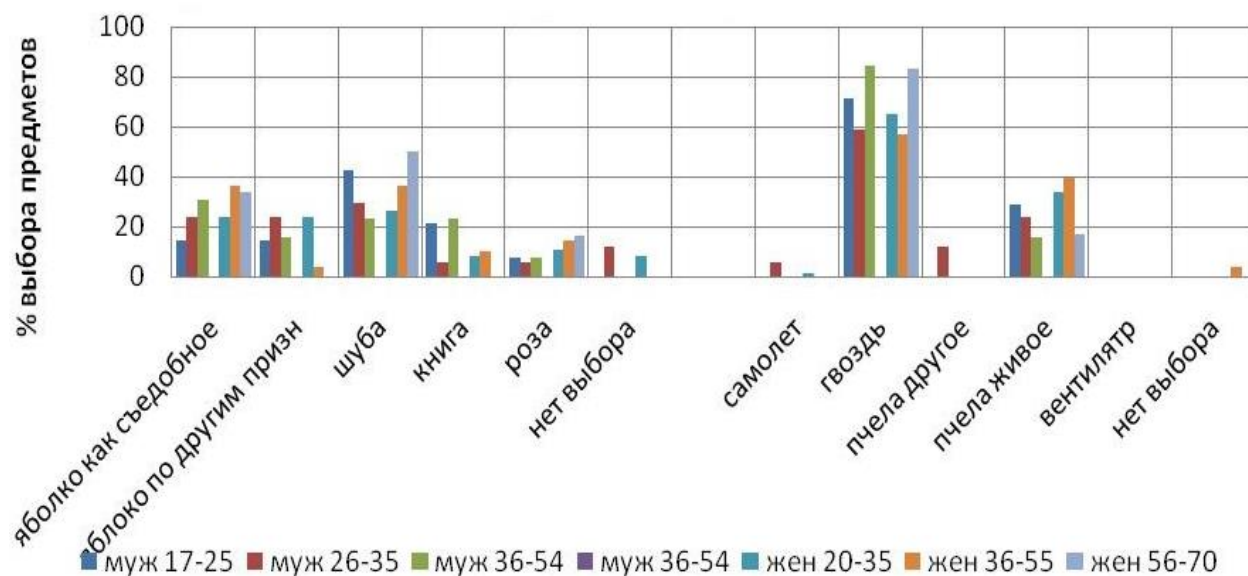


Рис. 1. Распределение выбора у мужчин и женщин в 2-й и 4-й задачах в группе нормы, %

При этом если в 70-е годы было актуально выделение по признаку «съедобное–несъедобное» (несмотря на провокационный характер задания, около 50 % испытуемых исключали «яблоко» как съедобный объект) [11], то в настоящее время отмечена лишь тенденция к увеличению выборов объектов по этому признаку с возрастом. В М_{мол.} яблоко как съедобный предмет исключают только 14,3 %, в этой же группе выбор яблока по другим признакам (звуко-буквенным, по форме объекта) также составляет 14,3 %. Приведем примеры в нормативной группе М_{мол.}: выбирается «яблоко», так как слово заканчивается на «о»; или «яблоко» выбирается, так как оно начинается на букву «я». В группе Ж_{ср.} свой выбор испытуемая комментирует так: «яблоко – но не могу объяснить, заканчивается на "о"»; в группе М_{ср.} встречается такой комментарий выбора: «яблоко – приносит плотское удовольствие, а остальные предметы – эстетическое».

«Шубу» выбирают в 42,8 % случаев (по признакам: объем, структура материала, животное происхождение). Например, среди ответов группы М_{мол.} встречались такие: «шуба – из меха»; «шуба животного происхождения». Яблоко как съедобный предмет чаще выбирают в группе М_{ст.} (30,8 %). В группе М_{ср.} в 23,6 % случаев «яблоко» выделяется по признаку съедобности. Это увеличение процента с возрастом наталкивает на мысль, что в настоящее время признак «съедобное–несъедобное» теряет свое актуальное значение по сравнению с 70-ми годами, однако это требует более детального рассмотрения.

В группе Ж_{мол.} и Ж_{ср.} слово «яблоко» исключают 23,7 % опрошенных, такой же процент испытуемых выбирают яблоко по другим признакам. Так же как и в мужской выборке, «яблоко» выбирают женщины старших возрастных групп – 36 % и 34 % соответственно. «Шубу» чаще всего выбирают (50 %) в группе Ж_{ст.} Например, женщина 55 лет: «шуба, у меня ее никогда не будет – дорого стоит». Приведем более редкие примеры ответов из нормативной группы. Женщина, 33 года: «книга – она носитель информации»; логопед: «книга – создана человеком, а "шуба" – в переносном смысле».

Юноши с ШТР «яблоко» как съедобный объект выбирают в большем проценте случаев, чем юноши из нормативной группы (36 % и 14,3 % соответственно), «шубу» в группе ШТР исключают в меньшем проценте случаев, чем в группе здоровых сверстников (29 % и 42,8 % соответственно). Стоит отметить, что отказ дать ответ на эту задачу зафиксирован только в 11,7 % случаев в мужской выборке 26–35 лет, в остальных группах такого варианта ответа не было. По сравнению с данными Т.К. Мелешко процент отказа стал гораздо ниже: в 1960-е он составлял 62 % в группе здоровых испытуемых и 36 % в группе больных шизофренией [15].

В третьей (провокационной) задаче (бочка, бабочка, жук, очки) предполагалось, что респондент откажется давать ответ, основываясь на том, что ни один предмет нельзя объединить в группу с другими. Респонденты, отказавшиеся дать ответ, чаще всего наблюдаются в группе М_{мол.} – 14,3 %, в остальных возрастных мужских группах отказались дать ответ 5,9 % (26–35 лет) и 7,8 % (36–54 года). У женщин отказались дать ответ только в одной в группе Ж_{ср.} – 10,5 %.

В группе Ж_{ст.} частота выбора «очков» составляет 66 %. Также отмечается высокий процент выбора слов «бочка» в группе М_{ст.} (46,1 %) и «жук» в группе М_{ср.} (47,1 %). Интересно отметить, что нередко «жук» интерпретировали как обозначение марки машины. Исключение «жука» часто объясняли его небольшими размерами. В женской группе всех возрастных подгрупп частота выбора «бабочки» была небольшой, наиболее часто (17 %) этот ответ упоминался в группе Ж_{ст.} Независимо от возраста мужчины выбрали «жука» в 29 % случаев, «очки» – в 30,6 %, а женщины «жука» выбрали в 20,8 %, «очки» – в 44,5 %.

Приведем примеры из нормативной группы М_{мол.}: «Очки – множественный предмет»; группы Ж_{ср.}: «Жук – без буквы "ч"». Сравнивая юношей групп М_{мол.} и ШТР_{мол.}, следует отметить, что процент отказа от выбора того или иного лишнего

слова в контрольной группе составил 14,3 %, в то время как в группе ШТР_{мол.} отказов не было совсем. По данным Т.К. Мелешко, в 60–70-е годы процент отказа составлял 70 % в группе здоровых людей и 44 % в группе людей с шизофренией [16].

Четвертая задача (самолет, гвоздь, пчела, вентилятор) была основана на выделении признака «живое–неживое», однако оказалось, что в настоящее время выделение объекта «пчела» по этому признаку представлено реже, чем выделение признака статичности предмета. В 60–70-е годы в норме исключали в основном «пчелу» как одушевленный объект – 48 % (по данным Т.К. Мелешко). В нашем исследовании более 50 % испытуемых во всех группах исключили «гвоздь» в связи с тем, что он неподвижен. Признак «подвижность–статичность» в 60–70-е годы был актуален в группе нормы в 38 % случаев; «гвоздь» как статичный предмет исключали, объясняя, что все остальные (самолет, гвоздь, пчела) находятся в движении [16].

Приведем современное объяснение выбора в группах нормы. Например, в группе М_{мол.} респондент исключает «гвоздь», объясняя тем, что у остальных предметов есть крылья, остальные предметы движутся с помощью лопастей; другой испытуемый той же группы объясняет выбор так: «гвоздь не жужжит». Или другой пример из старшей группы М_{ср.} Испытуемый 33 лет выбрал «гвоздь», пояснив: «нет вращательно-поступательного движения».

В группе ШТР_{мол.} в 43 % случаев испытуемые исключают «гвоздь» на основе признака статичности, в 46 % случаев «пчела» исключается ими на основе признака «живое–неживое». При этом в группе М_{мол.} 70 % испытуемых исключают статичный предмет, тогда как живой объект (пчела) исключается только в 28,6 % случаев (рис. 2).

В *пятой задаче* (рубль, копейка, лира, доллар) предполагалось, что испытуемые будут исключать «лиру» как музыкальный инструмент. Оказалось, что лиру как музыкальный инструмент исключают не более 20 % респондентов, хотя в 90-е годы ее исключали в 90% случаев в разных возрастах нормативной выборки [4]. Такая разница, возможно, связана с тем, что современные респонденты не знают этот музыкальный инструмент, соответственно, не актуализируют при решении задачи и интерпретируют «лиру» (в среднем в 15,4 %) как денежную единицу. Например, в группе М_{ср.} испытуемый 33 лет выбрал «лиру», объяснив: «не относится к нашей [российской] экономике». От 50 % до 73,3 % испытуемых всех групп исключали «копейку» как самую маленькую денежную единицу.

Приведем примеры ответов в нормативной группе всех здоровых испытуемых. Испытуемый группы М_{мол.} выбор копейки объясняет тем, что копейка более мелкая; другой респондент группы М_{мол.} объясняет выбор «копейки»: «всё остальное – валюты других стран»; респондентка группы Ж_{мол.}: «копейка – самая маленькая единица обращения». В 3,5 % случаев в группе М_{мол.} «копейку» интерпретировали как машину. Лира как музыкальный инструмент упоминалась 28,5% случаев и только в группе Ж_{ст.}

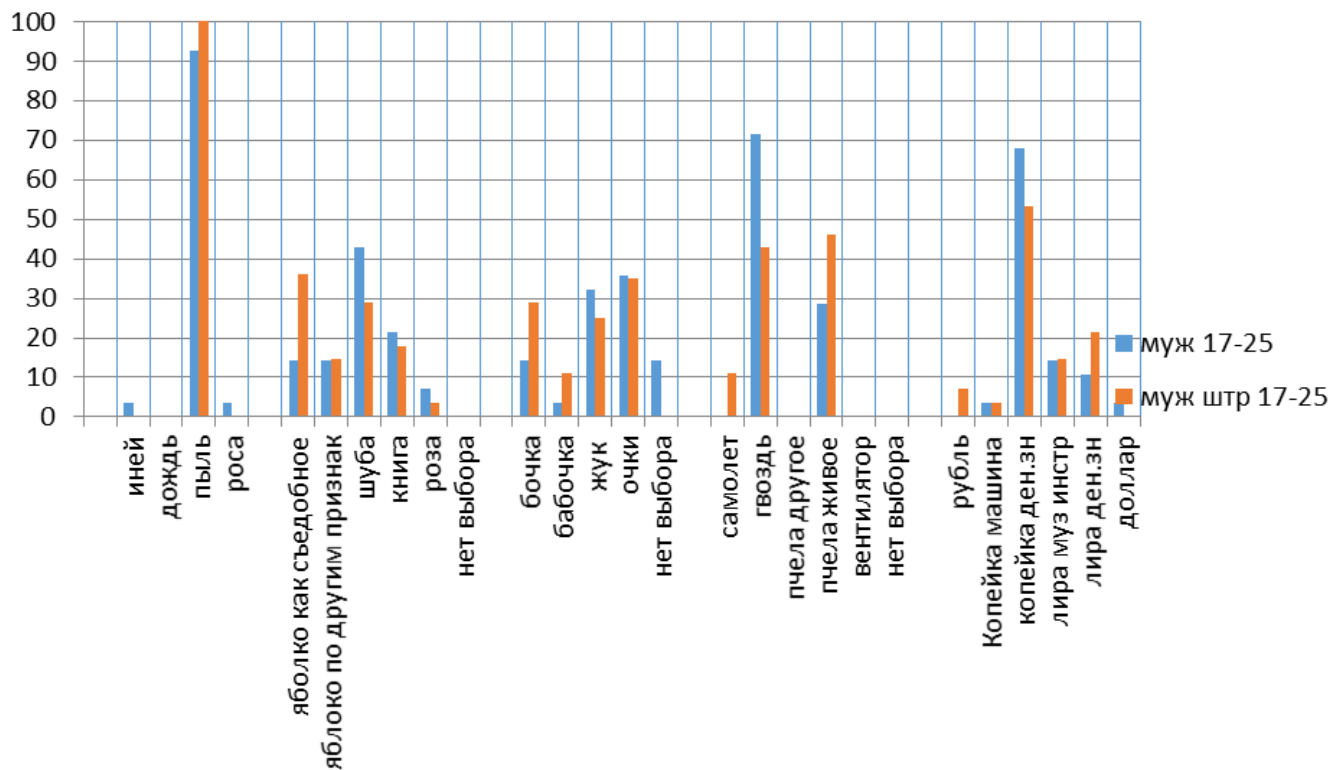


Рис. 2. Распределение выбора ответов в группах здоровых мужчин и мужчин с шизотипическим расстройством в процентах, %

В группах ШТР_{мол.} и М_{мол.} выбор копейки как самой маленькой денежной единицы составлял 53,4 % и 67,9 % соответственно.

Сопоставим коэффициенты стандартности классических и современных работ. В нашем исследовании объем нормативной выборки позволил вычислить новые коэффициенты стандартности по методике «Четвертый лишний». В группах юношей 17–25 лет с ШТР и представителей нормативной выборки был проведен специальный анализ с учетом старых (классических) и новых (выделенных в нашем исследовании) стандартных ответов. Получено следующее: коэффициент стандартности по данным исследований прошлых лет [16] в группе здоровых испытуемых составлял 0,53, а в группе людей с ШТР – 0,45. Коэффициент стандартности по современным данным равен 0,77 в группе здоровых испытуемых и 0,65 в группе ШТР ($p < 0,33$ по критерию Стьюдента): т.е. в нашей выборке испытуемых коэффициенты стандартности группы М_{мол.} и ШТР_{мол.} достоверно не различаются. Этот факт следует учитывать при проведении диагностики.

Рассмотрим, как распределяются ответы испытуемых в зависимости от пола респондентов. Согласно полученным данным, в общей группе всех здоровых испытуемых 17–70 лет как мужчины, так и женщины в непровокационных задачах продемонстрировали выбор одного «правильного» ответа с частотой более 60 % (от 60 до 90 %). Такие же результаты отмечены и в группе ШТР_{мол.} Следует заметить,

что только в первой задаче этот результат совпал с частотными ответами, описанными ранее в работах Т.К. Мелешко, В.П. Критской, Ю.Ф. Полякова [11; 16; 18]. В четвертой задаче (самолет, гвоздь, пчела, вентилятор) подавляющее число испытуемых сделали отличный от ответов 70-х годов выбор: не по принципу «живое–неживое», а по функциональному признаку «движение», поэтому вместо «пчелы» как живого существа выбрали статичный предмет – «гвоздь». В пятой задаче (рубль, копейка, лира, доллар) большинство здоровых исключили «копейку» как самую маленькую денежную единицу. Выбор музыкального инструмента – «лиры» осуществили менее 20 % испытуемых. В двух провокационных задачах (яблоко, шуба, книга, роза; бочка, бабочка, жук, очки) в группах Ж_{мол.}, Ж_{ср.} и Ж_{ст.} и всех мужских нормативных группах ни один из объектов не исключается с частотой более 50 % (кроме выбора в группе Ж_{ст.} – «шуба»). Общее распределение выбора ответов представлено на рис 3.

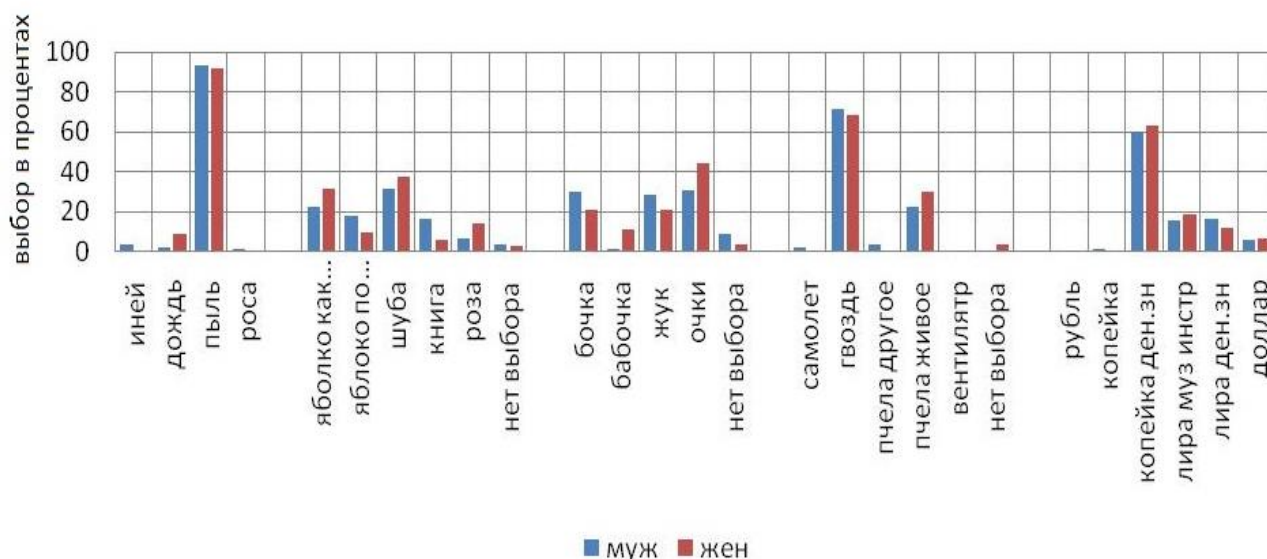


Рис. 3. Распределение выбора ответов в группах здоровых мужчин и женщин, %

Обсуждение результатов

Встает важный вопрос, с чем может быть связано исключение предметов на основе признаков, которые ранее относились к нестандартным (в 60–90-е годы), в современной выборке респондентов. Не исключено, что признаки, обуславливающие выбор исключаемых предметов, могут существенно варьировать в зависимости от изменений культурно-исторической среды и научно-технических достижений последних 30–40 лет, прежде всего в сфере информационных технологий. Окружающая информационная среда нередко заставляет обращать внимание на второстепенные, нестандартные свойства предметов, например, в рекламе информация часто подается так, что латентные и необычные свойства предметов выходят на первый план. Даже современная школьная программа, в том числе по математическим дисциплинам, нередко основывается на оперировании

второстепенными, скрытыми данными. Возможно, поэтому именно такие признаки предметов, актуальные для современных респондентов, стали значимыми для их познавательного и социального опыта. В нашем исследовании данными признаками предметов стали движение–статичность, фактура материала, денежные единицы. Однако для подтверждения этой гипотезы требуются дополнительные исследования.

Надо отметить, что в отечественной патопсихологии Н.Л. Белопольской уже были пересмотрены стандарты методик 50–70-х годов, и с учетом новых данных был создан авторский вариант методики «Четвертый лишний» для детей и подростков [2]. При составлении методики автор исключила устаревшие на момент разработки предметы, вышедшие из массового обихода, например, такие как керосиновая лампа и радиоприемник. Тенденции к изменению в мышлении у современных испытуемых отмечаются и у других исследователей. Исследование мышления здоровых испытуемых 20–40 лет с помощью классических патопсихологических методик, проведенное А.С. Султановой и соавторами, показало, что для современных испытуемых характерны такие особенности мышления, как разноплановость, непоследовательность, эгоцентричность [22]. Авторы также отмечали, что обобщение предметов часто происходит не по логическому основанию, а из личного отношения испытуемого к выбираемому объекту. В нашем исследовании мы наблюдали нечто сходное. Испытуемые нередко демонстрировали выбор предметов исходя из личных предпочтений. Например, женщина объяснила выбор «шубы» тем, что она для нее слишком дорога и она никогда не будет ее иметь.

Работа по адаптации и модификации традиционных методик продолжается исследователями на современном этапе. Так, Б.Г. Херсонским была представлена классификация параметров нестандартизированных методик исследования мышления, авторская интерпретация данных в методике «Пиктограмма», им также разработаны критерии стандартизации полученных результатов, приведены нормативные данные, вновь пересмотрены варианты выполнения заданий, направленных на изучение мышления [23].

Сравнительный анализ показателей выполнения методики «Четвертый лишний» в группе $M_{\text{мол.}}$ и $ШТР_{\text{мол.}}$ показал, что молодые люди с ШТР исключали те же предметы, что и здоровые испытуемые, но несколько чаще здоровых сверстников выбирали объект сообразно «старым стандартам», описанным в классических исследованиях отдела медицинской психологии [11; 13; 16; 17; 18]. Группы достоверно не отличались по коэффициенту стандартности. Другие наши исследования также не обнаружили достоверных отличий между группами практической нормы и юношей с ШТР по другим патопсихологическим методикам, направленным на изучение мышления (на примере методики «Малая предметная классификация», «Конструирование объекта») [10]. Сходные данные были получены А.И. Хромовым при исследовании пациентов подросткового возраста с ШТР: по показателям мышления они не отличались от здоровых респондентов [24]. В исследовании дивергентного мышления С. Брэдли и коллег показано, что респонденты с шизотипическим расстройством используют больше оригинальных

комбинаторных способов применения предметов, чем больные шизофренией и здоровые испытуемые [27]. В нашем исследовании незначительные отличия у юношей с ШТР по показателям мышления с группой нормы можно объяснить спецификой самого шизотипического расстройства. Необходимо продолжение исследования с привлечением методов более углубленного статистического анализа и расширением выборки испытуемых, а также с учетом различных клинических факторов.

Выводы

1. Выявлены изменения в выборе признаков, актуализируемых при выполнении задания на «Четвертый лишний» в современной выборке здоровых испытуемых по сравнению с материалами исследований 60–90-х гг., что следует учитывать при проведении патопсихологической диагностики.

2. В выборке пациентов мужского пола юношеского возраста с шизотипическим расстройством не было обнаружено существенных отличий показателей коэффициента стандартности от группы здоровых сверстников, независимо от опоры на «старые» (классические) или «новые» (современные) стандартные ответы.

3. Подтверждено положение, согласно которому при выполнении методики «Четвертый лишний», испытуемые используют представления о предметах, подкрепленные текущим усвоенным социальным опытом.

Литература

1. *Ананьев Б.Г.* Избранные психологические труды. В 2 т. Т. 1. М.: Педагогика, 1980. 230 с.
2. *Белопольская Н.Л.* Исключение предметов (четвертый лишний) модифицированная психодиагностическая методика. М.: Когито-центр, 2006. 30 с.
3. *Выготский Л.С.* Мышление и речь / Под ред. Г.В. Шелгурова Лабиринт, 1999. 352 с.
4. *Зверева Н.В.* Психопрофилактика у больных шизофренией детей по данным динамического патопсихологического обследования // Профилактика нервно-психических заболеваний. Материалы конференции с международным участием. Томск, 1993.
5. *Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г.* Патопсихология детского и юношеского возраста. М.: Издательский центр Академия, 2008. 208 с.
6. *Зверева Н.В., Хромов А.И.* Возрастная динамика когнитивного дефицита у детей и подростков при расстройствах шизофренического спектра // Московский

Кобзова М.П., Зверева Н.В., Щелокова О.А. О некоторых особенностях вербально-логического мышления в норме и при шизотипическом расстройстве (на примере методики «Четвертый лишний») Клиническая и специальная психология 2018. Том 7. № 3. С. 100–118.

Kobzova M.P., Zvereva N.V., Shelokova O.A. On Some Features of Verbal-Logical Thinking in the Norm and in Schizotypic Disorder (Using the Example of the Fourth Extra Technique) Clinical Psychology and Special Education 2018, vol. 7, no. 3, pp. 100–118.

международный конгресс, посвященный 110-летию со дня рождения А.Р. Лурия: «А.Р. Лурия и развитие мировой психологической науки». М., 2012. С. 56.

7. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. М.: изд-во МГУ 1971. 98 с.
8. Зейгарник Б.В. Основы патопсихологии. М.: изд-во МГУ, 1973. 151 с.
9. Кобзова М.П., Зверева Н.В., Горюнов А.В., Щелокова О.А., Симонов В.Н. Когнитивные функции, особенности социального функционирования и самооценка у юношей с шизотипическим расстройством, заболевших в подростковом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. Т. 113. № 11. С. 17–21.
10. Кобзова М.П., Николаева Н.О. Влияние культурно-исторической среды на изменение актуализированных признаков в методике «Четвертый лишний» в современной выборке здоровых испытуемых // Материалы научно-практической конференции 14-15 февраля 2013 года «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии». / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рожиной. М., 2013. С. 64–65.
11. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: изд-во МГУ, 1991. 256 с.
12. Критская В.П., Савина Т.Д. Исследование некоторых особенностей познавательной деятельности, обусловленных формированием шизофренического дефекта // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / Под ред. Ю.Ф. Полякова. Труды института психиатрии АМН СССР. Под общ. ред. академика АМН СССР А.В. Снежневского. Т. 1. М., 1982. С. 122–149.
13. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. М.: Институт психологии РАН, 2015. 392 с.
14. Лейтес Н.С. Проблема общих способностей в возрастном аспекте // Вопросы психологии. 1969. № 2. С. 15–23.
15. Мелешко Т.К. Об особом типе формирования познавательной деятельности при шизофрении // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / Под ред. Ю.Ф. Полякова. Труды института психиатрии АМН СССР. Т. 1. М.: б/изд., 1982. С. 69–89.
16. Мелешко Т.К. Особенности актуализации знаний больными шизофренией в процессе мышления: дисс. канд. педагогических наук (по психологии). М., 1966. 196 с.
17. Мелешко Т.К., Критская В.П., Литвак В.А. Патология познавательной деятельности и проблемы ее обусловленности при шизофрении // Экспериментально-психологические исследования патологии психической

Кобзова М.П., Зверева Н.В., Щелокова О.А. О некоторых особенностях вербально-логического мышления в норме и при шизотипическом расстройстве (на примере методики «Четвертый лишний») Клиническая и специальная психология 2018. Том 7. № 3. С. 100–118.

Kobzova M.P., Zvereva N.V., Shelokova O.A. On Some Features of Verbal-Logical Thinking in the Norm and in Schizotypic Disorder (Using the Example of the Fourth Extra Technique) Clinical Psychology and Special Education 2018, vol. 7, no. 3, pp. 100–118.

деятельности при шизофрении / Под ред. Ю.Ф. Полякова. Труды института психиатрии АМН СССР. Т. I М., 1982. С. 28–59.

18. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М.: Медицина, 1974. 86 с.

19. Поляков Ю.Ф. Проблемы и перспективы экспериментально-психологических исследований шизофрении // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / Под ред. Ю. Ф. Полякова. Труды института психиатрии АМН СССР. Т. I. М., 1982. С. 5–28.

20. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. Практическое руководство. Ч.1. М., изд-во Института Психотерапии, 2010. 224 с.

21. Степанова Е.И. Возрастные характеристики интеллекта взрослых Е.И. Степанова // Советская педагогика. 1972. № 10. С. 67–76.

22. Султанова А.С., Иванова И.А. К проблеме нормативных показателей в патопсихологической диагностике [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Т. 6. № 2. С. 83–96. doi:10.17759/cpse.2017060207 (дата обращения: 29.12.2017).

23. Херсонский Б.Г. Клиническая психодиагностика мышления. М.: Смысл, 2014. 287 с.

24. Хромов А.И. Динамика когнитивного развития у детей и подростков при эндогенной психической патологии: автореф. дис. канд. психол. наук. СПб., 2012. 23 с.

25. Яковлева Е.В. Учет психологических особенностей мышления студентов в процессе формирования общественной культуры // Общественные науки. Педагогика. 2007. № 1. С. 69–74.

26. Dickeya Ch., McCarleya R., Niznikiewicz M., et al. Clinical, cognitive, and social characteristics of a sample of neuroleptic-naïve persons with schizotypal personality disorder // Schizophrenia Research 2005. Vol. 78 №2-3. P. 297–308. doi: 10.1016/j.schres.2005.05.016

27. Folley B., Park S. Verbal creativity and schizotypal personality in relation to prefrontal hemispheric laterality: A behavioral and near-infrared optical imaging study Schizophrenia Research. 2005. Vol. 80. № 2-3. P. 271–282.

28. Raine A. The SPQ: A Scale for the Assessment of Schizotypal Personality Based on DSM-III-R Criteria // Schizophrenia Bulletin. 1991. Vol. 17. № 4. P. 555–564. Trotman H., McMillan A., Walker E. Cognitive Function and Symptoms in Adolescents with Schizotypal Personality Disorder // Schizophrenia Bulletin. 2006. Vol. 32. № 3. P. 489–497.

29. Trotman H., McMillan A., Walker E. Cognitive Function and Symptoms in Adolescents with Schizotypal Personality Disorder // Schizophrenia Bulletin. 2006. Vol. 32. № 3. P. 489–497.

Some Features of Verbal-Logical Thinking in the Norm and in Schizotypic Disorder (Using the Example of the Fourth Extra Technique)

Kobzova M.P.,

PhD in Psychology, Senior Researcher, Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, kobzovamp@gmail.com

Zvereva N.V.,

PhD in Psychology, Leading Researcher, Professor of the Department of Neuro and Pathopsychology, Mental Health Research Centre, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, nwzvereva@mail.ru

Shelokova O.A.,

Psychiatrist, Mental Health Research Centre, Moscow, Russia, chtchelokova-oa@yandex

This article is devoted to the study of the features of thinking in modern subjects in the group of practical norms. Two interrelated problems were posed: using the modified classical pathopsychological technique "Fourth Extra" to analyze the features of thinking in a modern sample of healthy men and women in a wide age range from 17 to 70 years; The second task is to analyze the same features in a narrowly aged sample of patients with schizotypic disorder of adolescence (17-28 years). The results of the research showed that, in the modern sample, the character of the actualized features has changed, on the basis of which a generalization is made. An essential example: as the study showed, at the present time the criteria "edible-inedible", "animate-inanimate" became either less frequent, or lost the same significance as in the 1960s-1970s, when classical studies were conducted by T.K. Meleshko. Now the other functional signs of objects come to the fore: motion, size, texture, etc. Comparison of the data of healthy subjects and their peers with schizotypic disorder did not reveal significant differences in the standard score (based on new normative data) in the Fourth Extra technique. Apparently, this reflects a shift, primarily in the normative sample, in connection with the new social development situation. The obtained data require consideration when conducting diagnostic clinical and psychological research.

Keywords: thinking, actualized features of objects, the Fourth Extra technique, practical norm, schizotypic disorder.

References

1. Anan'ev B.G. Izbrannye psihologicheskie trudy [Selected psychological works]. Vol. 1. Moscow: Pedagogika, 1980. 230 p.
2. Belopol'skaja N.L. Iskljuchenie predmetov (chetvertyj lishnij) modifitsirovannaja psihodiagnosticheskaja metodika [Exception of subjects (the fourth superfluous) the modified psychodiagnostic technique] Moscow: Kogito-centr, 2006. 30 p.
3. Vygotskij L.S. Myshlenie i rech' [Thinking and speaking] / G.V. Shelgurova (ed.) Labirint, 1999. 352 p.
4. Zvereva N.V. Psihoprofilaktika u bol'nyh shizofreniej detej po dannym dinamicheskogo patopsihologicheskogo obsledovanija [Psychoprophylaxis in children with schizophrenia according to the dynamic pathopsychological examination]. In *Profilaktika nervno-psihicheskijh zabojevanij. Materialy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem [Prevention of neuropsychiatric diseases. Materials of the conference with international participation]*. Tomsk, 1993.
5. Zvereva N.V., Kaz'mina O.Ju., Karimulina E.G. Patopsihologija detskogo i junosheskogo vozrasta [Pathopsychology of children and adolescents]. Moscow: Akademija, 2008. 208 p.
6. Zvereva N.V., Hromov A.I. Vozrastnaja dinamika kognitivnogo deficita u detej i podrostkov pri rasstrojstvah shizofrenicheskogo spektra [Age-related dynamics of cognitive deficits in children and adolescents in disorders of the schizophrenic spectrum]. In *Moskovskij mezhdunarodnyj kongress, posvjashhennyj 110-letiju so dnja rozhdenija A.R. Lurija: «A.R. Lurija i razvitie mirovoj psihologicheskoi nauki». [Moscow International Congress, dedicated to the 110th anniversary of the birth of A.R. Luria: "A.R. Luria and the development of world psychology"]*. Moscow, publ. of MSU, 2012. 56 p.
7. Zejgarnik B.V. Lichnost' i patologija dejatel'nosti. [Personality and pathology of activity]. Moscow: publ. of MSU, 1971, 98 p.
8. Zejgarnik B.V. Osnovy patopsihologii [Fundamentals of pathopsychology]. Moscow: publ. of MSU, 1973. 151 p.
9. Kobzova M.P., Zvereva N.V., Gorjunov A.V., Shhelokova O.A., Simonov V.N. Kognitivnye funkicii, osobennosti social'nogo funkcionirovanija i samoocenka u junoshej s shizotipicheskim rasstrojstvom, zabojevshih v podrostkovom vozraste. [Cognitive functions, features of social functioning and self-esteem in young men with schizotypic disorder, who became ill during adolescence]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni*

Кобзова М.П., Зверева Н.В., Щелокова О.А. О некоторых особенностях вербально-логического мышления в норме и при шизотипическом расстройстве (на примере методики «Четвертый лишний») Клиническая и специальная психология 2018. Том 7. № 3. С. 100–118.

Kobzova M.P., Zvereva N.V., Shelokova O.A. On Some Features of Verbal-Logical Thinking in the Norm and in Schizotypic Disorder (Using the Example of the Fourth Extra Technique) Clinical Psychology and Special Education 2018, vol. 7, no. 3, pp. 100–118.

S.S. Korsakova [*Journal of Neurology and Psychiatry of S.S. Korsakov*], 2013, vol. 113, no. 11, pp. 17–21.

10. Kobzova M.P., Nikolaeva N.O. Vliyanie kul'turno-istoricheskoy sredy na izmenenie aktualizirovannykh priznakov v metodike «Chetvertyj lishnij» v sovremennoj vyborke zdorovykh ispytuemykh [Influence of the cultural and historical environment on the change of actualized features in the Fourth Extra technique in the modern sample of healthy subjects]. In N.V. Zvereva, I.F. Roshhina (eds.) *Materialy nauchno-prakticheskoy konferencii 14–15 fevralja 2013 goda «Teoreticheskie i prikladnye problemy medicinskoj (klinicheskoy) psihologii» [Materials of the scientific-practical conference on February 14-15, 2013 "Theoretical and applied problems of medical (clinical) psychology"]*. Moscow, 2013, pp. 64–65.

11. Kritskaja V.P., Meleshko T.K., Poljakov Ju.F. Patologija psihicheskoy dejatel'nosti pri shizofrenii: motivacija, obshhenie, poznanie [Pathology of mental activity in schizophrenia: motivation, communication, cognition]. Moscow: publ. of MSU, 1991. 256 p.

12. Kritskaja V.P., Savina T.D. Issledovanie nekotorykh osobennostej poznavatel'noj dejatel'nosti, obuslovlennykh formirovaniem shizofrenicheskogo defekta [Research of some features of cognitive activity, caused by the formation of a schizophrenic defect]. In Ju.F. Poljakov (ed.) *Eksperimental'no-psihologicheskie issledovaniya patologii psihicheskoi deyatel'nosti pri shizofrenii. Trudy instituta psikiatrii AMN SSSR [Experimental-psychological studies of the pathology of mental activity in schizophrenia. Proceedings of the Institute of Psychiatry of the Academy of Medical Sciences of the USSR. Vol. 1]*. Moscow, 1982, pp. 122–149.

13. Kritskaja V.P., Meleshko T.K. Patopsihologija shizofrenii [Pathopsychology of schizophrenia]. Moscow: IP RAN, 2015. 392 p.

14. Lejtes N.S. Problema obshhih sposobnostej v vozrastnom aspekte. [The problem of general abilities in the age aspect]. *Voprosy psihologii [Questions of Psychology]*, 1969, no. 2, pp. 15–23.

15. Meleshko T.K. Ob osobom tipe formirovanija poznavatel'noj dejatel'nosti pri shizofrenii [On the special type of formation of cognitive activity in schizophrenia]. In Ju.F. Poljakov (ed.) *Eksperimental'no-psihologicheskie issledovaniya patologii psihicheskoi deyatel'nosti pri shizofrenii. Trudy instituta psikiatrii AMN SSSR [Experimental-psychological studies of the pathology of mental activity in schizophrenia. Proceedings of the Institute of Psychiatry of the Academy of Medical Sciences of the USSR. Vol. 1]*. Moscow, 1982, pp. 69–89.

16. Meleshko T.K. Osobennosti aktualizacii znanij bol'nymi shizofreniej v processe myshlenija Diss. kand. pedagogicheskikh nauk (po psihologii). [Features of actualization of knowledge of patients with schizophrenia in the process of thinking. PhD in Psychology]. Moscow, 1966. 196 p.

Кобзова М.П., Зверева Н.В., Щелокова О.А. О некоторых особенностях вербально-логического мышления в норме и при шизотипическом расстройстве (на примере методики «Четвертый лишний») *Клиническая и специальная психология* 2018. Том 7. № 3. С. 100–118.

Kobzova M.P., Zvereva N.V., Shelokova O.A. On Some Features of Verbal-Logical Thinking in the Norm and in Schizotypic Disorder (Using the Example of the Fourth Extra Technique) *Clinical Psychology and Special Education* 2018, vol. 7, no. 3, pp. 100–118.

17. Meleshko T.K., Kritskaja V.P., Litvak V.A. Patologija poznavatel'noj dejatel'nosti i problemy ee obuslovlennosti pri shizofrenii. [Pathology of cognitive activity and problems of its conditionality in schizophrenia]. In Ju.F. Poljakov (ed.) *Eksperimental'no-psihologicheskie issledovaniya patologii psikhicheskoj deyatel'nosti pri shizofrenii. Trudy instituta psikiatrii AMN SSSR [Experimental-psychological studies of the pathology of mental activity in schizophrenia. Proceedings of the Institute of Psychiatry of the Academy of Medical Sciences of the USSR. Vol. 1].* Moscow, 1982, pp. 28–59.

18. Poljakov Ju. F. Patologija poznavatel'noj dejatel'nosti pri shizofrenii [Pathology of cognitive activity in schizophrenia]. Moscow: Medicina, 1974, 86 p.

19. Poljakov Ju. F. Problemy i perspektivy jeksperimental'no-psihologicheskix issledovanij shizofrenii. [Problems and Prospects of Experimental Psychological Studies of Schizophrenia]. In Ju.F. Poljakov (ed.) *Eksperimental'no-psihologicheskie issledovaniya patologii psikhicheskoj deyatel'nosti pri shizofrenii. Trudy instituta psikiatrii AMN SSSR [Experimental-psychological studies of the pathology of mental activity in schizophrenia. Proceedings of the Institute of Psychiatry of the Academy of Medical Sciences of the USSR. Vol. 1].* Moscow, 1982, pp. 5–28.

20. Rubinshtejn S.Ja. Jeksperimental'nye metodiki patopsihologii i opyt ih primeneniya v klinike: prakticheskoe rukovodstvo. Psihoterapija [Experimental methods of pathopsychology and experience of their application in the clinic: practical guidance]. Moscow: publ. of Institute of Psychotherapy, 2007, 224 p.

21. Stepanova E.I. Vozrastnye karakteristiki intellekta vzroslyh. [Age characteristics of adult intelligence]. *Sovetskaja pedagogika [Soviet pedagogy]*, 1972, no. 10, pp. 67–76.

22. Sultanova A.S., Ivanova I.A. K probleme normativnyh pokazatelej v patopsihologicheskoj diagnostike [To the problem of normative indicators in pathopsychological diagnostics [Web source]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija [Clinical and Special Education]*, 2017, vol. 6, no. 2, pp. 83–96. doi:10.17759/cpse.2017060207 (Accessed: 29.12.2017)

23. Hersonskij B.G. Klinicheskaja psihodiagnostika myshlenija [Clinical psychodiagnosis of thinking]. Moscow: Smysl, 2014. 287 p.

24. Hromov A.I. Dinamika kognitivnogo razvitija u detej i podrostkov pri jendogennoj psihicheskoj patologii. Avtoref. dis. kand. psihol. nauk. [Dynamics of cognitive development in children and adolescents with endogenous mental pathology PhD. (Psychology) Thesis]. Saint-Petersburg, 2012. 23 p.

25. Jakovleva E.V. Uchet psihologicheskix osobennostej myshlenija studentov v processe formirovaniya obshhestvennoj kul'tury [Accounting of psychological features of students' thinking in the process of formation of public culture]. *Obshhestvennye nauki. Pedagogika [Social Sciences. Pedagogy]*, 2007, no. 1 2007, pp. 69–74.

Кобзова М.П., Зверева Н.В., Щелокова О.А. О некоторых особенностях вербально-логического мышления в норме и при шизотипическом расстройстве (на примере методики «Четвертый лишний») *Клиническая и специальная психология* 2018. Том 7. № 3. С. 100–118.

Kobzova M.P., Zvereva N.V., Shelokova O.A. On Some Features of Verbal-Logical Thinking in the Norm and in Schizotypic Disorder (Using the Example of the Fourth Extra Technique) *Clinical Psychology and Special Education* 2018, vol. 7, no. 3, pp. 100–118.

26. Dickeya Ch.C., McCarleya R.W., Niznikiewicz M.A., et al. Clinical, cognitive, and social characteristics of a sample of neuroleptic-naive persons with schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*, 2005, vol. 78, no. 2-3, pp. 297–308. doi:10.1016/j.schres.2005.05.016

27. Folley B.S., Park S. Verbal creativity and schizotypal personality in relation to prefrontal hemispheric laterality: A behavioral and near-infrared optical imaging study. *Schizophrenia Research*, 2005, vol. 80, no. 2-3, pp. 271–282.

28. Raine A. The SPQ: A Scale for the Assessment of Schizotypal Personality Based on DSM-III-R Criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 1991, vol. 17, no. 4, pp. 555–564.

29. Trotman H., McMillan A., Walker E. Cognitive Function and Symptoms in Adolescents with Schizotypal Personality Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 2006, vol. 32, no. 3, pp. 489–497.

Особенности гелотофобии, гелотофилии и катагелластицизма у пациентов с депрессивным синдромом

Любавская А.А.,

младший научный сотрудник, отдел медицинской психологии, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия, stesi-94@list.ru

Олейчик И.В.,

доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия, i.oleichik@mail.ru

Иванова Е.М.,

кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии ПСФ, ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, старший научный сотрудник отдела медицинской психологии, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия, ivalenka13@gmail.com

В статье приводятся данные исследования гелотофобии (страха насмешки) при депрессии. 32 пациента с депрессивным синдромом и 33 психически здоровых человека были обследованы комплексом методик: клиническая беседа, шкала социальной тревожности Либовица, шкала страха негативной оценки, опросник отношения к юмору и смеху PhoPhiKat<30>, опросник вины и стыда GASP, шкала депрессии Бека, опросник склонности к агрессии Басса-Перри. Результаты исследования пациентов с депрессивным синдромом в сравнении с контрольной группой показали у них повышенный уровень гелотофобии (страха насмешки) и меньшую выраженность гелотофилии (склонности становиться объектом смеха) и катагелластицизма (склонности смеяться над другими). Различий в выраженности гелотофобии при депрессии в рамках шизофрении и аффективных расстройств не обнаружено. Гелотофобия при депрессии тесно связана с социальной тревожностью и страхом негативной оценки, но при этом не связана с агрессией. Несмотря на то что депрессия характеризуется переживанием как вины, так и стыда, гелотофобия характерна только для пациентов, склонных к переживанию стыда. Полученные результаты позволили описать особенности гелотофобии при депрессивном синдроме, что может быть использовано при дифференциальной диагностике и психореабилитации пациентов.

Ключевые слова: юмор, смех, страх насмешки, гелотофобия, гелотофилия, катагеластиицизм, депрессия, аффективные расстройства.

Для цитаты:

Любавская А.А., Олейчик И.В., Иванова Е.М. Особенности гелотофобии, гелотофилии и катагеластиицизма у пациентов с депрессивным синдромом [Электронный ресурс]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 119–134. doi: 10.17759/psycljn.2018070307

For citation:

Lubavskaya A.A., Oleichik I.V., Ivanova E.M. Gelotophobia, Gelotophiles, and Katagelasticians in Patients with Depression [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 119–134. doi: 10.17759/psycljn.2018070307 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Юмор – неотъемлемая часть нашей жизни и значимый компонент социальных взаимоотношений. Юмор помогает справляться со стрессами в современном мире, придает оптимизм, уверенность в себе. Поэтому его изучение в психологии становится актуальным.

Юмор может быть доброжелательным или нести оттенок агрессии, высмеивания, насмешки. Однако люди обладают разной чувствительностью к смеху и шуткам окружающих, и граница между дружеским подшучиванием и агрессивным высмеиванием проводится ими по-разному. Одних не смущает даже грубый юмор, а другие чувствуют себя оскорбленными и униженными при вполне безобидной шутке.

В различные периоды своей жизни и в зависимости от состояния человек реагирует на шутки по-разному. В тяжелых жизненных ситуациях и при сильном стрессе люди могут становиться чрезмерно сензитивными к шуткам, особенно к тем, которые связаны с ними самими. В этом случае может развиваться особый феномен – страх насмешки [17].

Гелотофобия – это патологический страх насмешек. Автором этого понятия является психотерапевт М. Титц [22]. Он выделил гелотофобию как особую форму социофобии. Люди с гелотофобией не различают дружелюбный и злой смех, любой юмор и смех воспринимаются ими негативно, они не способны получать от юмора удовольствие. Себя они считают смешными, нелепыми и испытывают по этому поводу тревогу. На улыбки, смех и доброжелательный юмор они реагируют неестественно – страхом или враждебностью. При этом возникает «синдром Пиноккио»: скованность, мышечное напряжение, учащение пульса, тремор, сухость в горле, заикание.

Рассматривая гелотофобию как форму социофобии, выделяют их сходные черты. Но в то же время эмпирически выделены специфические проявления гелотофобии, в связи с чем имеет смысл рассматривать ее как относительно самостоятельный феномен [12].

Исследование Х. Карретеро-Диос (H. Carretero-Dios) и соавторов продемонстрировало ожидаемо высокую корреляцию между гелотофобией и показателями социальной тревожности [12]. В то же время высокие показатели гелотофобии встречались и у лиц с низкими значениями социальной тревожности и страха негативной оценки. Только половина людей с высокими показателями социальной тревожности получили высокие показатели по гелотофобии. Из этого авторы сделали вывод о том, что гелотофобия и социофобия пересекаются лишь частично. Авторы говорят о том, что страх оказаться объектом насмешки частично пересекается со страхом негативной оценки.

В. Рух и Р. Проьер (W. Ruch, R. Proyer) описали дополнительные по отношению к гелотофобии феномены: гелотофилию – склонность становиться объектом юмора и катагеластичизм – склонность к высмеиванию других людей [18]. Для измерения всех этих черт исследователи разработали опросник PhoPhiKat<30>, который широко применяется в зарубежных исследованиях и адаптирован на русскоязычной выборке [5]. Феномен гелотофобии вызвал массовый интерес среди западных исследователей юмора и смеха, но изучался преимущественно в рамках психологии индивидуальных различий [15; 19; 22].

Клиническая интерпретация патологического страха насмешки неоднозначна. С одной стороны, гелотофобия может пониматься как психопатологический феномен, симптом или даже синдром, включенный в структуру психического заболевания. Так, гелотофобия рассматривается как форма социофобии, имеет сходства с обсессивными и паранойяльными явлениями. С другой стороны, длительное наличие диагноза психического заболевания со временем все больше затрудняет социальные взаимоотношения, что связано с эффектами стигматизации и самостигматизации [1; 13]. Негативное отношение к психически больным в обществе, распространенные предубеждения и страхи по отношению к ним приводят к навешиванию «ярлыков» и приписыванию им различных негативных черт. При этом данные стереотипы могут появляться у пациента и по отношению к самому себе. Вследствие этого у пациентов может усиливаться страх быть осмеянными и отвергнутыми обществом. Таким образом, гелотофобия может развиваться как в качестве первичного расстройства в непосредственной связи с центральным психопатологическим синдромом, так и в качестве вторичного нарушения, отражающего психологическую реакцию больного на ситуацию болезни.

Показано, что гелотофобия характерна для психических расстройств [13], однако если гелотофобия при шизофрении исследована больше [9], то систематических исследований страха насмешки при депрессии не было. Формирование патологического страха насмешки может обуславливаться как нарушениями мышления, так и аффективной составляющей. В связи с этим актуальным становится изучение гелотофобии при депрессии.

Американский психиатр Д.Л. Натансон (D.L. Nathanson) описал атипичную форму депрессии, «депрессию стыда», которую отличал от типичной «депрессии вины» [14]. Если чувство вины вызывает потребность в исправлении ситуации, то стыд приводит к избеганию ситуаций, которые потенциально могут вызвать смущение и в крайней степени выраженности – к полной самоизоляции.

Исследование В. Руха и Р. Проьера показало, что гелотофобия проявляется при депрессии, но характерна она не для всех ее типов одинаково. Гелотофобия связана с атипичной депрессией (депрессией стыда), в отличие от традиционно описываемой депрессии вины [17]. Несмотря на очевидную связь страха насмешки с социальной тревожностью, также характерной для депрессии, было показано, что в норме гелотофобия и социофобия являются относительно самостоятельными феноменами [12], в связи с чем изучение их взаимосвязи при депрессии становится актуальным.

Целью данной работы является исследование гелотофобии у пациентов с депрессивным синдромом.

Методы и процедура исследования

Исследование проводилось на базе ФГБНУ НЦПЗ и ГБУЗ ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения г. Москвы. В исследовании приняли участие 65 человек. Из них 32 – пациенты с депрессивным синдромом: 21 человек – в рамках аффективных расстройств (F31–F34) и 11 человек с шизофренией (F20, F21, F25). Клиническую группу составили 24 женщины и 8 мужчин в возрасте 18-45 лет ($M_{\text{возр.}}=30,5$; $SD_{\text{возр.}}=8,0$). Контрольную группу составили 33 психически здоровых человека той же возрастной группы ($M_{\text{возр.}}=29,9$ лет, $SD_{\text{возр.}}=7,7$ лет), 24 женщины и 9 мужчин, имеющих разные уровни образования и профессии. Испытуемым было предложено заполнить опросники. Контрольная группа заполняла следующие методики: Опросник отношения к юмору и смеху PhoPhiKat<30>, Опросник стыда и вины GASP, Шкалу социальной тревожности Либовица, Шкалу страха негативной оценки, опросник Склонности к агрессии Басса–Перри (BPAQ-24).

С экспериментальной группой вначале была проведена беседа, после которой участникам было предложено заполнить опросники. Сначала давались Шкала социальной тревожности Либовица и Шкала страха негативной оценки, далее – Опросник PhoPhiKat<30> и опросник Склонности к агрессии Басса–Перри (BPAQ-24). Также экспериментальная группа заполняла Шкалу депрессии Бека.

Опросник отношения к юмору и смеху PhoPhiKat<30> [5] состоит из 30 утверждений для оценки трех шкал:

1) страха насмешки – гелотофобии (10 пунктов; например: «Когда посторонние люди в моем присутствии начинают смеяться, мне часто кажется, что они смеются надо мной»);

2) стремления выглядеть смешным – гелотофилии (10 пунктов; например: «В компании других людей я люблю подшучивать над собой, чтобы рассмешить окружающих»);

3) склонности высмеивать окружающих – катагеластичизма (10 пунктов; например: «Чтобы рассмешить окружающих, можно и посмеяться над кем-то, даже если это его заденет»).

Испытуемому предлагается оценить каждое предложенное утверждение по четырехбалльной шкале (от «совершенно не согласен» до «полностью согласен»). Оценка результатов производится путем подсчета среднего балла для каждой из шкал.

Опросник стыда и вины GASP [6] предназначен для измерения индивидуальных различий в склонности испытывать эти эмоции. Опросник включает 16 вопросов и 4 субшкалы. Вина – негативная оценка поведения – описывает плохое самоощущение человека, возникающее в результате какого-либо неправильного действия (например: «На новоселье у коллеги Вы проливаете красное вино на новый кремовый ковер. Однако Вам удастся прикрыть пятно так, что никто его не замечает. Будете ли вы считать свои действия жалкими?»); Вина – действия по восстановлению («При обсуждении острого вопроса со своими друзьями, Вы осознаете, что перешли на повышенные тона, но, кажется, этого никто не заметил. Вы постараетесь впредь быть более сдержанным со своими друзьями»); Стыд – негативная самооценка – описывает плохое самоощущение в целом («В библиотеке Вы вырвали из журнала страницы с нужной Вам статьей и забрали их с собой. Ваш учитель, заметив это, сообщил о том, что Вы сделали, библиотекарю, а также всему Вашему классу. Будете ли Вы чувствовать себя плохим человеком в связи с этим?»); Стыд – действия отказа («К Вам неожиданно пришли гости, а в квартире не убрано. Вы будете избегать гостей, пока они не уйдут»).

Шкала социальной тревожности Либовица [2] состоит из описания 24 социальных ситуаций, в каждой из которых испытуемому предлагается оценить интенсивность возникающего страха (или тревоги) и частоту избегания ситуации. Оценка производится по четырехбалльной шкале Лайкерта, где 0 – отсутствие страха/избегания, а 4 – сильный страх/полное избегание. Социальные ситуации делятся на ситуации взаимодействия (например, «звонить малознакомому человеку») и ситуации, в которых индивид потенциально может стать объектом наблюдения (например, «говорить по телефону в общественных местах»). В использованной адаптации опросник включает 6 шкал:

- Страх ситуаций межличностного контакта;
- Страх ситуаций формального общения и взаимодействия;
- Страх совершения действий в общественных местах;
- Избегание ситуаций межличностного контакта;

- Избегание ситуаций формального общения и взаимодействия;
- Избегание совершения действий в общественных местах.

Рассчитывается общий суммарный балл для всех шкал страха, для всех шкал избегания и общий суммарный балл для всех шкал.

Шкала страха негативной оценки [2] содержит 12 утверждений (например: «Меня волнует мнение других людей обо мне, даже если я знаю, что оно не имеет особого значения»). Предлагается оценить, насколько то или иное утверждение характерно для испытуемого по шкале от 1 («совсем не характеризует меня») до 5 («полностью характеризует меня»).

Шкала депрессии Бека [10] состоит из 21 пункта; испытуемый выбирает утверждение, наиболее соответствующее его состоянию на текущий момент времени. Опросник включает в себя 2 субшкалы: когнитивно-аффективную (нарушено эмоциональное состояние человека) и субшкалу соматических проявлений депрессии (различные физические проявления депрессии: выраженная утомляемость, потеря аппетита, проблемы со сном и т.п.).

Опросник склонности к агрессии Басса-Перри (BPAQ-24) [3] состоит из 24 утверждений, которые испытуемый оценивает относительно себя по шкале от 1 («очень на меня не похоже») до 5 («очень на меня похоже»). Опросник включает три субшкалы агрессии: физическая агрессия, гнев, враждебность.

Результаты исследования

Депрессия и гелотофобия, гелотофилия, катагелластицизм. Наличие депрессии у пациентов было подтверждено не только клиническим заключением врача и наблюдениями, но и психометрическим методом. По результатам опросника депрессии Бека у 29 из 32 пациентов (90 %) отмечалась как минимум легкая выраженность депрессии, из них у 15 (46 %) – тяжелая.

В группе пациентов с депрессивным синдромом корреляционный анализ по критерию Спирмена показал, что гелотофобия значимо связана с когнитивно-аффективной субшкалой опросника Бека ($r=0,454$, $p=0,009$), а также с общим баллом по опроснику ($r=0,497$, $p=0,004$). С соматической субшкалой связь незначима ($r=0,300$ $p=0,095$). Гелотофилия и катагелластицизм не коррелируют со шкалами опросника Бека.

В группе пациентов с депрессивным синдромом у 44 % была выявлена гелотофобия выше порогового значения в 2,5 балла [5]. Сравнение средних рангов по критерию Манна-Уитни показало, что гелотофобия в группе депрессии значимо выше (44,05), чем в контрольной (22,29 при $p=0,000$). Значения гелотофилии и катагелластицизма, наоборот, ниже в группе депрессии, чем в контрольной группе. Средние ранги для гелотофилии – 38,17 и 27,67 в экспериментальной и контрольной группах соответственно при $p=0,025$. Средние ранги для катагелластицизма

в экспериментальной и контрольной группах 38,38 и 26,98 соответственно при $p=0,011$.

Корреляционный анализ Спирмена показал наличие значимых связей между шкалами гелотофилии и катагеластиицизма как в контрольной ($r=0,408$ $p=0,018$), так и в клинической ($r=0,416$ $p=0,018$) группах при отсутствии корреляций со шкалой гелотофобии. Также было проведено сравнение средних по гелотофобии, гелотофилии и катагеластиицизму в группах пациентов с шизофренией и аффективными расстройствами. Сравнение средних по критерию Манна–Уитни показало отсутствие значимых различий между данными клиническими подгруппами.

Социальная тревожность и гелотофобия, гелотофилия, катагеластиицизм. Сравнение средних рангов по критерию Манна–Уитни показало значимо бóльшую выраженность социальной тревожности по шкалам опросника Либовица и Шкале страха негативной оценки в экспериментальной группе (от 40,94 до 49,13; $p=0,000$), чем в контрольной (от 17,36 до 25,30; $p=0,000$). При этом значимых различий между группами шизофрении и аффективных расстройств выявлено не было.

Корреляционный анализ показал, что гелотофобия тесно взаимосвязана с социальной тревожностью по шкалам опросника Либовица и Шкале страха негативной оценки (значения корреляций по критерию Спирмена от 0,634 до 0,716, $p=0,000$). При этом интересно, что в клинической группе корреляции выявлены со всеми шкалами с высокими коэффициентами, в то время как в контрольной группе эти связи ниже, а по некоторым шкалам не достигают уровня значимых (см. табл). Гелотофилия и катагеластиицизм, напротив, оказались не связаны с обеими шкалами социальной тревожности.

Таблица

Корреляции между гелотофобией и шкалами социальной тревожности

Группа			Страх (набл.)	Страх конт.	Избег. (набл.)	Избег. конт.	Σ страх	Σ избегание	Общий балл по ШЛ	Общий балл по ШСНО
Контрольная	Гелотофобия	r	0,240	0,374	0,381	0,456	0,307	0,438	0,359	0,491
		p	0,179	0,032	0,029	0,008	0,082	0,011	0,040	0,004
Депрессивный синдром	Гелотофобия	r	0,584	0,686	0,526	0,638	0,640	0,623	0,659	0,453
		p	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000	0,009
		N	32	32	32	32	32	32	32	32

Примечание. Страх (набл.) – страх ситуаций, в которых за поведением и действиями человека наблюдают другие люди; Страх конт. – страх непосредственного контакта с людьми (общения, взаимодействия); Избег. (набл.) – избегание ситуаций, в которых за поведением и действиями человека наблюдают другие люди; Избег. конт. – избегание ситуаций непосредственного контакта с людьми; Σ страх – суммарный балл по страху социальных ситуаций; Σ избегание – суммарный балл по избеганию социальных ситуаций. Общий балл по ШЛ – общий балл по Шкале Либовица. Общий балл по ШСНО – Общий балл по Шкале страха негативной оценки.

Переживание вины и стыда и гелотофобия, гелотофилия, катагеластиицизм. Как и предполагалось, в группе пациентов с депрессивным синдромом была выявлена повышенная выраженность как вины, так и стыда. Сравнение средних значений по шкалам опросника GASP по критерию Манна–Уитни показало, что для людей с депрессией типичен более высокий, чем в контрольной группе, балл по шкалам: «вина – действия по восстановлению» (38,14 и 28,02; $p=0,030$), «стыд – негативная самооценка» (39,63 и 25,58; $p=0,005$) и «стыд – действия отказа» (37,67 и 28,47; $p=0,049$). Однако по шкале «вина – негативная оценка поведения» значимых различий не выявлено.

При этом сравнение средних рангов между клиническими подгруппами показало, что при аффективных расстройствах значения выше, чем при шизофрении, по шкале «вина – негативная оценка поведения» (19,02 и 11,68; $p=0,034$). По шкалам «стыд – негативная самооценка», «стыд – действия отказа» и «вина – действия по восстановлению» значимых различий выявлено не было.

Раздельный анализ по группам показал, что если в контрольной группе гелотофобия высоко и значимо коррелирует со всеми шкалами вины и стыда, кроме «вина – действия по восстановлению» (для шкалы «вина – негативная оценка поведения» $r=0,464$ $p=0,007$; «стыд – действия отказа» $r=0,462$ $p=0,007$; «стыд – негативная самооценка» $r=0,368$ $p=0,035$), то в группе пациентов она значимо коррелирует только со шкалой «стыд – действия отказа» ($r=0,417$ $p=0,018$).

В контрольной группе шкала «вина – негативная оценка поведения» негативно связана с катагеластиицизмом ($r=-0,395$ $p=0,023$), а «вина – действия по восстановлению» – с гелотофилией ($r=-0,367$ $p=0,036$). В клинической же группе эти связи отсутствуют.

Агрессия и гелотофобия. Сравнение средних рангов по критерию Манна–Уитни позволило выявить статистически значимо более низкий уровень агрессии у пациентов с депрессивным синдромом в сравнении с контрольной группой по шкалам «гнев» (42,02 и 23,70 соответственно, $p=0,000$) и «физическая агрессия» (38,67 и 27,16 соответственно, $p=0,014$). Однако по шкале «враждебность» различия отсутствуют (35,29 и 30,64; $p=0,319$).

Корреляционный анализ не выявил связей гелотофобии и гелотофилии со шкалами агрессии по опроснику Басса–Перри, катагеластиицизм же связан со шкалой гнева ($r=0,264$, $p=0,034$). Однако при раздельном анализе по группам были выявлены немного другие закономерности. В контрольной группе гелотофобия и катагеластиицизм не связаны ни с одной из шкал агрессии, а гелотофилия имеет отрицательные корреляции с физической агрессией ($r=-0,432$ $p=0,012$) и враждебностью ($r=-0,418$ $p=0,015$). В группе пациентов с депрессивным синдромом подобных связей не выявлено.

Сравнение групп с гелотофобией и без гелотофобии. На следующем этапе анализа были выбраны пациенты с гелотофобией (выше порогового значения 2,5) – 14 человек, среди них – 7 пациентов с шизофренией и 12 – с аффективными

расстройствами, а также пациенты без гелотофобии (ниже 2,5) – 18 человек, среди них – 4 человека с шизофренией и 9 с аффективными расстройствами. Было проведено сравнение этих групп по социальной тревожности, шкалам вины и стыда и агрессии.

Сравнение средних рангов подтвердило значимо более высокие показатели в группе пациентов с гелотофобией по всем шкалам социальной тревожности ($p=0,000$) и по Шкале страха негативной оценки ($p=0,011$), однако по шкалам агрессии, вины и стыда различий выявлено не было.

Обсуждение результатов

Результаты исследования подтвердили, что пациенты с депрессивным синдромом характеризуются повышенной социофобией, склонностью к переживанию чувства вины и стыда, а также пониженной агрессией. Это соответствует описанию клинической картины депрессии [11]. Интересно, что по шкале «вина – негативная оценка поведения» значимых различий не выявлено. Можно предположить наличие культурно-исторической трансформации центрального переживания при депрессивном синдроме с постепенным смещением акцента с чувства вины на чувство стыда, на что указывает и ряд других исследователей [21]. С другой стороны, при сравнении клинических подгрупп пациенты с аффективными расстройствами, в отличие от пациентов с шизофренией, отличались более высокими баллами по шкалам переживания вины и стыда, но не по их поведенческим последствиям. Для достижения более глубокого психологического понимания описанных феноменов необходимы дальнейшие исследования.

Гелотофобия выше в группе депрессии, чем в контрольной группе, а также коррелирует с когнитивно-аффективной субшкалой опросника депрессии Бека, что согласуется с данными более ранних исследований [4; 11]. Распространенность гелотофобии среди пациентов с депрессивными расстройствами 44 %, что значительно выше, чем среди психически здоровых россиян (7 %) [8]. Интересно, что среди пациентов с синдромом Аспергера распространенность гелотофобии практически идентична (45 %) [20], что может свидетельствовать в пользу, скорее, вторичного развития патологического страха насмешки. При этом сравнение выраженности гелотофобии между группой аффективных больных и шизофренией не дало значимых различий, что подтверждает ту же гипотезу.

С другой стороны, отсутствие количественных различий необязательно предполагает отсутствие и качественных различий тоже. Напротив, полученные данные позволяют говорить о специфике гелотофобии при депрессивном синдроме в сравнении со страхом насмешки у психически здоровых людей. В частности, гелотофобия высоко коррелирует с социофобией, что согласуется с первоначальным представлением о ней М. Титца и зарубежными эмпирическими данными [12; 19]. В то же время взаимосвязь гелотофобии с социофобией в клинической группе значительно выше, чем в контрольной, т.е. перенос знаний о психологических

механизмах гелотофобии из области индивидуальных различий в поле психопатологии должен происходить с большой осторожностью.

При депрессии гелотофобия связана только со шкалой «стыд – действия отказа», в то время как в контрольной группе она высоко и значимо коррелирует со всеми шкалами вины и стыда, кроме «вина – действия по восстановлению». Эти результаты частично подтверждают более ранние данные о том, что страх насмешки связан с депрессией стыда, но не вины [17]. Тем не менее сравнение пациентов с и без гелотофобии не дало значимых различий по шкалам вины и стыда. Возможно, сравнение крайних групп по гелотофобии с исключением средних баллов дало бы более наглядную картину, что в данном исследовании не удалось реализовать в силу ограниченности выборки.

Значения гелотофилии и катагеластиицизма значимо ниже в группе депрессии, чем в контрольной группе. Эти пациенты не склонны принимать участие в обмене шутками. Однако значимых корреляций депрессии с гелотофилией и катагеластиицизмом не выявлено – возможно, именно из-за сниженного уровня гелотофилии и катагеластиицизма. Дальнейшие исследования необходимы для выявления того, насколько способность смеяться над собой и другими восстанавливается после выхода из депрессии.

В контрольной группе шкала «вина – негативная оценка поведения» негативно связана с катагеластиицизмом, а «вина – действия по восстановлению» – с гелотофилией, что, вероятно, отражает нормативные стратегии совладания с чувством вины. В клинической же группе эти связи отсутствуют, что может свидетельствовать о неэффективности данных копингов при депрессии. Аналогичным образом у здоровых людей гелотофилия имела отрицательные корреляции с физической агрессией и враждебностью, а в группе пациентов с депрессивным синдромом подобных связей не обнаружено.

Гелотофобия не связана ни с одной из шкал агрессии. В более ранних исследованиях у психически здоровых людей корреляция между гелотофобией и враждебностью была установлена [8]. Противоречивые результаты могут объясняться в целом сниженным уровнем агрессии при депрессии, либо влияниями гендерных особенностей, которые в рамках данной работы не могли быть учтены в силу небольшого объема выборки.

Заключение

Страх насмешки знаком всем людям, но гелотофобия как патологический страх насмешки, влияющий на все сферы жизни человека, искажающий восприятие человека в процессе социального взаимодействия и ограничивающий его поведение, становится актуальным объектом исследования, особенно в клинической практике. Люди, страдающие гелотофобией, чувствуют себя особенно уязвимо и одиноко, так как они не могут сблизиться с кем-то из-за страха быть осмеянными и понятыми неправильно.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что люди с депрессией боятся быть осмеянными другими, боятся показать свои отрицательные стороны окружающим, не оправдать ожидания окружающих и поэтому избегают таких ситуаций, где их будут оценивать. Они чувствуют себя неуверенно, любая шутка может быть истолкована ими неверно, в негативном ключе, и они принимают все «близко к сердцу». Пациенты испытывают чувство стыда и стараются избегать ситуаций, где они могли бы почувствовать себя неловко, что приводит к ограничению контактов в целом.

Традиционно исследователи депрессии фокусируются на переживании чувства вины, а результаты данного исследования демонстрируют значимость исследования страха насмешки, базирующегося на переживании стыда, социальной тревожности и страхе негативной оценки. В современном обществе, в котором остро стоит проблема стигматизации психически больных людей, развитие страха насмешки у пациентов психиатрической клиники неудивительно. Однако существенно ограничивая социальную жизнь человека, гелотофобия становится значительным препятствием для реабилитации пациента, восстановления его трудоспособности и социального окружения. Например, гелотофобия может выражаться в страхе публичных выступлений и взаимодействия с людьми. В связи с этим важной является разработка социально-психологических, коррекционных и психотерапевтических программ при организации помощи пациентам с выраженным страхом насмешки.

Стоит отметить некоторые ограничения данного исследования. Гелотофобия была исследована только психометрически, одним опросником. Этот феномен был рассмотрен только с количественной стороны, а качественные особенности проявления гелотофобии у пациентов не были изучены в рамках выбранной методологии. Необходимо отметить ограниченный объем выборок. Наличие двух клинических подгрупп в рамках депрессивного синдрома первоначально рассматривалось как преимущество, однако в итоге, скорее, наложило ограничения.

Литература

1. Гофман Э. «Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью» [Электронный ресурс] // Стигма и социальная идентичность. Ч. 1. / под ред. Э. Гофмана; пер. М.С. Добряковой 2011. 40 с. URL: https://www.hse.ru/data/2011/11/15/1272895702/Goffman_stigma.pdf (дата обращения: 10.06.2018).

2. Григорьева И.В., Ениколопов С.Н. Апробация опросников «Шкала социальной тревожности Либовица» и «Шкала страха негативной оценки (краткая версия)» // Национальный психологический журнал. 2016. Т. 21. № 1. С. 31–44. doi: 10.11621/npj.2016.0105

3. Ениколопов С.Н., Цибульский Н.П. Психометрический анализ русскоязычной версии Опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри // Психологический журнал. 2007. Т. 28. № 1. С. 115–124.

4. Иванова Е.М., Ениколопов С.Н. Психопатология и чувство юмора // Современная терапия психических расстройств. 2009. № 2. С. 19–24.
5. Иванова Е.М., Макогон И.К., Стефаненко Е.А., Ениколопов С.Н., Проер Р., Рух В. Русскоязычная адаптация опросника гелотофобии, гелотофилии и катагеластичизма PhoPhiKat // Вопросы психологии. 2016. № 2. С. 162–171.
6. Макогон И.К., Ениколопов С.Н. Апробация методики измерения склонности к переживанию чувства вины и стыда (GASP) // Вопросы психологии. 2014. № 4. С. 118–125.
7. Мартин Р. Психология юмора / под ред. Л.В. Куликова. СПб.: Питер, 2009. 480 с.
8. Стефаненко Е.А., Иванова Е.М., Ениколопов С.Н., Проер Р.Т., Рух В. Диагностика страха выглядеть смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии // Психологический журнал. 2011. Т. 32. № 2. С. 94–108.
9. Стефаненко Е.А., Ениколопов С.Н., Иванова Е.М. Особенности отношения к юмору и смеху у больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. № 1. С. 26–29.
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
11. Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др. Руководство по психиатрии. Т. 1 / Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999, 712 с.
12. Carretero-Dios H., Ruch W., Agudelo D., Tracey P., Proyer R. Fear of being laughed at and social anxiety: A preliminary psychometric study // Psychological Test and Assessment Modeling. 2010. Vol. 52. № 1. P. 108–124. doi: 10.5167/uzh-33204
13. Forabosco G., Ruch W., Nucera P. The fear of being laughed at among psychiatric patients // Humor: International Journal of Humor Research. 2009. Vol. 22. № 1-2. P. 233–252. doi: 10.1515/humr.2009.011
14. Nathanson D.L. Shame and pride: affect, sex, and the birth of the self. N.Y.: W.W. Norton & Company, 1992. 496 p.
15. Platt T., Ruch W. The emotions of gelotophobes: Shameful, fearful, and joyless? // Humor: International Journal of Humor Research. 2009. Vol. 22. № 1-2. P. 91–110. doi: 10.1515 / HUMR.2009.005
16. Ruch W. Fearing humor? Gelotophobia: The fear of being laughed at: Introduction and overview // Humor: International Journal of Humor Research. 2009. Vol. 22. № 1-2. P. 1–26. doi: 10.1515 / HUMR.2009.001
17. Ruch W., Proyer R.T. The fear of being laughed at: Individual and group differences in Gelotophobia // Humor: International Journal of Humor Research. 2008. Vol. 21. № 1. P. 47–67. doi: 10.1515/HUMOR.2008.002

18. Ruch W., Proyer R.T. Who is gelotophobic? Assessment criteria for the fear of being laughed at // *Swiss Journal of Psychology*. 2008. Vol. 67. № 1. P. 19–27. doi: 10.1024 / 1421-0185.67.1.19

19. Ruch W., Proyer R.T. Who fears being laughed at? The location of gelotophobes in the pen-model of personality // *Personality and Individual Differences*, 2009. Vol. 46. № 5-6. P. 627–630. doi: 10.1016/j.paid.2009.01.004

20. Samson A.C., Huber O., Ruch W. Teasing, ridiculing and the relation to the fear of being laughed at in individuals with Asperger's Syndrome // *Journal of Autism and Developmental Disorder*. 2011. Vol. 41. № 4. P. 475–483. doi: 10.1007/s10803-010-1071-2

21. Scott S. The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness // *Sociology of Health & Illness*. 2006. Vol. 28. № 2. P. 133–153. doi: 10.1111 / j.1467-9566.2006.00485.x

22. Titze M. The Pinocchio Complex: Overcoming the fear of laughter // *Humor and Health Journal*. 1996. № 5. P. 1–11.

Gelotophobia, Gelotophiles, and Katagelasticists in Patients with Depression

Lubavskaya A.A.,

Junior researcher, Department of Medical Psychology, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, stesi-94@list.ru

Oleichik I.V.,

Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Researcher of the Department of Endogenous Mental Disorders and Affective States Studies, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, i.oleichik@mail.ru

Ivanova E.M.,

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

The article presents a study of gelotophobia (the fear of being laughed at) for depression. 32 patients with depressive syndrome and 33 mentally healthy people were examined with a complex of methods: clinical interview, the Liebowitz Social Anxiety Scale, the Fear of Negative Evaluation Scale, gelotophobia, gelotophilia and katagelasticism questionnaire the PhoPhiKat<30>, the Guilt and Shame Proneness scale (GASP), the Beck Depression Inventory, and the Buss-Perry Aggression Questionnaire. The results showed higher gelotophobia (the fear of being laughed at) in patients with depressive syndrome in comparison with the control group, and, on the other hand, lower gelotophilia (the joy of being a target of laughter) and katagelasticism (the joy of laughing at others). No differences on gelotophobia were found in the subgroups of patients with depression within schizophrenia and affective disorders. Gelotophobia under depression was closely connected with social anxiety and the fear of negative evaluation, but was not associated with aggression. Although depression includes experiencing both guilt and shame, gelotophobia characterized only those patients who tended to experience shame. The results of the study allow to reveal specifics of the fear of being laughed at under depression, which may be used in clinical diagnostics and psycho-rehabilitation of these patients.

Keywords: laughter, fear of being laughed at, gelotophobia, gelotophilia, katagelasticism, depression, affective disorders.

References

1. Goffman E. Stigma: Zametki ob upravlenii isporchennoj identichnost`yu [Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity] [Web source]. In M.S. Dobryakova (ed.) Stigma i sotsial'naya identichnost' [Stigma and social identity], p. 1, 2011, 40 p. URL: https://www.hse.ru/data/2011/11/15/1272895702/Goffman_stigma.pdf (Accessed 10.06.2018).
2. Grigor'eva I.V., Enikolopov S.N. Aprobacija oprosnikov «Shkala social'noj trevozhnosti Libovica» i «Shkala straha negativnoj ocenki (kratkaja versija)» [Approbation of the Questionnaires the “Liebowitz Social Anxiety Scale” and the “Fear of Negative Evaluation Scale” (short version)]. *Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal [National Psychological Journal]*, 2016, vol. 21, no. 1, pp. 31–44 (In Russ., abstr. in Engl.). doi: 10.11621/npj.2016.0105
3. Enikolopov S.N., Cibul'skij N.P. Psihometricheskij analiz russkojazychnoj versii Oprosnika diagnostiki agressii A. Bassa i M. Perri [Psychometric Analysis of Russian-language Version of Questionnaire of Aggression by A. Buss and M. Perry]. *Psihologicheskij zhurnal [Psychological Journal]*, 2007, vol. 28, no. 1, pp. 115–124 (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Ivanova E.M., Enikolopov S.N. Psihopatologija i chuvstvo jumora [Psychopathology and sense of humour]. *Sovremennaja terapija psihicheskikh rasstrojstv [Contemporary Therapy of Mental Disorders]*, 2009, no. 2, pp. 19–24 (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Ivanova E.M., Makogon I.K., Stefanenko E.A., Enikolopov S.N., Projer R., Ruh V. Russkojazychnaja adaptacija oprosnika gelotofobii, gelotofilii i katagelastichizma PhoPhiKat [A Russian-language adaptation of the PhoPhiKat questionnaire on gelotophobia, gelotophilia and katagelasticism]. *Voprosy psihologii [Questions of Psychology]*, 2016, no. 2, pp. 162–171 (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Makogon I.K., Enikolopov S.N. Aprobacija metodiki izmerenija sklonnosti k perezhivaniju chuvstva viny i styda (GASP) [Approbation of the Guilt and Shame Proneness Scale (GASP)]. *Voprosy psihologii [Questions of Psychology]*, 2014, no. 4, pp. 118–125.
7. Martin R. Psihologija jumora [The Psychology of Humor: An Integrative Approach]. Kulikov L.V. (ed.). Saint-Petersburg: Piter, 2009, 480 p. (In Russ.).
8. Stefanenko E.A., Ivanova E.M., Enikolopov S.N., Projer R.T., Ruh V. Diagnostika straha vygljadet' smeshnym: russkojazychnaja adaptacija oprosnika gelotofobii [The fear of being laughed at diagnostics: Russian adaptation of Gelotophobia Questionnaire]. *Psihologicheskij zhurnal [Psychological Journal]*, 2011, vol. 32, no. 2, pp. 94–108 (In Russ., abstr. in Engl.).
9. Stefanenko E.A., Enikolopov S.N., Ivanova E.M. Osobennosti otnoshenija k jumoru i smehu u bol'nyh shizofreniej [The attitude towards humor and laughter in patients with schizophrenia]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]*, 2014, no. 1, pp. 26–29. (In Russ., abstr. in Engl.).

10. Tarabrina N.V. Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on psychology of a post-traumatic stress]. Saint-Petersburg: Piter, 2001, 272 p. (In Russ.).
11. Tiganov A.S., Snezhnevskij A.V., Orlovskaja D.D., et al. Rukovodstvo po psihiatrii [Handbook of Psychiatry], vol. 1. In A.S. Tiganov (ed.). Moscow: Medicina, 1999, 712 p.
12. Carretero-Dios H., Ruch W., Agudelo D., et al. Fear of being laughed at and social anxiety: A preliminary psychometric study. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 2010, vol. 52, no. 1, pp. 108–124. doi: 10.5167/uzh-33204
13. Forabosco G., Ruch W., Nucera P. The fear of being laughed at among psychiatric patients. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2009, vol. 22, no. 1-2, pp. 233–252. doi: 10.1515/humr.2009.011
14. Nathanson D.L., Shame and Pride: Affect, Sex, and the Birth of the Self. N.Y.: W.W. Norton, 1992, 496 p.
15. Platt T., Ruch W. The emotions of gelotophobes: Shameful, fearful, and joyless? *Humor: International Journal of Humor Research*, 2009, vol. 22, no. 1-2, pp. 91–110. doi: 10.1515 / HUMR.2009.005
16. Ruch W. Fearing humor? Gelotophobia: The fear of being laughed at: Introduction and overview. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2009, vol. 22, no. 1-2, pp. 1–26. doi: 10.1515 / HUMR.2009.001
17. Ruch W., Proyer R.T. The fear of being laughed at: Individual and group differences in Gelotophobia. *Humor: International Journal of Humor Research*, 2008(a), vol. 21, no. 1, pp. 47–67. doi: 10.1515/HUMOR.2008.002
18. Ruch W., Proyer R.T. Who is gelotophobic? Assessment criteria for the fear of being laughed at. *Swiss Journal of Psychology*, 2008(b), vol. 67, no. 1, pp. 19–27. doi: 10.1024 / 1421-0185.67.1.19
19. Ruch W., Proyer R.T. Who Fears Being Laughed at? The Location of Gelotophobes in the PEN-model of Personality. *Personality and Individual Differences*, 2009, vol. 46, no. 5-6, pp. 627–630. doi: 10.1016/j.paid.2009.01.004
20. Samson A.C., Huber O., Ruch W. Teasing, Ridiculing and the Relation to the Fear of Being Laughed at in Individuals with Asperger's Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 2011, vol. 41, no 4, pp. 475–483. doi: 10.1007/s10803-010-1071-2
21. Scott S., The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness. *Sociology of Health & Illness*, 2006, vol. 28, no. 2, pp. 133–153. doi: 10.1111 / j.1467-9566.2006.00485.x
22. Titze M., The Pinocchio Complex: Overcoming the fear of laughter. *Humor and Health Journal*, 1996, no. 5, pp. 1–11.

The Effectiveness of Life Skills Training on Life Satisfaction in Patients with Spinal Cord Injury

Ramezani F.,

Master of Sciences in Clinical Psychology, Islamic Azad University of Roudehen, Tehran, Iran, ramezani.info5@gmail.com

Mazraeh S.A.,

Assistant Professor of General Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran, so.abedini@gmail.com

Spinal cord injury (SCI) is one of the most debilitating diseases that affects all aspects of person's life. Researches have indicated that life satisfaction in these patients is lower than that of others. The aim of this study was to investigate the effect of life skills training on life satisfaction in patient with spinal cord injury. This study, having a quasi-experimental design, was performed with pre-test, post-test, and control group. The statistical population of this study consisted of patients with spinal cord injury (only men) that is covered by the home health care team of the Kahrizak Charity Foundation of Tehran. To do research, 30 patients of the center were selected by availability sampling and were randomly divided into experimental and control groups. In the experimental group, 10 sections of life skills training were performed, while no intervention was used for the control group. The research tool used in this study was a Self-Life Satisfaction Questionnaire and a univariate analysis of covariance was used to test results. Findings from the analysis of covariance showed that there was a significant difference between experimental and control groups ($p < 0,05$). This indicated that life skills training improved the life satisfaction in patients with spinal cord injury.

Keywords: spinal cord injury, life satisfaction, life skills.

Для цитаты:

Рамезани Ф., Мазраех С.А. Влияние тренинга жизненных компетенций на удовлетворенность жизнью у пациентов с травмой позвоночника [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 135–145. doi: 10.17759/psyclin.2018070308

For citation:

Ramezani F., Mazraeh S.A. The Effectiveness of Life Skills Training on Life Satisfaction in Patients with Spinal Cord Injury [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 135–145. doi: 10.17759/psycljn.2018070308 (In Engl., abstr. in Russ.)

Introduction

Spinal cord injury (SCI) is a major life event leading to serious physical disability and secondary medical problems, and has important consequences for the life satisfaction of the person's involved [24]. SCI is a defect of the disability type. Extreme damage to the spinal cord leads to loss of sensation and paralysis of voluntary muscles, resulting in reduced mobility and independence in daily-life activities, and impairment of social and vocational skills [22]. Spinal cord injuries can be categorized as traumatic (e.g. motor vehicle accident) or non-traumatic (e.g. virus). Individuals who have suffered a spinal cord injury will experience impairment in the communication between their brain and the rest of their body. This impairment affects several body functions, including mobility, sensation, sexual function and bladder and bowel functions [22]. SCI has important consequences for life satisfaction of the person involved. In fact, individuals with chronic diseases usually experience a decline in their life satisfaction [2]. For example, daily activities are adversely affected as a result of physical impairment. Moreover, physical impairments lower patients' psychological condition, making them overly sensitive and prone to feeling offended easily.

They also experience difficulties in expressing complaints and frustrations, which, in turn, leads to feeling upset and not being understood [3; 22]. In accordance with the positive psychology movement, which seeks to understand and augment positive and adaptive aspects of human experience rather than focusing on symptoms, deficits, and limitations, researchers in healthcare and rehabilitation have begun to focus on subjective well-being, including constructs such as life satisfaction as the preferred outcome in persons with disabilities [16].

Life satisfaction is a complex term and is sometimes used interchangeably with the emotion of happiness, but they are indeed two separate concepts. It is a subjective part of the quality of life and concerns a person's feelings about his/her functioning and circumstances [12]. In other words, life satisfaction is an overall assessment of attitudes and feeling about one's life at a particular point in time, ranging from the negative to the positive [9]. It refers to a cognitively oriented, subjective judgment of one's current life satisfaction in relation to one's own expectation. This concept is based on the assumption that the same objective reality may be experienced in completely different ways by various individuals, based on their previous life experiences and on their current expectations, goals, and values [4].

Since life satisfaction is an important goal of rehabilitation medicine, it has been studied in many health conditions, especially individuals experiencing chronic disease or disabilities such as patients with spinal cord injury [6; 15]. Researches have shown that life

satisfaction in the immediate phase after the diagnosis of SCI decreases [14]. However, in the long run, life satisfaction scores of survivors are just slightly lower than life satisfaction of the general population [7]. In these patients, high functional independence, low pain, high everyday social support, and high self-efficacy were significant determinants of a positive course of life satisfaction after discharge [23]. One of the most important factors that help people live well and successfully is to know and feel good about themselves. Life skills help individuals understand more about themselves, their characteristics, needs, desires, goals, weaknesses, strengths, passions, values, and identify [20]. According to WHO, life skills are abilities for adaptive and positive behavior, which enable individuals to deal effectively with the demands and challenges of everyday life [25]. Life skills have been classified into three broad categories:

1. Thinking skills: thinking skills are the skills that enhance the logical faculty of the brain using an analytical ability, thinking creatively and critically, developing problem-solving skills, and improving decision-making abilities.

2. Social skills: social skills include interpersonal skills, communication skills, leadership skills, management skills, advocacy skills, co-operation and team building skills, etc.

3. Emotional skills: emotional skills involve knowing and being comfortable with oneself. Thus, self-management includes managing/coping with feelings, emotions, stress, and resisting peer and family pressure [19].

World bodies such as UNICEF, UNESCO and WHO list 10 core life skills as: self-awareness, critical thinking, creative thinking, decision making, problem solving, effective communication, interpersonal relationship, empathy, coping with stress, coping with emotion.

For health promotion, life skills education is based on the teaching of generic life skills and includes the practice of skills in relation to major health and social problems [15; 17]. Researches have shown that life skills training is one of the most effective methods to meet the challenges of life [10]. Elham Khooshab et al. [7] investigated the effect of life skills training program on parental stress and found that this program could reduce parenting stress in mothers with blind children. Fatemeh Salmaniyan et al. [20] showed that life skills training increased happiness and self-esteem in spouses of war veterans with severity of disability of 25–75%.

Janaka Puspakumara [17] showed in his study that life skills training was effective in preventing a wide range of problems such as substance abuse, teenage pregnancies, violence, bullying and to promote self-confidence and self-esteem among adolescents. Zahra Roodbari et al. [19] in their research showed that life skills training had a positive effect and improved social development, and emotional and social adjustment. Tahereh Mahdavi Haji et al. [10] examined the effectiveness of life skills training on happiness, quality of life, and emotional regulation, and showed that life skills training increased them.

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of life skills training on life satisfaction in SCI patients. We hypothesized that SCI patients faced several secondary

challenges such as psychological problems (anxiety, depression, and low self-esteem), social isolation, and some difficulties with their family and environment. All of these problems decrease life satisfaction. We expected that life skills would help them to cope with their new situations and solve their problems effectively and it will increase life satisfaction.

Method

Statistical population. This study, having a quasi-experimental design, was performed with pre-test, post-test and control group. The statistical population of this study consisted of patients with spinal cord injury (only men) that is covered by the home healthcare team in the Kahrizak Charity Foundation of Tehran. To do the research, 30 patients of the center were selected by availability sampling and were randomly divided into experimental and control groups. Mean and standard deviation of participants' ages in experimental group were 31,13 and 6,76 and in control group were 34,40 and 8,32, respectively. In our experimental group, 10 sections of life skills training were performed, and, for control group, no intervention was used.

Tools. In this study, life satisfaction was measured with the Self Life Satisfaction Questionnaire. It was developed by Carter and translated and normalized into Persian by Karami. This questionnaire consisted of 25 questions with three answers to each question include: agree, disagree and neutral. There was a special number for each person and numbers were between 0 and 50. Higher scores in this questionnaire indicated greater satisfaction with life. The reliability of this questionnaire, according to Cronbach's alpha, was 78% [8].

Data analysis. In order to analyze data, we used the statistical method of covariance.

Results

In Table 1, the descriptive component of life satisfaction in the experimental and control groups are presented separately in the form of pre-test and post-test.

Table 1

Mean and Standard Deviation in experimental and control groups in pre- and post test

Scale	Group	Pre-test		Post-test	
		Mean	SD	Mean	SD
Life satisfaction	Experimental	21.47	5.44	26.27	8.27
	Control	24.07	7.65	21.02	8.23

According to the Self-Life Satisfaction Questionnaire, higher scores showed higher life satisfaction and the result of Table 1 indicate that the mean and standard deviation of the experimental group significantly increased (confidence of p-level > 99%) in the post-test, but, in control group, the mean decreased in the post-test but there is no significant difference between the pre-test and post-test standard deviation. Since the assumptions of the Covariance analysis were established, we used them to interpret results. These results are shown in Table 2.

The results of Table 2 indicate that, the difference between experimental and control groups was significant ($F=23.229$; $Sig=. /000$; $P<0.001$). It means that the life skills training improves the life satisfaction in patients with SCI. The severity of the effect evaluated by Partial Eta Squared was equal to 0.462. It means that life skills training had a moderate effect on life satisfaction in these patients and the research hypothesis was approved.

Table 2

Results of Covariance analysis

Source	Dependent Variable: Post-test			Tests of Between – Subjects Effects				
	SS	df	MS	F	Sig	Parital Eta Squared	Noncent Parameter	Observed Power
Pre-test	1396.028	1	1396.028	73.431	0.000	0.731	73.431	1.000
Group	441.608	1	441.608	23.229	0.000	0.462	23.229	0.999
Error	513.306	27	19.011					

Notes. R Squared = 0.756 (Adjusted R Squared = 0.738). Computed Using alpha = 0.05.

Conclusion

The aim of this study was to assess the effectiveness of life skills training on life satisfaction in patients with spinal cord injury. Therefore, a sample of 30 patients were selected and assigned to experimental and control groups. Covariance analysis indicated that there were significant differences between the experimental and control groups. This result means that the life skills training (coping with negative mood, effective relationship, assertiveness, anger management and stress management) was an effective program for increasing life satisfaction.

Spinal cord injury is one of the most chronic and disabling diseases that has many negative physical and psychological effects on patients. Researches have shown that SCIs experience a higher level of distress and lower level of life satisfaction compared to the general population [23]. This is because SCI usually demands changes in almost every aspect of an individual's life. Different aspects of personal and social status in a person can

be related with life satisfaction. For example, self-efficacy is a personal factor, which has shown a strong relationship with life satisfaction [5; 13] or different type of social support show different relationships with life satisfaction [24]. Researches have indicated the positive effects of life skills training on different aspects of a disabled patient's life and the results of this study are consistent the findings of others [1; 10; 11; 17]. Life skills training make individuals get to know more about their strengths and weaknesses and have a better self-recognition. Indeed, if people learn how to reform their cognitive errors, manage their negative emotions, have an effective relationship with others, manage environmental stresses and improve their lifestyle, they would experience high levels of self-esteem and social support that cause to increase their life satisfaction. Since these sessions were in a group form, they could have a positive effect on reducing stress. Infact, participants found that others also had the same problems; thus, the acceptance of reality and dealing with it could be improved. Patients with SCI experience many negative emotions like stress, anger, and depression, and these are associated with life satisfaction negatively. Skills such as problem solving, anger management, and coping with stress and negative emotion prepared them to deal with their problems and conditions. In these people, social support is strongly associated with life satisfaction. After the sessions, participants learned how to communicate effectively with others and get more social support that held to increase life satisfaction.

The following suggestions are made in view of the findings of the study: first, longitudinal analysis of the effectiveness of life skills training on life satisfaction can be useful. Second, the differences between males and females with SCI can be considered.

It is important to interpret the above suggestions as this study's limitations.

References

1. Alwell M., Cobb B. functional life skills curricular interventions for youth with disabilities. A systematic review. *Career Development for Exceptional individuals*, 2009, vol. 32, no. 2, pp. 82–93. DOI:10.1177/0885728809336656
2. Chou C.C., Chan F., Chan Y.C., Phillips B. Introduction to positive psychology in rehabilitation. *Rehabilitation Research, Policy & Education*, 2013, vol. 27, no. 3, pp. 126–130. DOI: 10.1891/2168-6653.27.3.126
3. Corrigan J.D., Bogner J.A., Mysiw W.J., et al. Life satisfaction after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 2001, vol. 16, no. 6, pp. 543–555. DOI: 10.1097/00001199-200102000-00004
4. Dijkers M.P. Quality of life of individuals with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement, and research findings. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 2005, vol. 42, no. 3, pp. 87–110. DOI:10.1682/JRRD.2004.08.0100

5. Hampton N.Z. Self-efficacy and quality of life in people with spinal cord injuries in China. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 2000, vol. 43, no. 2, pp. 66–74. DOI:10.1177/003435520004300202
6. Jenaabadi H., Azizi N., Mostafapour R., Haghi R. The effect of life skills training on the mental health and level of resilience among teachers of normal students and teachers of exceptional students in Zahedan. *Open Journal of Medical Psychology*, 2015, vol. 4, no. 2, pp. 17–22. DOI:10.4236/OJMP.2015.42002
7. Khooshab E., Jahanbin I., Ghadakpour S., Keshavarzi S. Managing parenting stress through life skills training: A supportive intervention for mothers with visually impaired children. *International Journal of Community Based Nursing Midwifery*, 2016, vol. 4, no. 3, pp. 265–273.
8. Lotfaalizadeh M.Z. Psychometric Properties of the Fear of Dead Questionnaire and its Relationship with Self-Life Satisfaction in Adults in Tehran. Master degree thesis. Tehran, 2015. 59 p.
9. Lucke K.T., Coccia H., Goode J.S., Lucke J.F. Quality of life in spinal cord injured individuals and their caregivers during the initial 6 months following rehabilitation. *Quality Life Research*, 2004, vol. 13, no. 1, pp. 97–110. DOI: 10.1023/B:QURE. 0000015284.95515.17
10. Mahdavi Haji.T., Mohammad K.S., Hatami M. The effectiveness of life skills training on happiness, quality of life and emotion regulation. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2011, vol. 30, pp. 407–411. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.10.080
11. Mahvashe V.A. The effectiveness of life skills training on enhancing the self- esteem of hearing impaired students in inclusive schools. *Open Journal of Medical Psychology*, 2014, vol. 3, no. 1, pp. 94–99. DOI:10.4236/ojmp.2014.31012
12. Mailhan L., Azouvi, P.D. Life satisfaction and disability after sever traumatic brain injury. *Brain Injury*, 2005, vol. 19, no. 4, pp. 303–318. DOI: 10.1080/0269905041000172014.
13. Middelton J., Tran Y., Craig A. Relationship between quality of life and self-efficacy in person with spinal cord injuries. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2007, vol. 88, no. 12, pp. 1643–1648. DOI: 10.1016/j.apmr.2007.09.001
14. Movallali G., Ashori M., Jolil A.S. The effectiveness of life skills training on social skills of hearing impaired students. *IOSR Journal of Research and Method in Education*, 2014, vol. 4, no. 5, pp. 28–34.
15. Parajapata R., Sharma B., Sharma D. Significant of life skills education. *Contemporary Issues in Education Research – First Quarter*, 2017, vol. 10, no. 1, pp. 1–6. DOI: 10.19030/CIER.V10i1.9875

16. Prason R., Chaturvedi K.R. Life satisfaction: A literature review. *International Journal of Management and Social Sciences*, 2016, vol. 1, no. 2, pp. 25–32.
17. Puspakamara J. Effectiveness of life skills training in preventing common issues among adolescents: a community based quasi experimental study (ALST). Psychiatry Faculty of Medicine & Allied Sciences Rajarata University of Sri Lanka. 2011.
18. Rahmati B., Adibrad N., Tahmasian K.S., Sedghpour B. The effectiveness of life skill training on social adjustment in children. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2010, vol. 5, pp. 870–874. DOI: 10.1016/j.sbspro.2010.07.201.
19. Roodbari Z., Sahdipoor E., Ghale S. The study of the Effect of Life Skills Training on Social Development, Emotional and Social Compatibility Among First- Grade Female High School in Neka City. *Indian Journal of Fundamental and Applied Sciences*, 2013, vol. 3, no. 3, pp. 382–390. Available at: www.cibtech.org/jls.htm
20. Salmaniyan F., Espahbodi P.K., Jamali M. The effectiveness of life skills training classes on increasing happiness and self-esteem in spouses of war veterans with severity of disability of 25-75% of Minoodasht city. *International Journal of Economy, Management and Social Sciences*, 2014, vol. 3, no. 12, pp. 902–904.
21. Somers M.F. Spinal cord injury. Functional rehabilitation. Prentice Hall. United States. New Jersey. 2001. 458 p.
22. Somers M.F. Spinal cord injury. Functional rehabilitation. 3rd ed. Upper Saddle River: Prentice hall. 2010. 480 p.
23. Van Leeuwev Christel M.C., Post M.W., Van Asbeck F.W., et al. Life satisfaction in people with spinal cord injury during the first five years after discharge from inpatient rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 2012, vol. 34, no. 1, pp. 76–83. DOI:10.3109/09638288.2011.587089
24. Van Leeuwen C.M., Post M.W., Van Asbeck F.W., et al. Social support and life satisfaction in spinal cord injury during up to one year after inpatient rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2010, vol. 42, no. 3, pp. 265–271. DOI:10.2340/16501977-0502
25. World Health Organization. Life skills education for children and adolescents in schools. Introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programs. Geneva. 1997. 53 p.

Влияние тренинга жизненных компетенций на удовлетворенность жизнью у пациентов с травмой позвоночника

Рамезани Ф.,

магистр клинической психологии, Исламский университет Азад, Тегеран, Иран, ramezani.info5@gmail.com

Мазраех С.А.,

доцент общей психологии, Исламский университет Азад, Центрально-Тегеранский филиал, Тегеран, Иран, so.abedini@gmail.com

Травма позвоночника – одно из самых серьезных повреждений, затрагивающее все аспекты жизни пациента. Исследователи отмечают, что удовлетворенность жизнью у подобных пациентов ниже, чем у других. Цель исследования состояла в изучении эффекта тренинга жизненных компетенций на удовлетворенность жизнью у пациентов с травмами позвоночника. Данное исследование использует квази-экспериментальный дизайн. Оно было выполнено с применением схемы: пре-тест, пост-тест и контрольная группа. Статистическую популяцию исследования составили пациенты с травмами позвоночника (только мужчины), пользующиеся услугами команды домашнего патронажа Тегеранского Благотворительного Фонда Кахзирак. Для проведения исследования, были отобраны 30 пациентов центра. Затем пациенты были разделены на контрольную и экспериментальную группы в случайном порядке. В экспериментальной группе проводился тренинг жизненных компетенций по 10 блокам, тогда как в контрольной группе никаких вмешательств не проводилось. Измерительным инструментарием был выбран Опросник удовлетворенностью жизнью, для проверки результатов использовался одномерный ковариативный анализ. Данные, полученные в ходе ковариативного анализа показали, что существуют значимые различия между экспериментальной и контрольной группами ($p < 0.05$). Результаты указывают на то, что обучение жизненным навыкам улучшало удовлетворенность жизнью пациентов с травмой позвоночника.

Ключевые слова: травма позвоночника, удовлетворенность жизнью, жизненные компетенции.

Литература

1. *Alwell M., Cobb B.* functional life skills curricular interventions for youth with disabilities. A systematic review // *Career Development for Exceptional individuals*. 2009. Vol. 32. No. 2. P. 82–93. DOI:10.1177/0885728809336656
2. *Chou C.C., Chan F., Chan Y.C., Phillips B.* Introduction to positive psychology in rehabilitation // *Rehabilitation Research, Policy & Education*. 2013. Vol. 27. No. 3. P. 126–130. DOI: 10.1891/2168-6653.27.3.126
3. *Corrigan J.D., Bogner J.A., Mysiow W.J., et al.* Life satisfaction after traumatic brain injury // *Journal of head trauma rehabilitation*. 2001. Vol. 16. № 6. P. 543–555. DOI: 10.1097/00001199-200102000-00004
4. *Dijkers M.P.* Quality of life of individuals with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement, and research findings // *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 2005. Vol. 42. No. 3. P. 87–110. DOI:10.1682/JRRD.2004.08.0100
5. *Hampton N.Z.* Self-efficacy and quality of life in people with spinal cord injuries in China // *Rehabilitation Counseling Bulletin*. 2000. Vol. 43. No. 2. P. 66–74. DOI:10.1177/003435520004300202
6. *Jenaabadi H., Azizi N., Mostafapour R., Haghi R.* The effect of life skills training on the mental health and level of resilience among teachers of normal students and teachers of exceptional students in Zahedan // *Open Journal of Medical Psychology*. 2015. Vol. 4. No. 2. P. 17–22. DOI:10.4236/OJMP.2015.42002
7. *Khooshab E., Jahanbin I., Ghadakpour S., Keshavarzi S.* Managing parenting stress through life skills training: A supportive intervention for mothers with visually impaired children // *International Journal of Community Based Nursing Midwifery*. 2016. Vol. 4. № 3. P. 265–273.
8. *Lotfaalizadeh M.Z.* Psychometric Properties of the Fear of Dead Questionnaire and its Relationship with Self-Life Satisfaction in Adults in Tehran. Master degree thesis. Tehran, 2015. 59 p.
9. *Lucke K.T., Coccia H., Goode J.S., Lucke J.F.* Quality of life in spinal cord injured individuals and their caregivers during the initial 6 months following rehabilitation. // *Quality Life Research*. 2004. Vol. 13. No. 1. P. 97–110. DOI: 10.1023/B:QURE.0000015284.95515.17
10. *Mahdavi Haji.T., Mohammad K.S., Hatami M.* The effectiveness of life skills training on happiness, quality of life and emotion regulation // *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011. Vol. 30. P. 407–411. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.10.080
11. *Mahvashe V.A.* The effectiveness of life skills training on enhancing the self- esteem of hearing impaired students in inclusive schools // *Open Journal of Medical Psychology*. 2014. Vol. 3. No. 1. P. 94–99. DOI:10.4236/ojmp.2014.31012
12. *Mailhan L., Azouvi, P.D.* Life satisfaction and disability after sever traumatic brain injury // *Brain Injury*. 2005. Vol. 19. № 4. P. 303–318. DOI: 10.1080/0269905041000172014.

13. *Middelton J., Tran Y., Craig A.* Relationship between quality of life and self-efficacy in person with spinal cord injuries // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2007. Vol. 88. № 12. P. 1643–1648. DOI:10.1016/j.apmr.2007.09.001
14. *Movallali G., Ashori M., Jolil A.S.* The effectiveness of life skills training on social skills of hearing impaired students // *IOSR Journal of Research and Method in Education*. 2014. Vol. 4. № 5. P. 28–34.
15. *Parajapata R., Sharma B., Sharma D.* Significant of life skills education // *Contemporary Issues in Education Research – First Quarter*. 2017. Vol. 10. № 1. P. 1–6. DOI: 10.19030/CIER.V10i1.9875
16. *Prasoon R., Chaturvedi K.R.* Life satisfaction: A literature review // *International Journal of Management and Social Sciences*. 2016. Vol. 1. № 2. P. 25–32.
17. *Puspakamara J.* Effectiveness of life skills training in preventing common issues among adolescents: a community based quasi experimental study (ALST). Psychiatry Faculty of Medicine & Allied Sciences Rajarata University of Sri Lanka. 2011.
18. *Rahmati B., Adibrad N., Tahmasian K.S., Sedghpour B.* The effectiveness of life skill training on social adjustment in children // *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2010. Vol. 5. P. 870–874. DOI: 10.1016/j.sbspro.2010.07.201.
19. *Roodbari Z., Sahdipoor E., Ghale S.* The study of the Effect of Life Skills Training on Social Development, Emotional and Social Compatibility Among First- Grade Female High School in Neka City // *Indian Journal of Fundamental and Applied Sciences*. 2013. Vol. 3. №. 3. P. 382–390. Available at: www.cibtech.org/jls.htm
20. *Salmanian F., Espahbodi P.K., Jamali M.* The effectiveness of life skills training classes on increasing happiness and self-esteem in spouses of war veterans with severity of disability of 25-75% of Minoodasht city // *International Journal of Economy, Management and Social Sciences*. 2014. Vol. 3. № 12. P. 902–904.
21. *Somers M.F.* Spinal cord injury. Functional rehabilitation. Prentice Hall. United States. New Jersey. 2001. 458 p.
22. *Somers M.F.* Spinal cord injury. Functional rehabilitation. 3rd ed. Upper Saddle River: Prentice hall. 2010. 480 p.
23. *Van Leeuwev Christel M.C., Post M.W., Van Asbeck F.W., et al.* Life satisfaction in people with spinal cord injury during the first five years after discharge from inpatient rehabilitation // *Disability and Rehabilitation*. 2012. Vol. 34. № 1. P. 76–83. DOI:10.3109/09638288.2011.587089
24. *Van Leeuwen C.M., Post M.W., Van Asbeck F.W., et al.* Social support and life satisfaction in spinal cord injury during up to one year after inpatient rehabilitation // *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2010. Vol. 42. No. 3. P. 265–271. DOI:10.2340/16501977-0502
25. World Health Organization. Life skills education for children and adolescents in schools. Introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programs. Geneva. 1997. 53 p.

Проявление симптомов посттравматического стрессового расстройства у мужчин и женщин, проживающих в условиях конфликта на востоке Украины

Рядинская Е.Н.,

кандидат психологических наук, доцент, Академия психологии и педагогики, ФГАОУВО «Южный федеральный университет», Ростов-на-Дону, Россия, tuchalola@mail.ru

В статье приводятся результаты эмпирического исследования проявлений посттравматического стрессового расстройства у населения, проживающего в условиях вооруженного конфликта. Выявлено, что уровень посттравматического расстройства зависит от самочувствия, уровня ресурсности человека и степени депрессии, а также используемого им копинга-поведения в стрессовой ситуации. Установлено, что у жителей из районов интенсивных обстрелов (вторая группа) в большей степени наблюдаются неблагоприятное самочувствие, снижается жизненная активность, ухудшается настроение. Определено, что у населения из районов интенсивных обстрелов, присутствуют депрессивные состояния разного уровня, снижается личностная ресурсность. Выявлено, что в экстремальных условиях жизни при постоянном стрессе респондентами второй группы чаще всего используются непродуктивные стратегии поведения: эмоциональный копинг (чаще у женщин), и копинг, ориентированный на избегание (больше проявляется у мужчин). Доказано, что во второй группе респондентов (из районов интенсивных обстрелов) преобладает средний и повышенный уровень посттравматического расстройства.

Ключевые слова: вооруженный конфликт, районы интенсивных обстрелов, районы малоинтенсивных обстрелов, посттравматическое стрессовое расстройство, копинг-стратегии.

Для цитаты:

Рядинская Е.Н. Проявление симптомов посттравматического стрессового расстройства у мужчин и женщин, проживающих в условиях конфликта на востоке

Украины [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 146–166. doi: 10.17759/psycljn.2018070309

For citation:

Ryadinskaya E.N. Manifestation of Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Men and Women Living in Armed Conflict Conditions in the East of Ukraine [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 146–166. doi: 10.17759/psycljn.2018070309 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Современное состояние общества характеризуется возникновением разного рода конфликтов и террористических угроз в тех регионах, где происходит разрыв между интересами человека и общества. С 2014 года по настоящее время происходит конфликт на юго-востоке Украины, который влечет за собой не только рост политической и социально-экономической напряженности, но и психологическую нестабильность каждого отдельно взятого человека. В общей сложности за период вооруженного конфликта Управление верховного комиссариата по правам человека (УВКПЧ) задокументировало 34847 пострадавших в результате конфликта (10244 убитых, в том числе 137 детей, и 24603 раненых). На сегодняшний день признаков прекращения конфликта не наблюдается, а число жертв среди гражданского населения возросло; в условиях безнаказанности серьезные нарушения прав человека, такие как пытки и произвольные задержания, продолжаются; количество зафиксированных посягательств на конституционные права человека и гарантии, в частности свободу мнения, свободу средств массовой информации и мирных собраний, увеличивается. В докладе Управления верховного комиссариата по правам человека о ситуации с правами человека в Украине за 2018 год сформулирован тезис: чем дольше будет продолжаться конфликт, тем большие усилия потребуются для достижения примирения, ведь только за период с 16 февраля по 15 мая 2018 года была зафиксирована 81 жертва среди гражданского населения (19 погибших и 62 раненых) [11].

Состояния людей, проживающих на территории развертывания вооруженного конфликта, варьируются от психической напряженности до острой стрессовой реакции [1; 2; 3; 4]. Исследования показывают, что стресс представляет собой состояние сильного и длительного психологического напряжения, которое возникает, когда нервная система человека получает нагрузку, превышающую его внутренние ресурсы [5; 8; 20; 21]. Длительные стрессы оказывают влияние не только на физическое здоровье человека (обостряются сердечно-сосудистые, нервные заболевания, заболевания органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и т.д.), но и на психологическое состояние (появляются бессонница, проблемы с аппетитом, различные страхи, тревога, негативные эмоции) [6].

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является одним из видов психической дезадаптации вследствие воздействия на человека разнообразных

психотравмирующих стрессоров высокой степени интенсивности. Как правило, ПТСР развивается после пережитого эмоционально-травмирующего события [13]. Вооруженный конфликт, который длится четыре года, является мощным фактором, дестабилизирующим не только внешнюю сторону жизни (социальное обеспечение, возможность самореализации, гарантии прав и свобод граждан, безопасность жизни и т.д.), но и психическую жизнь, что проявляется в снижении активности людей, ухудшении их самочувствия, в преобладании плохого настроения, в проявлении ПТСР у лиц, проживающих непосредственно в зоне военного конфликта. Безусловно, длительное проживание в зоне обстрелов разной интенсивности формирует у людей нейтральное отношение к происходящему, люди привыкают, приспосабливаются к экстремальным условиям жизни, вырабатывают механизмы и стратегии смягчения травмирующих ситуаций, но тот травматичный опыт, который они пережили, сохраняется в их памяти и может проявляться с течением времени и в мирной жизни. Такое отсроченное напоминание о стрессе может вызывать в организме необратимые физиологические и психические отклонения, приводить к болезням и ухудшению состояния, утрате смысла жизни, вызывать приступы агрессии, тревоги и паники.

Новейших исследований по проблеме проявления симптомов ПТСР, а также стратегий преодоления травмирующего опыта у мирного населения в условиях вооруженного конфликта немного. Малоизученным является гендерный аспект проблемы. За последние годы предприняты попытки изучить выраженность симптомов ПТСР, проявляющихся у женщин и мужчин разного возраста в условиях вооруженных конфликтов. Так, А. Richards с коллегами изучали проявления ПТСР у вынужденных переселенцев Колумбии. Авторы пришли к выводам, что у значительной части респондентов наблюдались явные признаки ПТСР, его симптоматические проявления в виде тревожности и депрессии, однако у женщин они были более выражены, чем у мужчин. Было выявлено, что одинокие женщины и женщины, имеющие высшее образование, имеют более высокие уровни выраженности данных симптомов [23].

Результаты исследования воздействия вооруженного конфликта на психическую жизнь студенческой молодежи в Кашмире (Индия) показали высокую распространенность симптомов ПТСР (49,8%) среди респондентов. Наличие ПТСР было связано как с характером, так и с частотой травматических событий, испытываемых респондентами. Также авторы констатировали, что симптомы ПТСР более были выражены у девушек-студенток, чем у юношей [19].

В контексте нашей проблемы интересным является исследование копинг-стратегий, используемых молодыми матерями из Кабула (Афганистан) для смягчения негативных последствий травмирующих событий. Выявлено, что преобладающей была стратегия поиска психосоциальной поддержки в виде обращения в медицинские учреждения, к духовным целителям и друзьям [24].

К.В. Тушкова, Н.Л. Бундало в своих работах проанализировали различия проявлений ПТСР различной степени тяжести у мужчин и женщин. Авторы

показали, что у мужчины более устойчивы к риску развития расстройства в отдаленном периоде в ответ на воздействие стрессоров, но при развитии расстройства мужчины демонстрируют более тяжелую симптоматику, чем женщины [17].

Таким образом, важным является изучение выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства у мужчин и женщин, проживающих в условиях вооруженного конфликта, а также используемых ими копинг-стратегий с целью смягчения негативных последствий воздействия травматических событий. Результаты могут быть востребованы при разработке программ психологической реабилитации в период постконфликтного восстановления региона.

Цель исследования – анализ выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства у мужчин и женщин, проживающих в условиях вооруженного конфликта. Мы предположили, что у жителей интенсивно обстреливаемых районов будет в целом преобладать более высокий уровень ПТСР, а также в большей степени будут выражены основные его симптомы: неблагоприятное самочувствие, снижение жизненной активности и настроения, депрессивные состояния, причем у женщин это будет проявляться на более высоком уровне, чем у мужчин. Также мы предположили, что степень проявления посттравматического расстройства у жителей региона, пораженного вооруженным конфликтом, зависит от уровня ресурсности и используемого ими копинг-поведения.

Методы и процедура исследования

В исследовании приняли участие 723 человека (из них 58,2 % женского пола) в возрасте от 17 до 75 лет. Для получения достоверного результата выборка исследования была условно распределена на две группы.

Первую группу составили 335 жителей из районов малоинтенсивных обстрелов (РМО), из них: 60 % женского пола, средний возраст женщин – 43,5 года, мужчин – 40 %; 56,7 % респондентов состоят в браке, 43,3 % одиноки. В группу вошли жители г. Донецк (центр, юго-восточная часть города), г. Макеевка, г. Тельманово, г. Енакиево – 46,3% респондентов от общей выборки.

Во вторую группу вошли 388 жителей из районов интенсивных обстрелов (РИО), из них: 57 % женского пола, средний возраст – 42 года, мужчин – 43 %; 54 % респондентов состоят в браке, 46 % одиноки. Респонденты проживали в городах Горловка, Дебальцево, Докучаевск, Иловайск, Ясиноватая – 53,7 % от общей выборки.

Для изучения и анализа проявлений симптомов посттравматического стрессового расстройства у населения, проживающего в условиях вооруженного конфликта, нами использовались следующие **методики**: опросник «Самочувствие, активность и настроение» (САН) В. Доскиной, Н. Лаврентьевой, В. Шарай,

М. Мирошникова; Шкала самооценки депрессии У. Зунга; опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов» (ОППР) Н. Водопьяновой и М. Штейн для изучения индекса ресурсности личности в условиях вооруженного конфликта; Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (гражданский вариант) Т.М. Кеапе. Результаты полученных эмпирических данных были подвергнуты математической обработке с использованием t-критерия Стьюдента, ф-критерия Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты изучения уровня самочувствия, активности и настроения респондентов двух исследуемых групп представлены в таблице 1.

Таблица 1

Средние значения показателей состояния респондентов двух исследуемых групп по методике САН (в баллах)

Показатели	Первая группа (РМО)		Вторая группа (РИО)		t-критерий Стьюдента
	мужчины $X \pm \sigma$	женщины $X \pm \sigma$	мужчины $X \pm \sigma$	женщины $X \pm \sigma$	
Самочувствие	4,93±0,49	4,78±0,52	3,73±0,32	3,61±0,27	$T_{M1-M2}=2,05$; $p=0,041$ $T_{Ж1-Ж2}=2,00$; $p=0,046$
Активность	4,85±0,32	5,12±0,18	4,11±0,57	4,17±0,42	$T_{Ж1-Ж2}=2,08$; $p=0,038$ $T_{M1-M2}=0,45$ $p=0,022$
Настроение	5,63±0,26	5,77±0,22	4,24±0,28	4,53±0,37	$T_{M1-M2}=3,64$; $p=0,000$ $T_{Ж1-Ж2}=2,88$; $p=0,004$

Примечания. M1 – группа мужчин из первой группы, M2 – группа мужчин из второй группы, Ж1 – группа женщин из первой группы, Ж2 – группа женщин из второй группы.

Как видно из таблицы 1, самочувствие респондентов первой группы в основном хорошее, они активны и позитивно настроены, несмотря на экстремальные условия жизни. Так, большинство мужчин и женщин первой группы (60,4 % и 55,2 % соответственно) считают свое самочувствие нормальным, что

позволяет им с оптимизмом смотреть в будущее, стремиться к улучшению качества жизни (рис. 1).

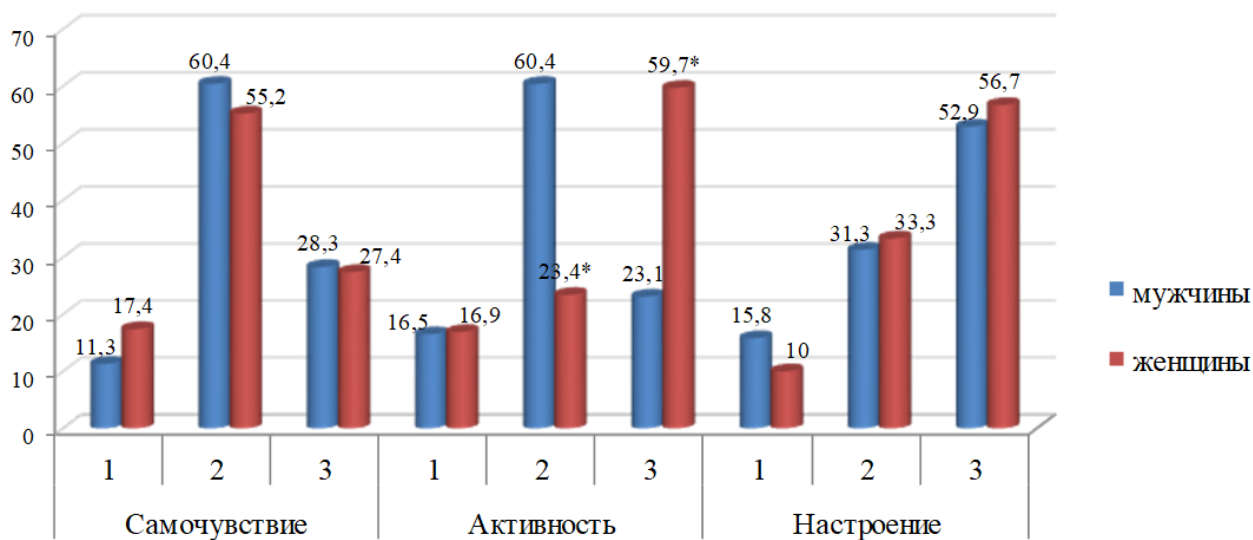


Рис. 1. Выраженность показателей самооценки физического состояния респондентов первой группы (РМО) по методике САН (в %)

Примечание: 1. Неблагоприятное состояние. 2. Нормальное состояние. 3. Благоприятное состояние. * – статистически значимые различия между мужчинами и женщинами при $p < 0,01$.

Как известно, проблемы с самочувствием отражаются на качестве жизни. Самочувствие человека является также отражением его здоровья. Невозможно быть счастливым, активным и продуктивным, если есть какие-либо проблемы со здоровьем, когда присутствуют болевые симптомы различного уровня. Лишь небольшое количество респондентов этой группы (11,3 % мужчин и 17,4 % женщин) указали на свое неблагоприятное состояние, пожаловались на плохое самочувствие и ухудшение здоровья. Более половины мужчин считают себя в меру активными (60,4 %), с благоприятным настроением (52,9 %), что может свидетельствовать об их оптимистичном отношении к жизни и желании улучшить ее качество. В ходе исследования были выявлены также мужчины, которые оценивают свой уровень активности как низкий (16,5 %) и уровень настроения как неблагоприятный (15,8 %).

У большинства женщин первой группы наблюдаются высокие уровни активности (59,7 %) и благоприятного настроения (56,7%).

У 16,9 % женщин обнаружена низкая жизненная активность, а у 10 % – неблагоприятное настроение, что может быть следствием воздействий различных негативных явлений (например, проживание в зоне вооруженного конфликта). В ходе изучения самочувствия респондентов первой группы между мужской и женской выборками с использованием ϕ -критерия Фишера по показателям

«нормальное состояние активности» ($\varphi=6,96$ при $p<0,01$) и «благоприятное состояние активности» ($\varphi=6,66$ при $p<0,01$) выявлены статистически значимые различия: среди мужчин больше респондентов с нормальным уровнем активности, а среди женщин – с высоким уровнем активности.

У респондентов второй группы – жителей интенсивно обстреливаемых районов (РИО) – в основном выявлено неблагоприятное самочувствие (51,6 % мужчин и 53,6 % женщин), средний уровень активности (55,9 % мужчин и 61,3 % женщин) и нейтральное настроение (57,7 % мужчин и 59,5 % женщин) (рис. 2).

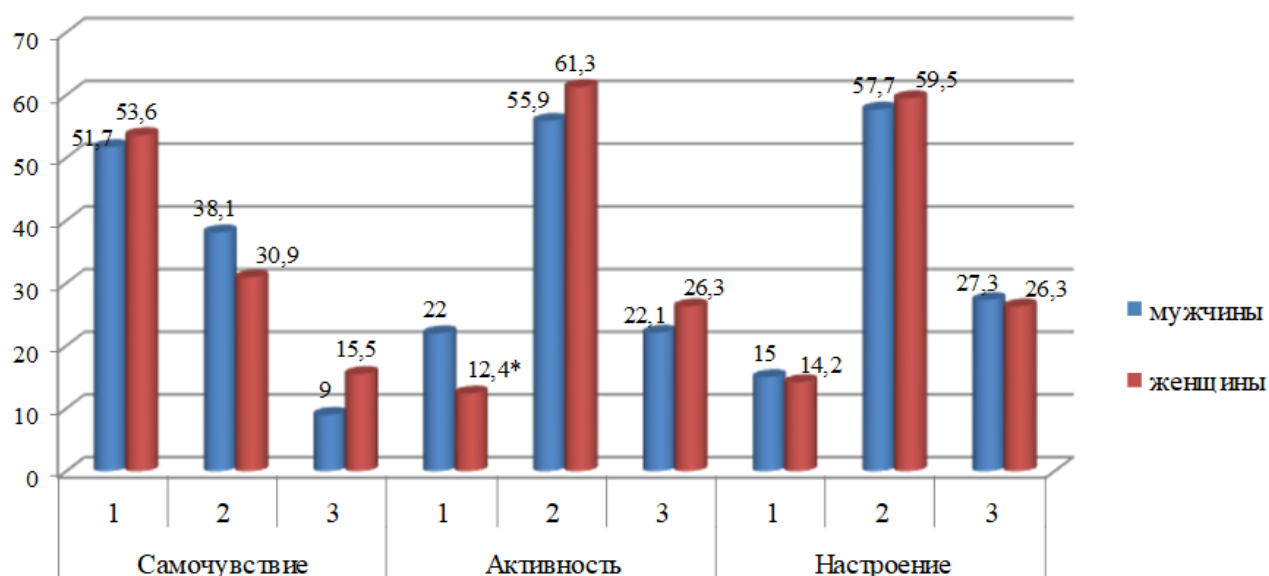


Рис. 2. Выраженность показателей самооценки физического состояния респондентов второй группы (РИО) по методике САН (в %)

Примечание: 1. Неблагоприятное состояние. 2. Нормальное состояние. 3. Благоприятное состояние.
* – статистически значимые различия между мужчинами и женщинами $p<0,05$.

Лишь у небольшого количества респондентов второй группы выявлено благоприятное самочувствие (9 % мужчин и 15,5 % женщин).

Низкий уровень активности в этой группе наблюдается у 22 % мужчин. У женщин активность снижена всего у 12,4 % респондентов ($\varphi=1,067$ при $p<0,05$). Несмотря на снижение общего самочувствия, настроение у респондентов второй группы более или менее нормальное, возможно, за счет личностных ресурсов. Неблагоприятное настроение выявлено лишь у 15 % мужчин и 14,2 % женщин.

Последствия посттравматического расстройства могут проявляться разной степенью депрессивного состояния индивида. Известно, что депрессивные проявления очень разнообразны и охватывают достаточно широкий спектр симптомов. Эмоциональные нарушения при депрессии характеризуются, как

правило, пониженным фоном настроения, апатией, ощущением безысходности, заниженной самооценкой и переживанием чувства вины. При депрессии наблюдается также нарушение мыслительного процесса, ухудшение концентрации внимания, переживание чувства беспомощности, отсутствие стремления к деятельности и планированию будущего [14]. Некоторые авторы отмечают, что депрессия часто сопровождается соматическими симптомами: проблемами с аппетитом и сном, снижением полового влечения, сильными головными болями, различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта, сниженным энергетическим тонусом, повышенной утомляемостью [15].

Для определения уровня депрессии у респондентов двух групп нами была использована шкала У. Зунга (рис. 3).

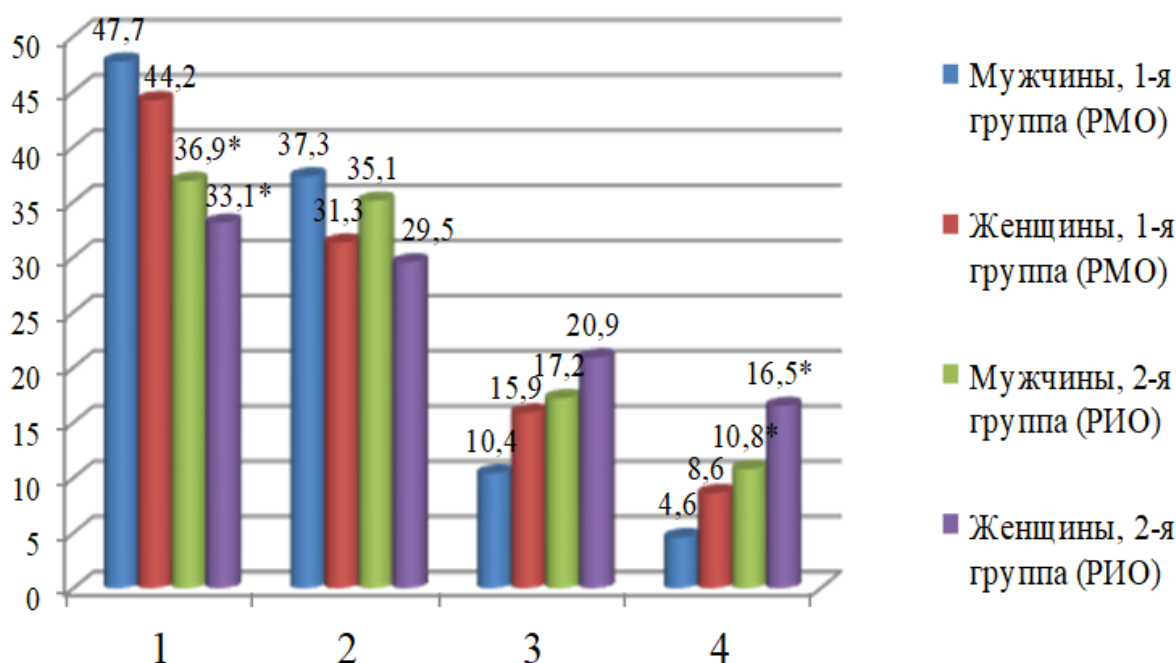


Рис. 3. Выраженность уровня депрессии у респондентов двух групп по шкале У. Зунга (в %)

Примечание: 1. Депрессия отсутствует. 2. Легкая депрессия. 3. Умеренная депрессия. 4. Тяжелая депрессия. * – статистически значимые различия между: мужчинами первой и второй групп по параметру «Депрессия отсутствует» ($\varphi=2,62$ при $p<0,01$); мужчинами первой группы и женщинами второй группы ($\varphi=3,15$ при $p<0,01$); по параметру «тяжелая депрессия»; мужчинами первой группы и женщинами второй группы ($\varphi=3,34$ при $p<0,01$).

Практически у половины респондентов первой группы (РМО) депрессия отсутствует (47,7 % мужчин и 44,2 % женщин), что указывает на их активное стремление планировать свою жизнь, несмотря на экстремальные условия жизнедеятельности, поиск разнообразных возможностей для улучшения ее качества.

Во второй группе депрессивные расстройства не выявлены лишь у трети респондентов (36,9 % мужчин и 33,1 % женщин). На наш взгляд, такие результаты получены вследствие непосредственного проживания исследуемых этой группы в районах интенсивных обстрелов, где наблюдаются определенные трудности в реализации личностных планов, нормальном жизнеобеспечении, сохранении здоровья и гарантии жизни. По данному критерию у мужчин групп РИО и РМО, а также у мужчин первой группы и женщин второй получены статистически значимые различия.

Как показано на рисунке 3, легкая депрессия выявлена у трети респондентов первой и второй групп. В переживании умеренной депрессии между двумя группами различий не обнаружено.

Тяжелая форма депрессии была нами обнаружена у незначительного количества людей из первой исследуемой группы (4,6 % мужчин и 8,6 % женщин). Во второй группе проявление тяжелой депрессии было выявлено у 10,8 % мужчин и 16,5 % женщин, значимые различия по данному параметру выявлены между мужчинами первой группы и женщинами второй группы.

Как известно, депрессивные расстройства респондентов можно охарактеризовать рядом негативных проявлений на разных уровнях: физиологические – боли различного характера, нарушение сна, аппетита, функций кишечника, снижение сексуальной активности; эмоциональные – страдания, подавленность, раздражительность, снижение интереса к окружающему миру, утрата способности переживать какие-либо чувства, снижение самооценки, недовольство собой; когнитивные – негативное мышление, замедленность мышления, трудности в принятии решений, мысли о самоубийстве; поведенческие – избегание контактов, пассивность, отказ от развлечений, злоупотребление алкоголем и различными психоактивными веществами.

Таким образом, у людей, проживающих в районах интенсивных обстрелов (вторая исследуемая группа), уровень депрессии выражен более сильно, чем у жителей из менее обстреливаемой территории (первая группа).

При анализе степени посттравматического расстройства личности важным является выявление уровня ее ресурсности. Ресурсность личности – это достаточно многогранное понятие, которое включает в себя различные аспекты: психологические (характер и навыки человека), социальные (социальные институты, семья, адекватные и гармоничные взаимоотношения с окружающими, система социального обеспечения), физиологические (правильное питание, режим, наследственность, экология жизни), а также энергетические (духовный рост, вера и личностный потенциал) и временные (правильное распределение времени) параметры [10]. Ресурсы личности – это все те жизненные опоры, которые находятся в распоряжении человека и позволяют ему обеспечивать свои основные потребности: выживание; физический комфорт, безопасность; вовлеченность в социум; уважение и самореализацию со стороны социума; стрессоустойчивость.

Нам показалось интересным изучить индексы личностной ресурсности личности в условиях вооруженного конфликта. Для этой цели мы использовали опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов» (ОППР) Н. Водопьяновой и М. Штейн, результаты анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2

Выраженность индекса ресурсности у респондентов двух групп (в %)

Индекс ресурсности	Первая группа (РМО)		Вторая группа (РИО)		φ-критерий Фишера
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	
Низкий	23,1	27,8	38,1	41,3	$M_1-J_2=2,38$, при $p<0,05$
Средний	42,5	42,2	51,7	50,4	-
Высокий	34,4	30	10,2	8,3	$M_1-M_2=4,88$, при $p<0,01$ $M_1-J_2=4,79$, при $p<0,1$ $J_1-J_2=4,20$, при $p<0,01$

Примечание. M1 – группа мужчин из первой группы, M2 – группа мужчин из второй группы, Ж1 – группа женщин из первой группы, Ж2 – группа женщин из второй группы.

Установлено, что в первой группе (РМО) преобладает в основном средний уровень жизненного ресурса (42,5 % мужчин и 42,2 % женщин).

Более трети респондентов этой группы (34,4 % мужчин и 30 % женщин) имеют высокий уровень индекса ресурсности, который характеризуется сбалансированностью жизненных разочарований человека и его достижений, наличием высокого адаптационного потенциала и стрессоустойчивостью.

Низкий уровень жизненных ресурсов выявлен у 23,1 % мужчин и 27,8 % женщин, что свидетельствуют о том, что в данный момент они намного больше теряют ресурсов, чем получают взамен, снижается их адаптационный потенциал, и как следствие возрастает уязвимость к стрессу.

Во второй группе (РИО) преобладают респонденты со средним уровнем ресурсности (51,7 % мужчин и 50,4 % женщин), более трети – люди с низким уровнем (38,1 % мужчин и 41,3 % женщин), также уменьшилось число респондентов с высоким индексом (10,2 % мужчин и 8,3 % женщин) в сравнении с первой группой. В процессе исследования ресурсности респондентов установлены статистически значимые различия по параметру «низкий индекс ресурсности» у мужчин первой и женщин второй групп ($\phi=2,38$ при $p<0,05$), что показывает, что женщины из

опасных районов имеют более низкий ресурсный потенциал, чем мужчины из более спокойной зоны конфликта. И соответственно, мужчины из первой группы имеют более высокий индекс ресурсности, чем женщины из второй группы ($\varphi=4,79$ при $<0,1$).

Мы уже отмечали, что ресурсы человека являются важными для его гармоничного развития и здоровья. Чем выше внутренний потенциал личности (характер, навыки, психика, здоровье), тем она легче и быстрее справляется с проблемными и стрессовыми ситуациями. Известно, что оценка происходящего играет важную роль в процессе развития человека, от нее зависит интенсивность и характер эмоций, которые испытывает человек, встречаясь с проблемами [9].

Когнитивная оценка стрессовой ситуации, по мнению С. Фолькман и Р. Лазаруса, является важным фактором в процессе преодоления. Авторы также подчеркивают, что любое преодолевающее поведение начинается с оценки среды, которая оценивается как значимая для жизни и хорошего самочувствия, как вредная, выгодная, угрожающая или изменчивая. Безусловно, характер такой оценки влияет на копинг, который в свою очередь может изменять взаимоотношения человека и среды. Копинг зависит от когнитивной оценки своего состояния или произошедшего события, которая включается в эмоциональную оценку и предопределяет качество эмоций [22].

В контексте рассмотрения копинг-поведения человека в стрессовой ситуации для нас представляет особый интерес оценка человеком стрессового события в условиях неопределенности, поскольку в настоящее время вооруженный конфликт на Донбассе носит затяжной и неопределенный характер. В.А. Бодров, например, отмечает, что неопределенность ситуации ведет к ощущению беспомощности и к возрастанию стрессовых реакций, а в условиях повышенной неопределенности может быть затруднена и функция прогноза – способность предсказать динамику и сценарий ситуации. С ростом неопределенности ситуации уменьшается степень прогнозируемости события и, как следствие, становится невозможным применение копинг-стратегий, связанных с планированием своих действий по преодолению стрессового события [7].

Для выяснения особенностей копинг-стратегий респондентов двух исследуемых групп использовалась методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (С. Нормана и др.; адаптация Т.А. Крюковой). Результаты преобладающего копинг-поведения людей, проживающих в условиях вооруженного конфликта, представлены на рисунке 4. Как видно на рисунке, основной стратегией совладания со стрессом у мужчин первой группы (РМО) является копинг, ориентированный на избегание (42,5 %). Люди, нацеленные на избегание стресса, стараются различными способами уйти от проблем, стремятся отвлечься от них и не думать. К стратегии избегания относятся также две субшкалы методики: отвлечение и социальное отвлечение. Стратегия отвлечения проявляется у людей в хождении по магазинам, стремлении купить вещи; они стараются больше спать, смотрят развлекательные программы и комедийные фильмы, слушают приятную

музыку, отправляются на прогулку в лес, к морю; занимаются различными бытовыми делами, чтобы отвлечься от существующих проблем. Практически половина респондентов первой группы (43,2 % мужчин и 38,8 % женщин) и значительная часть второй группы (51,7 % мужчин и 44,1 %) отмечала, что часто прибегают к этой стратегии.

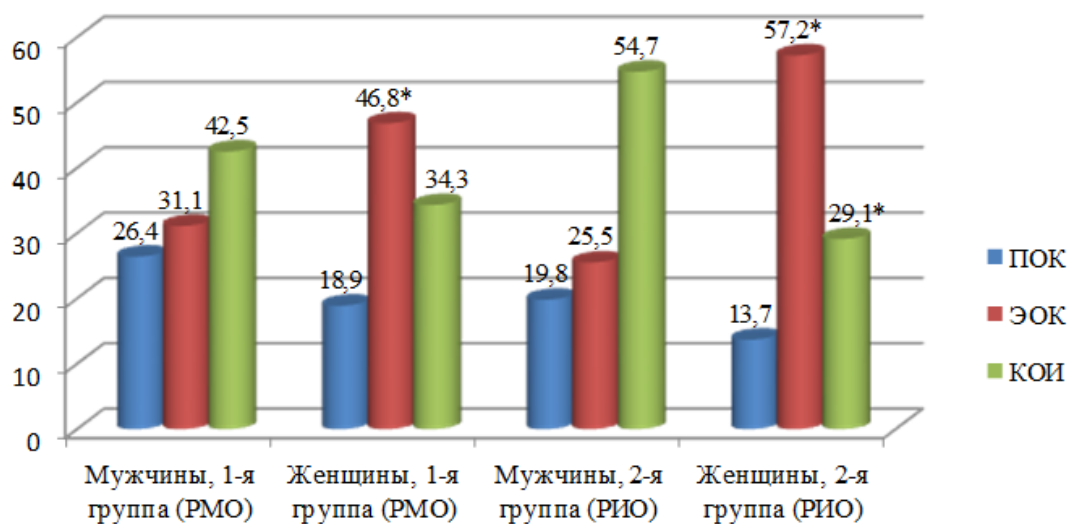


Рис. 4. Выраженность копинг-стратегий в стрессовых ситуациях у мужчин и женщин из групп РМО и РМО (в %)

Примечание: ПОК – проблемно-ориентированный копинг; ЭОК – эмоционально-ориентированный копинг; КОИ – копинг, ориентированный на избегание. * – статистически значимые различия по параметру ЭОК у мужчин и женщин первой группы ($\varphi=1,47$ при $p<0,05$) и у мужчин и женщин второй группы ($\varphi=3,65$ при $p<0,01$); по параметру КОИ – у мужчин и женщин второй группы ($\varphi=3,25$ при $p<0,01$).

Стратегия социального отвлечения характеризуется желанием людей при возникновении какой-либо проблемы тесно контактировать с обществом, проводить больше времени с близкими, родными, друзьями, обсуждая с ними различные вопросы. По свидетельству респондентов исследуемых групп, особенно в начале вооруженного конфликта на Донбассе, когда интенсивным обстрелам подверглась значительная часть территории Донецкой области, была разрушена социально-экономическая сфера, жители старались больше общаться. Многие отмечали, что собирались с соседями по дому, вместе готовили еду, делились самым необходимым, обсуждали различные жизненные проблемы, спасаясь таким образом от стресса. Данная стратегия прослеживается у значительного количества исследуемых лиц первой (44 % мужчин и 34,3 % женщин) и второй (45,2 % мужчин и 35,4 % женщин) групп.

Как известно, в условиях стресса сложно осуществлять рациональный анализ ситуации, и не всегда это зависит от волевых усилий человека и его эмоциональных переживаний. Так, у трети мужчин группы РМО (31,1 %) выявлена эмоциональная реакция на стресс, которая характеризуется, прежде всего, нерешительностью

людей, возможными самообвинениями за то, что оказались в подобной ситуации, чувством безвыходности ситуации. Более четверти мужчин (26,4 %) ориентированы на разрешение проблемной ситуации, в которой они оказались. Такие люди, как правило, разбирают ситуацию, анализируют ее, расставляют приоритеты и ищут способы для минимизирования негативных последствий.

У женщин первой группы в большей степени проявился копинг, ориентированный на эмоции (46,8 %). Женщины, как показывают исследования некоторых авторов, более эмоционально, чем мужчины, реагируют на стресс, проживая его «сердцем», острее чувствуя негативные события, испытывая нервное напряжение и раздражение [12; 16]. Так, лишь у 18,9 % респондентов-женщин первой группы выявлена стратегия поведения в стрессе, направленная на ее рациональное разрешение. Более трети женщин (34,3%) стремятся уйти от негативной ситуации.

Следует отметить, что статистически значимых различий в выборе стилей совладающего поведения в зависимости от пола в первой группе выявлено не было, кроме копинг-стратегии, ориентированной на эмоции, что говорит о том, что женщины этой группы в большей степени ориентированы на эмоции, чем мужчины (по $\varphi=1,47$ при $p<0,05$).

Во второй исследуемой группе (РИО) у большинства мужчин также наиболее выражена копинг-стратегия, ориентированная на избегание (54,7 %), а у женщин превалирует эмоционально-ориентированный копинг (57,2 %), о чем свидетельствуют выявленные статистически значимые различия (по параметру ЭОК – $\varphi=3,65$ при $p<0,01$; по параметру КОИ – $\varphi=3,25$ при $p<0,01$). Увеличение количества людей с непродуктивными стратегиями реагирования на стресс во второй группе может говорить о том, что в зоне интенсивных обстрелов снижается рациональное осмысление сложившейся ситуации, обостряется чувство страха не только за собственную жизнь, а и за жизнь близких, усиливается раздражение и нервозность, наступает ощущение безысходности и невозможности хоть что-то изменить.

Во второй группе людей с проблемно-ориентированным копингом (19,8 % мужчин и 13,7 % женщин) немного меньше, чем в первой (26,4 % мужчин и 18,9 % женщин), статистически значимые различия не выявлены.

Таким образом, копинг-стратегии населения, проживающего в условиях вооруженного конфликта, в основном связаны с избеганием у мужчин и эмоциональными реакциями на экстремальную ситуацию у женщин, причем у жителей из интенсивных районов обстрелов эти стратегии выражены сильнее.

Проанализировав результаты наличия и степени выраженности посттравматического расстройства у мужчин и женщин в исследуемых группах при помощи Миссисипской шкалы для оценки посттравматических реакций, было установлено, что у людей из районов интенсивных обстрелов проявления посттравматического стрессового расстройства (и у мужчин, и у женщин) выражены

в большей степени, чем у проживающих в более спокойных населенных пунктах (рис. 5).

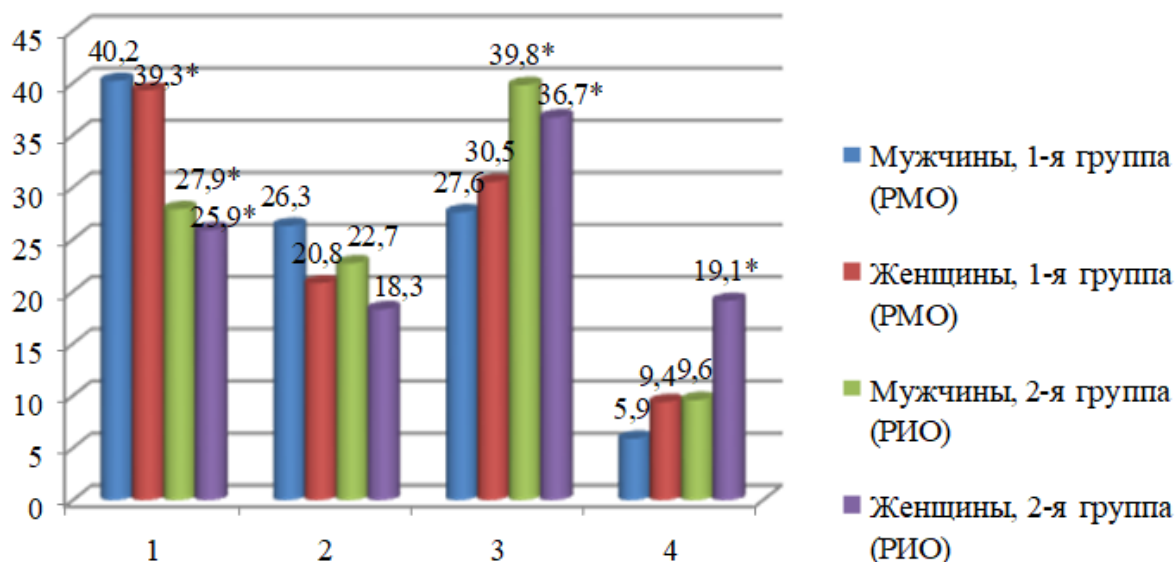


Рис. 5. Выраженность уровня посттравматического стрессового расстройства у мужчин и женщин первой (РМО) и второй (РИО) групп

Примечание: 1. Низкий уровень ПТСР; 2. Пониженный уровень ПТСР; 3. Средний уровень ПТСР; 4. Повышенный уровень ПТСР. * – статистически значимые различия по показателям: низкого уровня ПТСР у мужчин первой и второй групп ($\varphi=2,38$ при $p<0,01$), у мужчин первой и женщин второй групп ($\varphi=3,03$ при $p<0,01$), у женщин первой и второй групп ($\varphi=3,04$ при $p<0,01$); среднего уровня ПТСР у мужчин первой и второй групп ($\varphi=2,39$ при $p<0,01$), у мужчин первой и женщин второй групп ($\varphi=1,95$ при $p<0,05$); повышенного уровня ПТСР у мужчин первой и женщин второй групп ($\varphi=3,74$ при $p<0,01$), у мужчин и женщин второй группы ($\varphi=2,70$ при $p<0,01$), у женщин первой и второй групп ($\varphi=2,86$ при $p<0,01$).

У 40,2 % мужчин и 39,3 % женщин первой группы (РМО) выявлен низкий уровень ПТСР. Несмотря на проживание в зоне вооруженного конфликта, люди адаптировались к условиям жизни и позитивно настроены на будущее. 26,3 % мужчин и 20,8 % женщин этой группы имеют пониженный уровень посттравматического расстройства, который характеризуется менее адекватным реагированием, легкой формой беспокойства, незначительным изменением физического состояния. Треть респондентов (27,6 % мужчин, 30,5 % женщин) показали результаты среднего уровня ПТСР, что свидетельствует о некоторых признаках депрессивных состояний, нарушении сна, тревожности, об излишнем беспокойстве, сужении круга общения. У 5,9 % мужчин и 9,4 % женщин выявлен повышенный уровень ПТСР.

Результаты второй группы (РИО) имеют характерные признаки ПТСР в большей степени, чем в первой группе. Практически у трети респондентов (27,9 % мужчин и 25,9 % женщин) выявлен низкий уровень посттравматического расстройства. Пониженный уровень ПТСР наблюдается у 22,7 % мужчин и 18,3 %

женщин (значимых различий не выявлено). Средний уровень превалирует у 39,8 % мужчин и 36,7 % женщин. Повышенный уровень ПТСР в большей степени выявлен у женщин второй группы (19,1 %), чем у мужчин той же группы (9,6 %).

Установлено, что у мужчин первой группы в большей степени проявляется низкий уровень ПТСР, чем у женщин второй группы. Среди мужчин первой группы больше респондентов со средним уровнем ПТСР, чем женщин из второй группы. По параметру «Повышенный уровень ПТСР» статистически значимые результаты были получены у мужчин первой и женщин второй групп, а также у мужчин и женщин второй группы, что говорит о том, что у женщин, непосредственно проживающих в зоне конфликта, в большей степени выражено ПТСР, чем у мужчин.

Следует отметить, что высокий уровень ПТСР (различного рода пограничные расстройства) в двух исследуемых группах выявлен не был.

Выводы

Таким образом, анализ выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства у мужчин и женщин, проживающих в условиях вооруженного конфликта, показал, что у жителей из интенсивно обстреливаемых районов в целом преобладает более высокий уровень ПТСР, чем у населения из менее опасных районов. Выявлено, что у респондентов, непосредственно проживающих в зоне обстрелов, в большей степени выражены основные симптомы ПТСР: неблагоприятное самочувствие, низкая или умеренная жизненная активность, сниженный фон настроения, депрессивные состояния. Вышеописанные результаты подтвердили наше предположение о том, что у женщин (особенно проживающих в зоне интенсивных обстрелов) исследуемые параметры проявляются на более высоком уровне, чем у мужчин. Все эти факторы, на наш взгляд, свидетельствуют о непосредственном воздействии вооруженного конфликта на трансформацию физического и психологического состояния людей, непосредственно проживающих в зоне его прохождения, и требуют тщательного рассмотрения и выработки комплекса эффективных мер по устранению негативных симптомов и реакций на военные действия у гражданского населения в постконфликтный период.

Перспективами дальнейшего изучения проблемы является разработка программ психологической реабилитации населения в период постконфликтного восстановления региона.

Финансирование

Исследование выполнено в рамках реализации Задания №25.7450.2017/БЧ «Разработка технологий инициации смыслообразования как компонента современных коммуникативных систем с целью обеспечения информационной безопасности сети Интернет» (№ ВнГр-07/2017-01).

Рядинская Е.Н. Проявление симптомов посттравматического стрессового расстройства у мужчин и женщин, проживающих в условиях конфликта на востоке Украины
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 3. С. 146–166.

Ryadinskaya E.N. Manifestation of Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Men and Women Living in Armed Conflict Conditions in the East of Ukraine
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 3, pp. 146–166.

Литература

1. *Абакумова И.В., Рядинская Е.Н.* Особенности постконфликтного восстановления: отечественный и зарубежный опыт // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. 2016. Т. 38. № 4. С. 208–214.
2. *Азарков В.А.* Базовые принципы психотерапии последствий психической травмы. Нарушение регуляции возбуждения // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. 2010. № 1. С. 11–16.
3. *Александровский Ю.А., Лобастов О.С.* Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991. 96 с.
4. *Андрющенко А.В.* Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. Т. 2. №4. С. 104–109.
5. *Анисимов В.И.* Психическая травма при катастрофах как фактор комбинированных поражений // Военно-медицинский журнал. 1999. № 7. С. 26–29.
6. *Анциферова Л.И.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 1. С. 34–38.
7. *Бодров В.А.* Когнитивные процессы и психологический стресс // Психологический журнал. 1996. Т. 17. №4. С. 64–74.
8. *Данильченко С.А.* Отношение к смерти и бессмертию на войне: монография. Владивосток: ТВМИ им. С.О. Макарова, 2007. 113 с.
9. *Дементий Л.И.* К проблеме диагностики социального контекста и стратегий копинг-поведения // Журнал прикладной психологии. 2004. № 3. С. 20–25.
10. *Дмитриева Н.В., Гилева К.В., Друмова М.В., Копылов А.А.* Психолого-психиатрические аспекты психотерапевтической коррекции посттравматических стрессовых расстройств: методические рекомендации. Новосибирск. 2002. 52 с.
11. Доклад о ситуации с правами человека в Украине (16 февраля–15 мая 2018 года) // URL: <https://www.ohchr.org/RU/Countries/ENACARegion/Pages/uareports.aspx> (дата обращения: 12.07.2018).
12. *Зеленов М.В., Лазебная Е.О., Тарабрина Н.В.* Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны в Афганистане // Психологический журнал. 1997. Т. 18. № 2. С. 34–47.
13. *Кузнецов П.С.* Адаптация как функция развития личности / под ред. Р.Х. Тугушева. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1991. 73 с.

Рядинская Е.Н. Проявление симптомов посттравматического стрессового расстройства у мужчин и женщин, проживающих в условиях конфликта на востоке Украины
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 3. С. 146–166.

Ryadinskaya E.N. Manifestation of Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Men and Women Living in Armed Conflict Conditions in the East of Ukraine
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 3, pp. 146–166.

14. Лазебная Е.О. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий // Психологический журнал. 1999. № 5. С. 62–74.

15. Левитов Н.Д. Психическое состояние беспокойства и тревоги // Вопросы психологии. 1969. № 1. С. 131–138.

16. Рунперт Ф. Психологическая травма // Вопросы медицины и экологии. 2012. Т. 18. № 4. С. 81–92.

17. Тушкова К.В., Бундало Н.Л. Особенности проявлений посттравматического стрессового расстройства различной степени тяжести у мужчин и женщин // Сибирское медицинское обозрение. 2011. Т. 68. № 2. С. 80–84.

18. Уомерсли Г., Клотцер Л. Культурно-исторический подход как инструмент исследования травмы среди беженцев в Европе // Культурно-историческая психология. 2018. Т.14. № 1. С. 87–97. doi: 10.17759/chp.2018140110

19. Bhat R.M, Wani N.A, Chakrawarty S. Conflict Exposure and PTSD Implications among Young Adult Students in Kashmir: A Short Commentary [Электронный ресурс] // Trauma Acute Care: Electronic scientific journal. 2017. № 2. P. 40. URL: <http://trauma-acute-care.imedpub.com/conflict-exposure-and-ptsd-implications-among-young-adult-students-in-kashmir-a-short-commentary.php?aid=18941> (дата обращения 25.09.2018).

20. Dohrenwend B.P., Link B.G., Kern R., Shrout P.E. et al. Measuring life events: The problem of variability with inevent categories. Specialissue: II-IV. Advances in measuring life stress // Stress Med. 1990. Vol. 6. № 3. P. 179–187.

21. Grinker R.R., Robbins F.P. Psychosomatic Case Book. N.Y., 1954. 112p.

22. Lazarus R.S., Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. European Journal of Personality. 1987. Vol. 1. P. 141-170.

23. Richards A., Ospina-Duque J., Barrera-Valencia M., et al. Posttraumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms, and psychosocial treatment needs in Colombians internally displaced by armed conflict: A mixed-method evaluation // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy. 2011. Vol. 4. № 3. P. 384–393.

24. Seino K., Takano T., Mashal T., Hemat S., Nakamura K. Prevalence of and factors influencing posttraumatic stress disorder among mothers of children under five in Kabul, Afghanistan, after decades of armed conflicts // Health and Quality of Life Outcomes. 2008. Vol. 29. № 6. P. 29. doi.org/10.1186/1477-7525-6-29.

Manifestation of Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Men and Women Living in Armed Conflict Conditions in the East of Ukraine

Ryadinskaya E.N.,

PhD. in Psychology, Associate Professor, Academy of Psychology and Pedagogy, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Southern Federal University", Donetsk People's Republic, muchalola@mail.ru

The article presents the results of an empirical study of the manifestations of posttraumatic stress disorder in a civilians living in the conditions of an armed conflict. It is revealed that the level of posttraumatic disorder depends on the state of health, the level of human resourcefulness and the degree of depression, as well as the coping behavior that is used in a stressful situation. It has been established that the residents from the areas of intensive shelling (the second group) are more likely to experience poor health, lower vital activity, and worsening of the mood. It is determined that the civilians from the areas of intense shelling characterized by depressive states of different levels, and their personal resourcefulness is decreasing. It was revealed that in the extreme conditions of life under constant stress the respondents of the second group most often use unproductive behavior strategies: emotional coping (more often in women), and avoidance-oriented coping (more evident in men). It is proved that in the second group of respondents (from the areas of intensive shelling) the average and elevated level of posttraumatic disorder prevails.

Keywords: armed conflict, areas of intensive shelling, areas of low-intensity shelling, post-traumatic stress disorder, coping strategies.

Funding

The research was carried out within the framework of the implementation of Task No. 25.7450.2017 / BCH "Development of technologies for the initiation of sense formation as a component of modern communication systems for the purpose of ensuring information security of the Internet" (No. VnGr-07 / 2017-01).

References

1. Abakumova I.V., Ryadinskaya Ye.N. Osobennosti postkonfliktnogo vosstanovleniya: otyechestvennyi i zarubyeznyi opyt [Specific feature of post-conflict reconstruction: domestic and foreign experience], *Vestnik Krasnoyarskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universityeta im. V.P. Astafyeva* [Bulletin of V.P. Astafyev Krasnoyarsk State Pedagogical University]. 2016, no. 4 (38), pp. 208–214 (In Russ.).
2. Agarkov V.A. Bazovye printsipy psikhoterapiyi posledstviy psikhicheskoy travmy. Narusheniye regulyatsii vzbuzhdyeniya [Basic principles of psychotherapy of the consequences of mental trauma. Violation of the regulation of excitation]. *Voprosy psikhologii ekstremal'nykh situatsiy* [Problems of psychology of extreme situations], 2010, no. 1, pp. 11–16 (In Russ.).
3. Aleksandrovsky Yu. A., Lobastov O.S. Psykhogenii v ekstremal'nykh usloviyakh [Psychogeniuses in extreme conditions]. Moscow: *Meditcina* [Medicine], 1991, 96 p. (In Russ.).
4. Andryushchenko A.V. Posttravmaticheskoye stressovoye rasstroystvo pri situatsiyakh utraty obyekta ekstraordinarnoy znachimosti [Post-traumatic stress disorder in situations of loss of an object of extraordinary significance]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and psychopharmacotherapy], 2000, vol. 2, no. 4, pp. 104–109 (In Russ.).
5. Anisimov V.I. Psikhicheskaya travma pri katastrofakh kak factor kombinirovannykh porazheniy [Mental trauma in catastrophes as a factor of combined lesions]. *Voyenno-meditsinski yzhurnal* [Military Medical Journal], 1999, no. 7. P. 26–29. (In Russ.).
6. Antsiferova L.I. Lichnost' v trudnykh zhiznennykh usloviyakh: pereosmyslivaniye, preobrazovaniye situatsiy i psikhologicheskaya zashchita [Personality under difficult life conditions: reinterpretation, transformation of situations and psychological protection], *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal], 1994, vol. 15, no. 1, pp. 34–38 (In Russ.).
7. Bodrov V.A. Kognitivnye protsessy i psikhologicheskii stress [Cognitive processes and psychological stress]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal], 1996, vol. 17, no. 4, pp. 64–74 (In Russ.).
8. Danil'chenko S.A. Otnosheniye k smerti i bessmertiyunavoynye: monografiya [Attitude towards death and immortality in war: monograph]. Vladivostok: *Tikhookeanskiy voyenno-morskoy institute imeni S.O. Makarova* [S.O. Makarov Pacific Ocean Navy Institute], 2007, 113 p. (In Russ.).
9. Dyementiy L.I. K probleme diagnostiki sotsial'nogo kontyektsta i strategiy koping-povedyeniya [On the problem of diagnosing the social context and coping behavior strategies]. *Zhurnal prikladnoy psikhologii* [Journal of Applied Psychology], 2004, no. 3, pp. 20–25 (In Russ.).

Рядинская Е.Н. Проявление симптомов
посттравматического стрессового расстройства
у мужчин и женщин, проживающих в условиях
конфликта на востоке Украины
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 3. С. 146–166.

Ryadinskaya E.N. Manifestation of Symptoms of
Post-Traumatic Stress Disorder in Men and Women
Living in Armed Conflict Conditions in the East
of Ukraine
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 3, pp. 146–166.

10. Dmitriyeva N.V., Gilyeva K.V., Drumova M.V., Kopylov A.A. Psikhologo-psikhiatricheskiye aspekty psikhoterapevticheskoy korrektsii posttravmaticheskikh stressovykh rasstroystv: metodicheskiye rekomendatsii [Psychological and psychiatric aspects of psychotherapeutic correction of post-traumatic stress disorders: recommendations on the methods applied]. Novosibirsk, 2002, pp. 5–30 (In Russ.).

11. Doklad o situatsii s pravamicheloveka v Ukrainye (16 fevralya - 15 maya 2018 goda) [Report on the Situation of Human Rights in Ukraine (16 February - 15 May 2018)]. URL:<https://www.ohchr.org/RU/Countries/ENACARegion/Pages/uareports.aspx> (In Russ.). (Accessed: 12.07.2018).

12. Zelenov M.V., Lazebnaya Ye.O., Tarabrina N.V. Psikhologicheskiye osobennosti posttravmaticheskikh stressovykh sostoyaniy u uchastnikov voyny v Afganistanye [Psychological features of post-traumatic stress disorders in Afghanistan war veterans]. *Psikhologicheskiy zhurnal* [Psychological Journal], 1997, vol. 18, no. 2, pp. 34–47. (In Russ.).

13. Kuznetsov P.S. Adaptatsiya kak funktsiya razvitiya lichnosti [Adaptation as a function of personal development]. In: R.Kh. Tugusheva (ed.). Saratov: publ. of Saratov University, 1991. 73 p. (In Russ.).

14. Lazebnaya Ye.O. Voyenno-travmaticheskiy stress: osobennosti posttravmaticheskoy adaptatsii uchastnikov boyevykh deystviy [Military-traumatic stress: characteristics of posttraumatic adaptation of combatants], *Psikhologicheskiy zhurnal* [Psychological Journal], 1999, no. 5, pp. 62–74. (In Russ.).

15. Levitov N.D. Psikhicheskiye sostoyaniya bespokoistva, trevogi [Mental conditions of anxiety, fright] // *Voprosy psikhologii* [Problems of Psychology], 1969, no. 1, pp. 131–138. (In Russ.).

16. Ruppert F. Psikhologicheskaya travma [Psychological trauma] // *Voprosymeditsiny i ekologii* [Problems of Medicine and Ecology], 2012, Vol. 18, no. 4, pp. 81–92 (In Russ.).

17. Tushkova K.V., Bundalo N.L. Osobennosti proyavleniy posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva razlichnoy styepeni tyazhesti u muzhchin i zhenshchin [Features of posttraumatic stress disorder manifestations of different severity in men and women] // *Sibirskoye meditsinskoye obozreniye* [Siberian Medical Review], 2011, vol. 68, no. 2, pp. 80–84. (In Russ.).

18. Warmersly G., Klotzer L. Kul'turno-istoricheskiy podkhod kak instrument isslyedovaniya travmy sredi bezhentsev v Yevropye [Cultural-historical approach as a tool for studying the trauma among refugees in Europe] // *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-historical psychology], 2018, Vol. 14, no. 1, pp. 87-97. doi: 10.17759/chp.2018140110 (In Russ.).

19. Bhat R.M, Wani N.A, Chakrawarty S. Conflict Exposure and PTSD Implications among Young Adult Students in Kashmir: A Short Commentary // Trauma Acute Care: Electronic scientific journal. 2017. № 2. P. 40. URL: <http://trauma-acute->

Рядинская Е.Н. Проявление симптомов
посттравматического стрессового расстройства
у мужчин и женщин, проживающих в условиях
конфликта на востоке Украины
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 3. С. 146–166.

Ryadinskaya E.N. Manifestation of Symptoms of
Post-Traumatic Stress Disorder in Men and Women
Living in Armed Conflict Conditions in the East
of Ukraine
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 3, pp. 146–166.

care.imedpub.com/conflict-exposure-and-ptsd-implications-among-young-adult-students-in-kashmir-a-short-commentary.php?aid=18941 (Accessed: 25.09.2018)

20. Dohrenwend B.P., Link B.G., Kern R., Shrout P.E., et al. Measuring life events: The problem of variability within even categories. Special issue: II-IV. Advances in measuring life stress. *Stress Med*, 1990, vol. 6, no. 3, pp. 179–187.

21. Grinker R.R., Robbins F.P. *Psychosomatic Case Book*. N.Y., 1954, p. 112.

22. Lazarus R.S., Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1987, vol. 1, pp. 141–170.

23. Richards A., Ospina-Duque J., Barrera-Valencia M., Escobar-Rincón J., Ardila-Gutiérrez M., Metzler T., Marmar C. Posttraumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms, and psychosocial treatment needs in Colombians internally displaced by armed conflict: A mixed-method evaluation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 2011, vol. 4, no. 3, pp. 384–393.

24. Seino K., Takano T., Mashal T., Hemat S., Nakamura K. Prevalence of and factors influencing posttraumatic stress disorder among mothers of children under five in Kabul, Afghanistan, after decades of armed conflicts. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2008, vol. 29, no. 6. doi.org/10.1186/1477-7525-6-29.

Видеомоделирование от первого лица как способ обучения имитации детей с аутизмом

Новгородцева А.П.,

кандидат психологических наук, профессор кафедры дифференциальной психологии и психофизиологии, факультет клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, irsana@list.ru

Яковлева Н.В.,

магистр, факультет клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, morrrgotik@gmail.com

В статье обсуждается проблема базовых нарушений при расстройстве аутистического спектра: дефицит «модели психического» как способности к репрезентации отношений Я–Другой или нарушение способности к имитации как умения перевести перспективу действий «другого» в перспективу собственных действий. Высказана гипотеза, что метод видеонаблюдения от первого лица (где виден инструктор и руки ученика) будет более эффективным в обучении имитации детей с расстройствами аутистического спектра, чем метод видеонаблюдения от третьего лица (где виден инструктор и «ученик»). В исследовании приняли участие 28 детей, посещающих занятия с психологами и дефектологами в специализированном центре (возраст от 4 лет 10 месяцев до 7 лет 4 месяцев; 24 ребенка имели диагноз «расстройство аутистического спектра», 4 – «атипичный аутизм»). На первом этапе оценивался уровень навыков моторной имитации (тест ABLLS-R) – три раза с интервалом в одну неделю. На втором этапе три группы по 9 человек в каждой были уравнены по уровню развития имитации. Одна группа обучалась «от третьего лица», вторая – «от первого лица», третья – контрольная группа – обучалась по стандартной программе. Все обучались одинаковое время. Для каждого испытуемого проводилось четыре занятия (по два раза в неделю). На третьем этапе трехкратно с интервалом в неделю измерялся уровень моторных навыков. При обработке учитывались показатели средних значений, медианы, моды и стандартного отклонения. Результаты исследования показали значимую эффективность обучения «от первого лица» относительно контрольной группы и обучения «от третьего лица». Средние значения при обучении от «третьего лица» и обучении от «первого лица» значимо отличались.

Ключевые слова: аутизм, модель психического, имитация, видеомоделирование, обучение детей с аутизмом.

Для цитаты:

Новгородцева А.П., Яковлева Н.В. Видеомоделирование от первого лица как способ обучения имитации детей с аутизмом [Электронный ресурс]. // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 167–176. doi: 10.17759/psycljn.2018070310

For citation:

Novgorodtseva A.P., Yakovleva N.V. First-Person Video Modeling as a Way of Teaching Imitation of Children with Autism [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 167–176. doi: 10.17759/psycljn.2018070310 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Феномен имитации как способность воспроизводить действия другого человека стал рассматриваться в психологии в конце XIX века. Первые исследователи (Г. Тард, В. Мак-Дугалл) понимали имитацию как инстинктивную тенденцию, имеющую значение для социального взаимодействия. Позже появилось представление о том, что подражание может быть рассмотрено как частный случай условно-рефлекторного научения (Д. Уотсон, Э. Торндайк). В психоанализе имитация понималась как врожденная тенденция к идентификации. Ж. Пиаже выделял в развитии детской имитации шесть стадий, соответствующих стадиям сенсомоторного интеллекта. В работах отечественных психологов выделены наиболее существенные характеристики и особенности имитации нейротипичных детей, в том числе указывается на значение психологического единства ребенка и взрослого [4].

Существует несколько подходов к классификации расстройств аутистического спектра (РАС). В соответствии с МКБ-10 в РАС входят: детский аутизм (F 84.0), атипичный аутизм (F 84.1), синдром Ретта (F 84.2), дезинтегративное расстройство детского возраста (F 84.3), гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F 84.4), синдром Аспергера (F 84.5) [2].

И в МКБ-10, и в DSM-IV выделяются три сферы оценки симптомов РАС: отклонения в социальных взаимодействиях, нарушения коммуникативной функции речи, имитации, а также ограниченный и стереотипный комплекс интересов и действий.

Группа людей с аутизмом гетерогенна как по этиологии, так и по клинической картине. Возможно, именно из-за разнообразной и сложной клинической картины не было пока обнаружено общего механизма, лежащего в основе расстройства. Дети с аутизмом обычно имеют трудности в понимании психических состояний других людей, на основании чего ряд исследователей полагает, что именно *дефицит модели психического* является первичным дефектом при аутизме. Представление о модели психического как частном феномене в рамках когнитивной психологии обусловлено тем, что имеющиеся теории и подходы не могли объяснить понимание социальных

взаимодействий и понимания психических феноменов «своего» и «другого» ни в рамках информационного подхода, ни в рамках структурного исследования интеллекта [6].

Предположение, что именно дефицит модели психического является первичным дефектом при аутизме, встречает множество возражений. Многие исследователи указывают на то, что не все нейротипичные дети до четырех лет демонстрируют способности понимания модели психического «других», а симптомы аутизма появляются раньше этого возраста. Аутизм часто сопровождается другими социальными и не социальными проблемами, которые не объясняются только первичностью дефицита модели психического.

Некоторые авторы полагают, что нарушение имитации связано с нарушением базовой способности соотносить действия других с собственным подражательным действием. Чтобы правильно понять, что знает другой человек, нужно, по сути, «скопировать» это знание в свое сознание, создавая вторичную репрезентацию первичной картины мира другого. При имитации нужно «перевернуть» план действия в перспективе другого в свою перспективу [5].

Нарушение формирования или координации «Я–Другой» проявляется сначала в снижении имитационных навыков, а затем множеством нарушений в области разделения эмоций, разделенного внимания, ролевых игр, а также модели психического [8].

В работах О.С. Никольской, Е.Р. Баенской и других развивается представление о причинах аутичного развития как о врожденной биологической дефицитарности к физическому и социальному воздействию с окружающей средой. По мнению авторов, нарушения психического развития при аутизме заключаются в крайне выраженных проблемах выносливости ребенка, проявляющихся не только в социальных контактах, но и во взаимодействии со средой в целом. Ребенок испытывает дискомфорт в ситуации новизны и при получении интенсивных впечатлений. У детей с РАС отмечается нарушение способности активно перерабатывать информацию разных модальностей, переводить данные из одной модальности в другую [1].

Перед психологами-практиками стоит задача найти эффективные средства обучения детей с дефицитарным развитием, актуализировать компенсаторные возможности ребенка.

Согласно указанным выше аргументам, на наш взгляд, в основе проблемы обучения у детей с аутизмом лежит именно неспособность перенести действия другого человека на себя, представить себя, выполняющим эти же действия.

Исследований по изучению эффективности применения видеомоделирования в коррекционной и обучающей практиках для детей с РАС достаточно много. Однако эффективность видеомоделирования от первого лица эмпирически мало изучена [7].

С целью выявить наиболее эффективный способ обучения имитации детей с РАС с помощью видеомоделирования мы провели сравнительное исследование с применением видеомоделирования от третьего лица и видеомоделирования от первого лица – POV (от англ. «point-of-view»), предполагающего съемку на уровне глаз модели, чтобы показать ребенку, как действия будут выполнены с его точки зрения. Мы проверяли предположение, что именно такое обучение поможет преодолеть когнитивный барьер в переводе действий «другого» на себя. Таким образом, гипотеза исследования: видеомоделирование от первого лица как способ обучения имитации детей с РАС более эффективно, чем традиционное обучение имитации, и более эффективно, чем видеомоделирование от третьего лица.

Организация и методики исследования

Исследование проводилось на базе Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков ФГБОУ ВО МГППУ. В исследовании приняли участие 27 детей в возрасте от 4 лет 10 месяцев до 7 лет 4 месяцев (уровень речевого развития – от 1 года до 6 лет по шкале Вайленд). 23 ребенка имели ранний детский аутизм, 2 ребенка – атипичный аутизм и 2 ребенка – синдром Аспергера.

На первом этапе исследования у испытуемых оценивались навыки моторной имитации (методика ABLLS-R) и уровень речевого развития (шкала Вайнленд) [3]. Исходный уровень навыков моторной имитации измерялся три раза с интервалом в одну неделю. Испытуемые были разделены на три группы по 9 человек. В группу POV 2 вошли девочки и 7 мальчиков ($M_{\text{возр.}} - 5,9$ лет, $Me_{\text{возр.}} - 6,0$, $SD_{\text{возр.}} - 0,8$). Группу Э2 составили 2 девочки и 7 мальчиков ($M_{\text{возр.}} - 5,9$ лет, $Me_{\text{возр.}} - 6,0$, $SD_{\text{возр.}} - 1,1$). В контрольную группу вошли 1 девочка и 8 мальчиков ($M_{\text{возр.}} - 5,7$ лет, $Me_{\text{возр.}} - 6,0$, $SD_{\text{возр.}} - 0,9$). Разница между средними значениями по этим шкалам между группами незначима: $F=0,26$, $df=2$, $p=0,772$ – для моторной имитации и $F=0,31$, $df=2$, $p=0,735$ – для речевого развития.

В первой группе (POV) испытуемые проходили обучение имитации с помощью видеомоделирования от первого лица. Во второй группе (Э2) испытуемые проходили обучение имитации с помощью видеомоделирования от третьего лица. В контрольной группе (К) испытуемые проходили традиционное обучение со специалистами без видеомоделирования. Для составления индивидуальных обучающих видео выбирались 3-4 наиболее простых навыка из тех, по которым испытуемые в исходных пробах набирали в среднем менее трех баллов по шкале ABLLS-R. Простота навыков определялась в соответствии с уровнем развития имитации [4].

Эксперимент проводился по схеме временных серий для трех неэквивалентных групп, которая предполагает определение исходного уровня зависимой переменной – обучаемости имитации. Далее проводилось воздействие на детей экспериментальных групп и проведение серии измерений. Сравнивались уровни зависимой переменной до и после воздействия. С каждым ребенком из экспериментальных групп проводились четыре занятия (по 2 занятия в неделю) по обучению имитации с использованием видеомоделирования.

После окончания занятий в каждой группе трехкратно с интервалом в одну неделю измерялся уровень навыков моторной имитации.

Выбранная схема эксперимента позволила не только сравнить уровни навыков моторной имитации в «естественном» развитии и после экспериментального обучения, но и учесть фактор новизны стимульного материала – интереса к видеоформату, поскольку он присутствовал в обеих экспериментальных группах.

Обучение происходило в индивидуальном порядке. Продолжительность обучающих видео в среднем составила одну минуту. После показа видео испытуемым однократно предлагалось выполнить те же действия, которые были в нем показаны. Инструктор выполнял те же действия, что «инструктор» из видео и просил испытуемых повторить за ним фразой «сделай так». В том случае когда в обучающем видео совершались действия с предметами, испытуемым предлагались те же самые предметы. При выполнении заданий не использовались ни вербальные, ни физические подсказки.

Сравнение эффективности традиционного обучения, видеомоделирования от третьего лица и видеомоделирования от первого лица в обучении имитации детей с РАС проводилось при помощи ANOVA Repeated Measures. Было установлено значимое воздействие факторов группы и времени на оценки навыков моторной имитации ($F=9,34$, $df=10$, $p<0,001$). Результаты показаны на рис. 1.

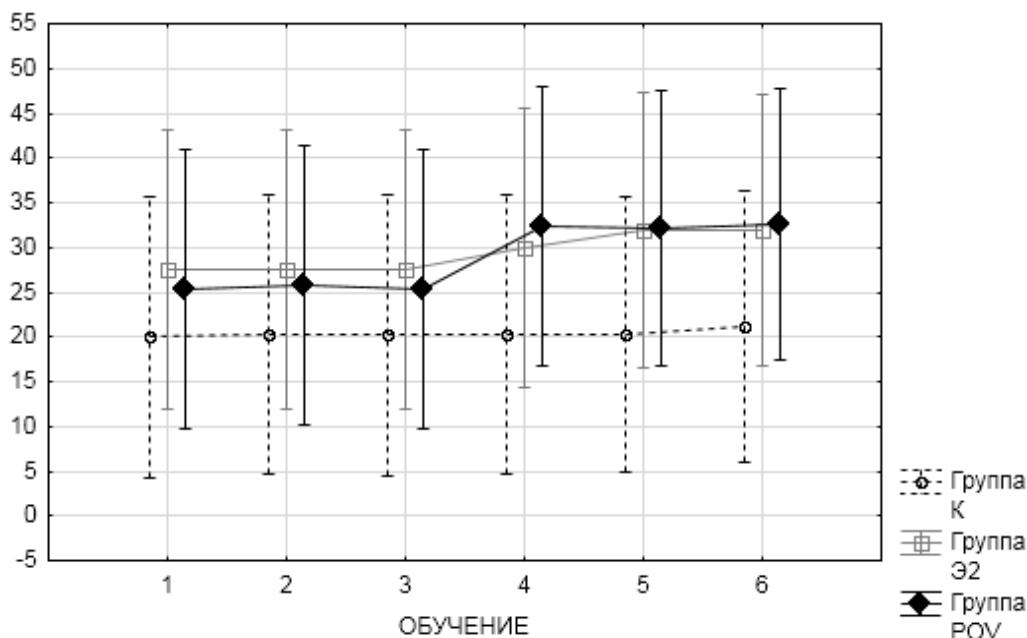


Рис. 1. Средний уровень навыков моторной имитации, полученный при первичных и вторичных замерах

Примечание. К – контрольная группа, Э2 – группа, проходившая обучение с видеомоделированием от третьего лица, POV – группа, проходившая обучение с видеомоделированием от первого лица.

В контрольной группе за время исследования не произошло значимых изменений в уровне развития навыков моторной имитации. В группе Э2, где проходило обучение с помощью видеомоделирования от третьего лица, после экспериментального обучения средний уровень навыков моторной имитации вырос. В группе POV, где проводилось обучение с помощью видеомоделирования от первого лица, после экспериментального обучения изменения произошли значительно более выраженные относительно группы Э2. При этом в группе Э2 наблюдался меньший сдвиг среднего значения по сравнению с группой POV (разница между 1 и 6 замерами составила 4,4 и 7 пунктов соответственно). Уровни значимости различий баллов между замерами в группах Э2 и POV приведены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Значение уровней значимости различий между оценками навыков моторной имитации в группе Э2 (post-hoc сравнение, LSD тест)

	1 замер [27,6]	2 замер [27,6]	3 замер [27,6]	4 замер [30]	5 замер [31,9]	6 замер [32]
1 замер	-	н/д	н/д	0,004	0,001	0,001
2 замер	н/д	-	н/д	0,004	0,001	0,001
3 замер	н/д	н/д	-	0,004	0,001	0,001
4 замер	0,004	0,004	0,004	-	0,026	0,018
5 замер	0,001	0,001	0,001	0,026	-	н/д
6 замер	0,001	0,001	0,001	0,018	н/д	-

Примечание. В квадратных скобках указано среднее значение оценок навыков моторной имитации в соответствующем замере. На пересечениях столбцов и строк указан уровень значимости различия между соответствующими замерами. Н/д – статистически значимые различия между средними значениями не достоверны.

Таблица 2

Значение уровней значимости различий между оценками навыков моторной имитации в группе POV (post-hoc сравнение, LSD тест)

	1 замер [25,3]	2 замер [25,8]	3 замер [25,3]	4 замер [32,3]	5 замер [32,1]	6 замер [32,6]
1 замер	-	н/д	н/д	0,001	0,001	0,001
2 замер	н/д	-	н/д	0,001	0,001	0,001
3 замер	н/д	н/д	-	0,001	0,001	0,001
4 замер	0,001	0,001	0,001	-	н/д	н/д
5 замер	0,001	0,001	0,001	н/д	-	н/д
6 замер	0,001	0,001	0,001	н/д	н/д	-

Примечание. См. легенду к табл. 1.

Обсуждение результатов

Результаты исследования показали значимо большую эффективность обучения моторной имитации детей с РАС с помощью видеомоделирования от первого лица, по сравнению с видеомоделированием от третьего лица и традиционным обучением, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Эффективность метода нельзя объяснить только новизной стимула, интересом испытуемых к видеоматериалу или подробной визуальной подсказкой, поскольку дети обучались с помощью видеомоделирования в обеих группах. И дети, обучавшиеся в группе от третьего лица, показали значимо более низкие результаты.

Исследование показало, что метод видеомоделирования от первого лица позволяет детям с РАС более эффективно осуществлять перенос перспективы действия «другого» на перспективу собственного действия. Таким образом, данное исследование подтверждает предположение о том, что нарушение имитации у детей с РАС связано с нарушением базовой способности соотносить движения других с собственным подражательным действием.

Несмотря на то, что видеомоделирование от третьего лица также показало себя как достаточно эффективный метод обучению имитации, качественный анализ данных выявил в группе POV (видеомоделирование от первого лица) выраженную тенденцию к генерализации навыков, выработанных в процессе обучения. Большинство детей группы POV смогли не только заучить действия, но и усвоить принцип перенесения перспективы на имитацию действий, которым они не обучались. Исследование показало относительную устойчивость навыков моторной имитации при обучении видеомоделированием от первого лица в течение двух недель после окончания обучения.

Ограничениями данного исследования являются, во-первых, малый размер выборки испытуемых; во-вторых, относительно короткий временной интервал наблюдения. Для получения более развернутых аргументов в пользу гипотезы о когнитивной природе нарушений имитации у детей с РАС необходимы дальнейшие исследования с привлечением бóльшей выборки испытуемых и на более продолжительном временном промежутке.

Открытым остается вопрос об эффективности методики видеомоделирования для детей с различным исходным уровнем развития имитационных навыков. В свете полученных данных встает также вопрос, требующий дальнейших исследований о том, будут ли вместе с улучшением навыков имитации улучшаться способности «модели психического» в более широкой сфере развития детей с РАС.

В этой связи мы разделяем подход в понимании проблем развития и коррекционной практики детей с РАС, развиваемый в работах отечественных авторов, о том, что важным фактором становления когнитивных функций, освоения средств коммуникации, социальных навыков аутичного ребенка является развитие

его аффективной сферы, которое происходит в совместно разделенном переживании ребенка и близкого ему взрослого.

Благодарности

Авторы благодарят методиста Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС ФГБОУ ВО МГППУ, кандидата психологических наук С.Н. Панцыря за помощь в организации проведения научного исследования.

Литература

1. Никольская Щ.С. Баенская У.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. Издание 6-е стереотипное. Москва: Теревинф, 2010. 288 с. ISBN 978-5-4212-0019-2
2. Официальный сайт МКБ-10 [Электронный ресурс]. URL: <http://mkb10.com/b/62>. (дата обращения: 11.07.2017).
3. Самсонова Е.В., Алексеева М.Н. Проблемы организации образования обучающихся с расстройствами аутистического спектра // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21. № 3. С. 97–104. doi: 10.17759/pse.2016210311.
4. Соболева М.В. Имитационное поведение в раннем онтогенезе: опыт исследования // Вопросы психологии. 1995. № 4. С. 108–116.
5. Bellini S., Akullian J. A meta-analysis of video modeling and video self-modeling interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders // Exceptional children. 2007. Vol. 73. № 3. P. 264–287.
6. Happé F., Frith U. The neuropsychology of autism // Brain. 1996. Vol. 119. № 4. P. 1377–1400.
7. Mason R.A, Ganz J.B., Parker R.I. Efficacy of Point-of-View Video Modeling. A Meta-Analysis // Remedial and Special Education. 2013. Vol. 34. №. 6. P. 333–345. doi: 10.1177/0741932513486298.
8. Rogers S.J., Pennington B.F. A theoretical approach to the deficits in infantile autism // Development and psychopathology. 1991. Vol. 3. №. 2. P. 137–162.

First-Person Video Modeling as a Way of Teaching Imitation of Children with Autism

Novgorodtseva A.P.,

PhD. in psychology, Professor, Department of Differential Psychology, Faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Russia, irsana@list.ru

Yakovleva N.V.,

Master's student, master's program "Clinical Psychology of Development", Faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Russia, morrrgotik@gmail

The article discusses the problem of the basic factors of ASD: the deficit in the Theory of Mind (ToM) as the ability to represent Self-Other relationship, or violation of the ability to simulate, as the ability to transfer the perspective of Other's action into the prospect of their own actions. It is hypothesized that the first-person video surveillance technique (with the instructor's and the student's hands visible) will be more effective in teaching imitation of children with ASD than the third-person video surveillance method (where the instructor and the student are seen). The study involved 28 children attending classes with psychologists and speech pathologists (ages: 4, 10 up to 7, 4 years; 24 children were diagnosed with ASD, 4 – atypical autism). At the first stage, the level of motor simulation skills (ABLLS-R test) was evaluated-3 times with an interval of 1 week. On the second stage, three groups (9 people) were equalized at the level of development of imitation. One group was trained "third-person", the second – "first-person", the third – control was trained according to the standard program. All studied the same time. For each subject conducted 4 classes (2 times a week). At the third stage, the level of motor skills measured 3 times with an interval of 1 week. The processing took into account the parameters of the mean, median, mode and standard deviation. The results of the study showed significant effectiveness of third-person training. The shift of the average value in "third-person training" and "first-person training" was 3 and 8 units respectively.

Keywords: autism, imitation, video modeling, education for autistic children, theory of mind.

Acknowledgements

The authors thank the methodologist of Federal Resource Center for the Organization of Comprehensive Support to Children with ASD of MSUPE, PhD in Psychology, S.N. Pancyr for help in conducting research.

References

1. Melehin A.I. Effektivnost' kognitivno-povedencheskoj psihoterapii v pozdних vozrastah [The effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy in later ages]. *XVI S'ezd psixiatrov Rossii. Vserossijskaya nauchno-prakticheskaya konferenciya «Psihiatriya na etapah reform: problemy i perspektivy»*. pod red. N.G. Neznanova [XVI Congress of Russian psychiatrists. All-Russian scientific-practical conference "Psychiatry at the stages of reforms: problems and prospects"]. Saint-Petersburg: Al'ta Astra, 2015. pp. 709–710.
2. Melehin A.I. Kognitivno-povedencheskaya psihoterapiya rasstrojstva sna v pozhilom i starcheskom vozraste [Cognitive-behavioral psychotherapy sleep disorders in elderly]. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya [Consultative psychology and psychotherapy]*, 2015, vol. 23, no. 1, pp. 84–103.
3. Melehin A.I. Effektivnost' kognitivno-povedencheskoj psihoterapii pri lechenii rasstrojstva sna (CBT-I) u geriatricheskix pacientov [The effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of sleep disorders (CBT-I) in geriatric patients]. In M.G. Poluektova, K.N. Strygina (Eds.) *Sbornik tezisov X Vserossijskoj nauchno-prakticheskoi konferencii Aktual'nye problemy somnologii. [Proceedings of the X All-Russian Scientific and Practical Conference Actual problems of somnology]*. Moscow, 2016, pp. 74–75.
4. Poluektov M.G. Diagnostika i lechenie rasstrojstv sna. [Diagnosis and treatment of sleep disorders]. Moscow: MEDpress-inform, 2016, 256 p.
5. Poluektov M.G., Strygin K.N. Rasstrojstva sna v pozhilom vozraste [Sleep disorders in old age]. *Medicinskij sovet [Medical advice]*, 2014, no. 5. URL: <http://www.med-sovet.pro/jour/article/view/572>. doi: 10.21518/2079-701X-2014-5-74-81
6. Aurora R.N., Zak R.S., Auerbach S.H. Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *J Clin Sleep Med*, 2010, vol. 6, no. 4, pp. 389–401. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919672/>
7. Belanger L., et al. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2012, vol. 19, no. 1, pp. 101–115. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.10.003
8. Boullin P., Ellwood C., Ellis J.G. Group vs. Individual Treatment for Acute Insomnia: A Pilot Study Evaluating a "One-Shot" Treatment Strategy. *Brain Sciences*, 2017, vol. 7, no 1. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5297290/>. doi: 10.3390/brainsci7010001.

Использование зрительных перцептивных задач в исследовании когнитивных процессов при ананкастном расстройстве личности и неврозоподобной шизофрении

Чепелюк А.А.,

аспирантка, кафедра нейро- и патопсихологии факультета психологии, ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»; научный сотрудник лаборатории клинической психофармакологии, ФГБНУ «Научно-исследовательский институт фармакологии имени В.В. Закусова», Москва, Россия, staysha@yandex.ru

Виноградова М.Г.,

кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии, факультет психологии, ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия, mvinogradova@yandex.ru

Целью исследования являлось изучение выполнения зрительных перцептивных задач при варьировании степени их неопределенности и уровней регуляции, задаваемых «глухой», вербальной и невербальной инструкциями. Применялись модифицированный вариант теста «Включенные фигуры» Г. Виткина, тест интеллекта Д. Векслера. Обследовано 36 пациентов с ананкастным расстройством личности (средний возраст – $31,9 \pm 9,8$ лет), 38 пациентов с неврозоподобной шизофренией (средний возраст – $30,8 \pm 8,7$ лет), 100 здоровых испытуемых (средний возраст – $27,5 \pm 8,5$ лет). Установлено, что результативность решения зрительных перцептивных задач в условиях «глухой» инструкции не различалась у испытуемых всех трех групп. Введение дополнительной вербальной инструкции повышало результативность деятельности здоровых испытуемых и пациентов с ананкастным расстройством в отличие от больных с неврозоподобной шизофренией. В условиях зрительной перцептивной подсказки снижалась результативность выполнения у испытуемых трех групп, однако показатели здоровых испытуемых были значимо выше. Показано увеличение числа и силы связей между показателями решения зрительных перцептивных задач и невербальными параметрами теста Д. Векслера при шизофрении.

Ключевые слова: зрительные перцептивные задачи, модифицированный тест Г. Виткина, расстройства личности, шизофрения, ананкастное расстройство личности, невротоподобная шизофрения.

Для цитаты:

Чепелюк А.А., Виноградова М.Г. Использование зрительных перцептивных задач в исследовании когнитивных процессов при ананкастном расстройстве личности и невротоподобной шизофрении [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 177–191. doi: 10.17759/psycljn.2018070311

For citation:

Chepeliuk A.A., Vinogradova M.G. The Use of Visual Perceptual Tasks for Studying Cognitive Processes in Anankastic Personality Disorder and Pseudoneurotic Schizophrenia [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 177–191. doi: 10.17759/psycljn.2018070311 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Проблема дифференциации расстройств личности, реакции декомпенсации которых выражены в различных проявлениях тревоги, и тревожно-фобических нарушений в рамках манифестации вялотекущей шизофрении на этапе первичной клинико-психологической диагностики является весьма актуальной. Выявляемые у данных пациентов когнитивные нарушения редко достигают тяжелой степени выраженности в сравнении с нормативными показателями [10] и, как правило, в случае расстройств личности проявляются только в особых условиях невозможности опоры на привычный способ функционирования, приводящих к дезорганизации сложившегося стереотипа адаптации [1; 5]. Одним из способов решения данной проблемы является дифференцированный подход к квалификации устанавливаемых когнитивных нарушений, основанный на интеграции принципов качественного и количественного анализа [2], с выделением тех, которые носят более мягкий устойчивый характер и могут быть описаны как особенности когнитивной деятельности, не вызывая выраженного снижения ее продуктивности, и тех, которые характеризуются устойчивостью с нарастанием тяжести по степени влияния на процессы и результаты психической деятельности. Использование невербальных методов представляется наиболее информативным подходом как для исследования личности [11], так и для исследования нарушений процессов анализа зрительной перцептивной информации у больных шизофренией. При расстройствах личности изменения процессов восприятия неоднородны и разнонаправлены. Так, при одних расстройствах (пограничное расстройство личности, шизотипическое расстройство личности) сообщается о нарушениях (искаженном восприятии страха в нейтральной экспрессии при пограничном расстройстве личности [15], снижении эмпатии к негативным эмоциям при шизотипическом расстройстве личности [12]),

в то время как при других (например, обсессивно-компульсивном расстройстве личности) – об улучшении точности зрительного восприятия и чувствительности к контрасту по сравнению с нормативными значениями [6].

Нарушения процессов зрительного восприятия являются важным прогностическим признаком развития шизофрении, их выраженность связана с более ранним началом заболевания, развитием бреда и галлюцинаций, вычурным поведением, депрессивной симптоматикой, а также ухудшением социального функционирования в детстве и подростковом возрасте. Кроме того, некоторые нарушения процессов зрительного восприятия (измененное восприятие собственного лица, тела, лиц других людей, псевдодвижения, реверсии и др.) являются стабильными и не зависят от длительности течения заболевания, а также от типа проводимой фармакотерапии [9]. Механизмы нарушений зрительной перцептивной деятельности больных шизофренией обсуждаются на различных уровнях. На уровне нейрофизиологических и нейроанатомических исследований сообщается о структурных изменениях, связанных с межполушарным взаимодействием [7], редукцией ядер подушки, различные подгруппы которых вовлечены в передачу входящей сенсорной информации в первичные отделы зрительной и слуховой коры, префронтальную кору и гетеромодальную ассоциативную зону височно-теменной коры [8]. Также сообщается о влиянии изменений плотности коры головного мозга в зонах, вовлеченных в процессы нисходящей модуляции, а также анализа стимулов [13]. На уровне психологических механизмов восприятия предполагаются фрагментарность, обнаруживаемая при решении задач на интеграцию отдельных характеристик для обнаружения целого (формы или движения), нарушения процессов кодирования отдельных элементов стимулов [14], которые не объясняют до конца обнаруживаемые феномены. В рамках цикла исследований, проведенных в школе Ю.Ф. Полякова, с распознаванием предметных изображений в условиях неполноты зрительной стимульной информации была выявлена неоднородность нарушений зрительного восприятия у больных шизофренией. При интактности предметного мира со стороны его физических характеристик больные хуже распознавали высоковероятные предметные изображения и лучше справлялись с опознанием маловероятных: «...изменение порогов опознания у больных шизофренией коррелирует с особой характеристикой объекта опознания, связанной с особенностями его использования в социально-практическом опыте, с частотой употребления в прошлом опыте. Если изображение маловероятно по прошлому опыту, то больные шизофренией испытывают меньше затруднений при его опознании, чем здоровые. Если же оно обычно, шаблонно, часто встречалось и в прошлом, то больные шизофренией по результатам опознания оказываются хуже здоровых» [4, с. 112].

В настоящем исследовании для изучения познавательной деятельности на модели зрительных перцептивных задач нами был выбран непредметный трудновербализуемый стимульный материал («Включенные фигуры» Г. Виткина), позволяющий минимизировать в непосредственной работе с ним роль социального

опыта. Также были использованы разные степени и способы социальной регуляции деятельности испытуемых (минимальная степень задавалась «глухой» инструкцией, а дополнительная вербальная и дополнительная зрительная перцептивная инструкции позволяли варьировать степени и способы внешней регуляции деятельности испытуемых).

Материал и методы

В исследовании приняли участие 174 человека, составивших две экспериментальные и контрольную группы. В первую экспериментальную группу были включены 36 пациентов с ананкастным расстройством личности (АРЛ) с генерализованным тревожным, тревожно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами (коды по МКБ-10: F41.1, F40.0, F42.0), во вторую – 38 пациентов с невротоподобной шизофренией (НШ, F21.3). Контрольную группу составили 100 здоровых испытуемых. Исследование проводилось в клинических отделениях ГБУЗ «ПКБ имени Ю.В. Каннабиха ДЗМ» г. Москвы, а также в Международном институте психосоматического здоровья в 2010–2018 гг. Основные социодемографические характеристики исследуемых групп представлены в табл. 1. Испытуемые экспериментальных и контрольной групп были сопоставимы по возрасту и образовательному уровню, за исключением значимого повышения среди пациентов с АРЛ высшего уровня образования.

Таблица 1

Характеристика пациентов экспериментальных и контрольной групп

Показатели		Исследуемые больные и здоровые испытуемые		
		АРЛ	НШ	Здоровые испытуемые
Средний возраст (лет)		31,9±9,8	30,8±8,7	27,5±8,5
Пол	женщины	24 (66%)	22 (60%)	54 (54%)
	мужчины	12 (34%)	16 (40%)	46 (46%)
Образование	высшее	30 чел. (83%)	23 чел. (59%)	55 чел. (55%)
	Неоконченное высшее	5 чел. (14%)	7 чел. (19%)	29 чел. (29%)
	среднее	1 чел. (3%)	8 чел. (22%)	16 чел. (16%)

Для изучения особенностей решения зрительно-перцептивных задач в исследовании применялся модифицированный нами вариант теста «Включенных фигур» Г. Виткина [3]. Стимульный материал был организован в две серии. В серии I к каждой из основных 12 фигур последовательно предъявлялись восемь простых (всего 96 стимульных ситуаций). В серии II одновременно предъявлялись шесть пар сложных фигур и последовательно восемь простых к ним (всего 48 стимульных ситуаций). Использовались три варианта инструкций: «глухая» и две дополнительных (с вербальной и зрительной перцептивной подсказками, соответственно). Анализировались время выполнения серий I и II; количество выборов простых фигур в структуре сложных в каждой из серий; количество выборов простых фигур в структуре сложных в условиях «глухой» и дополнительных инструкций; число правильных ответов в каждой серии, а также при варьировании инструкций. Полученные результаты сопоставлялись с результатами теста интеллекта Векслера для оценки различных параметров когнитивного функционирования. Статистическая обработка данных проводилась с применением дисперсионного анализа (ANOVA) и корреляционного анализа Спирмена с помощью пакета статистических программ IBM SPSS Statistics 22.0.

Результаты

Сопоставление результатов выполнения теста Векслера испытуемыми экспериментальных и контрольной групп установило, что пациенты с АРЛ значительно отличались от здоровых испытуемых преимущественно по невербальным субтестам («Шифровка», «Недостающие детали», «Кубики Коса»), что приводило к снижению суммарного показателя невербальных оценок и, как следствие, общего балла. Важно отметить отсутствие значимых различий между пациентами с АРЛ и здоровыми испытуемыми по большинству вербальных субтестов (за исключением субтеста «Повторение цифр») и показателю суммы вербальных оценок (табл. 2). В то время как больные с НШ обнаруживали статистически значимое снижение большинства вербальных и невербальных показателей выполнения теста Векслера: в субтестах «Осведомленность», «Понятливость», «Сходство», «Повторение цифр», «Словарный», «Шифровка», «Недостающие детали», «Кубики Коса» и «Последовательные картинки», а также всех интегральных показателей.

Таблица 2

Показатели выполнения теста Векслера пациентами экспериментальных и контрольной групп

Субтесты Векслера	Пациенты с АРЛ	Пациенты с НШ	Здоровые испытуемые
Осведомленность	13,3±1,9	12,3±2,4* ³	13,7±3,3* ²
Понятливость	12,7±2,4	11,1±1,9** ³	13,4±3,1** ²
Арифметический	10,5±3,2	9,8±3,0	11,0±2,7

Субтесты Векслера	Пациенты с АРЛ	Пациенты с НШ	Здоровые испытуемые
Сходство	13,6±2,3** ²	11,9±2,3** ¹ ; ³	13,6±2,2** ²
Повторение цифр	10,0±2,7** ³	10,0±2,8** ³	11,9±2,6** ¹ ; ²
Словарный	13,9±2,3	12,5±2,6** ³	14,3±2,6** ²
Сумма вербальных оценок	73,8±8,5* ²	67,6±8,8* ¹ ** ³	77,9±11,7** ²
Шифровка	9,5±2,0* ³	8,3±1,5** ³	10,9±2,9* ¹ ** ²
Недостающие детали	10,3±1,9** ³	9,7±1,8** ³	12,3±2,1** ¹ ; ²
Кубики Коса	12,0±2,6** ³	11,7±2,1** ³	13,6±2,4** ¹ ; ²
Последовательные картинки	9,8±1,4	8,9±2,5** ³	10,6±2,0** ²
Складывание фигур	8,2±2,5	7,6±2,3	7,5±2,1
Сумма невербальных оценок	50,1±6,6** ³	46,2±5,8** ³	54,8±7,1** ¹ ²
Общий балл	123,8±11,9* ¹	113,7±12,1** ³	132,8±16,7* ¹ ** ²

Примечание. Показатели приведены в виде $M \pm \delta$ (где M – среднее арифметическое, а δ – стандартное отклонение). * – различия статистически на уровне $p \leq 0,05$, ** – на уровне $p \leq 0,01$ между: ¹ – пациентами с АРЛ, ² – пациентами с НШ и ³ – здоровыми испытуемыми.

В табл. 3 приведены значения правильных ответов при различных инструкциях в модифицированном варианте теста «Включенные фигуры» Г. Виткина. Как следует из представленных данных, в условиях «глухой» инструкции у всех испытуемых обследованных групп наблюдаются трудности нахождения ключевой фигуры.

В условиях дополнительной вербальной инструкции у здоровых испытуемых отмечается наиболее выраженное повышение числа правильных ответов, содержащих ключевую фигуру в структуре сложной. У больных с НШ в сравнении со здоровыми испытуемыми наблюдается статистически значимое снижение числа правильных ответов в условиях вербальной подсказки. Пациенты с АРЛ характеризовались отсутствием статистически значимых различий со здоровыми испытуемыми после введения дополнительной вербальной инструкции, что свидетельствует о возможностях повышения продуктивности деятельности данных пациентов в условиях снижения степени неопределенности стимульной ситуации, выработки ими собственных эффективных критериев на основе заданных вербально («точь-в-точь», «как на образце»).

Таблица 3

Показатели правильных ответов при выполнении модифицированного теста Г. Виткина в условиях различных инструкций пациентами экспериментальных групп и здоровыми испытуемыми

Варианты инструкций к модифицированному тесту Г. Виткина	Группы испытуемых	Число правильных ответов	Соотношение ответов с отсутствием ключевой фигуры / ее нахождением в %
«Глухая»	Больные с АРЛ	0,21±0,41	81 / 19
	Больные с НШ	0,24±0,44	79 / 21
	Здоровые испытуемые	0,42±0,50	64 / 36
Дополнительная вербальная инструкция	Больные с АРЛ	0,59±0,50* ²	47 / 53
	Больные с НШ	0,24±0,43** ³ * ¹	76 / 24
	Здоровые испытуемые	0,74±0,44** ²	27 / 73
Дополнительная зрительная перцептивная инструкция	Больные с АРЛ	0,29±0,52** ³	74 / 26
	Больные с НШ	0,28±0,45** ³	78 / 22
	Здоровые испытуемые	0,59±0,66** ^{1, 2}	50 / 50

Примечание. Показатели приведены в виде $M \pm \delta$ (где M – среднее арифметическое, δ – стандартное отклонение), * – различия статистически на уровне $p \leq 0,05$, ** – на уровне $p \leq 0,01$ между: ¹ – пациентами с АРЛ, ² – пациентами с НШ и ³ – здоровыми испытуемыми.

В условиях же предъявления дополнительной зрительной перцептивной инструкции в выборке здоровых испытуемых наблюдается равное соотношение тех, кто находит ключевую фигуру, и тех, кто не может ее отыскать. Пациенты с НШ и АРЛ характеризовались статистически значимым снижением правильных ответов в условиях дополнительной зрительной перцептивной подсказки по сравнению со здоровыми испытуемыми (табл. 3).

Анализ дополнительных параметров выполнения модифицированного варианта теста Г. Виткина обнаружил отсутствие различий в динамических показателях между здоровыми испытуемыми и пациентами экспериментальных групп как в условиях работы в серии I и II в целом, так и в условиях «глухой» и дополнительной инструкций. При сравнении операциональных характеристик установлено, что количество ошибочных узнаваний простых фигур в структуре сложных в сериях I и II не отличается у здоровых испытуемых (в среднем 8,9 и 4,9 соответственно) и пациентов с АРЛ (в среднем 12,3 и 5,2 соответственно), в то время как пациенты с НШ допускают значимо больше ошибок (в среднем 21,1 и 10,5 соответственно) по сравнению с пациентами с АРЛ в серии I ($p \leq 0,01$) и серии II ($p \leq 0,05$) и здоровыми испытуемыми ($p \leq 0,01$ для серий I и II). Анализ ошибок

в условиях «глухой» инструкции выявил их значимое повышение у больных экспериментальных групп по сравнению с результатами здоровых испытуемых ($p \leq 0,05$). При введении дополнительной вербальной инструкции у пациентов с АРЛ отмечается число ошибочных ответов, сопоставимое с нормативными данными, в то время как люди с НШ продолжают демонстрировать более высокие показатели ошибочных узнаваний в сравнении со здоровыми испытуемыми ($p \leq 0,05$).

Для обсуждения факторов, определяющих результативность выполнения модифицированного теста Г. Виткина, был проведен корреляционный анализ с тестом Д. Векслера. Как следует из приведенных на рис. 1 данных, у здоровых испытуемых результативность выполнения серий I и II модифицированного теста Г. Виткина обнаруживает очень слабые положительные связи с параметрами выполнения теста Векслера, в том числе с вербальными и невербальными интегральными показателями. А правильные ответы в условиях варьирования различных инструкций к модифицированному тесту Г. Виткина у здоровых испытуемых не связаны с показателями выполнения теста Векслера (рис. 2).

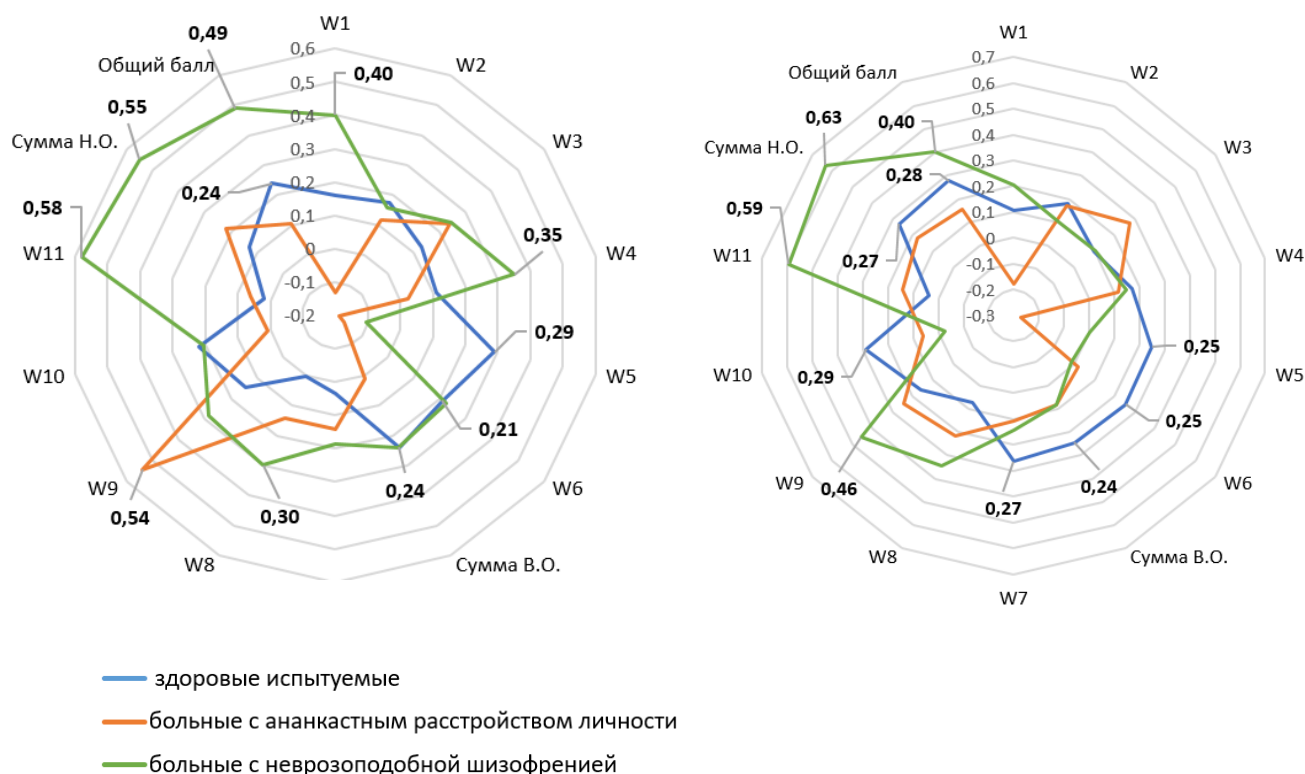


Рис. 1. Связи между количеством правильных ответов в сериях I (слева) и II (справа) модифицированного теста Г. Виткина и субтестами Векслера (при $p \leq 0,05$)

Примечание. Субтесты Векслера: W1 – Осведомленность, W2 – Понятливость, W3 – Арифметический, W4 – Сходство, W5 – Повторение цифр, W6 – Словарный, W7 – Шифровка, W8 – Недостающие детали, W9 – Кубики Коса, W10 – Последовательные картинки, W11 – Складывание фигур. Сумма Н.О. – сумма невербальных оценок; Сумма В.О. – сумма вербальных оценок.

У больных с АРЛ выявлена единичная положительная связь между невербальным субтестом Векслера «Кубики Коса» и количеством правильных ответов в серии I. Результативность в серии II у данной группы пациентов не связана с какими-либо показателями выполнения теста Д. Векслера, равно как результативность в условиях «глухой» и дополнительной вербальной инструкции. Результативность деятельности в условиях дополнительной зрительной перцептивной инструкции обнаруживает лишь единичную слабую положительную связь с выполнением вербального субтеста «Понятливость» (рис. 2).

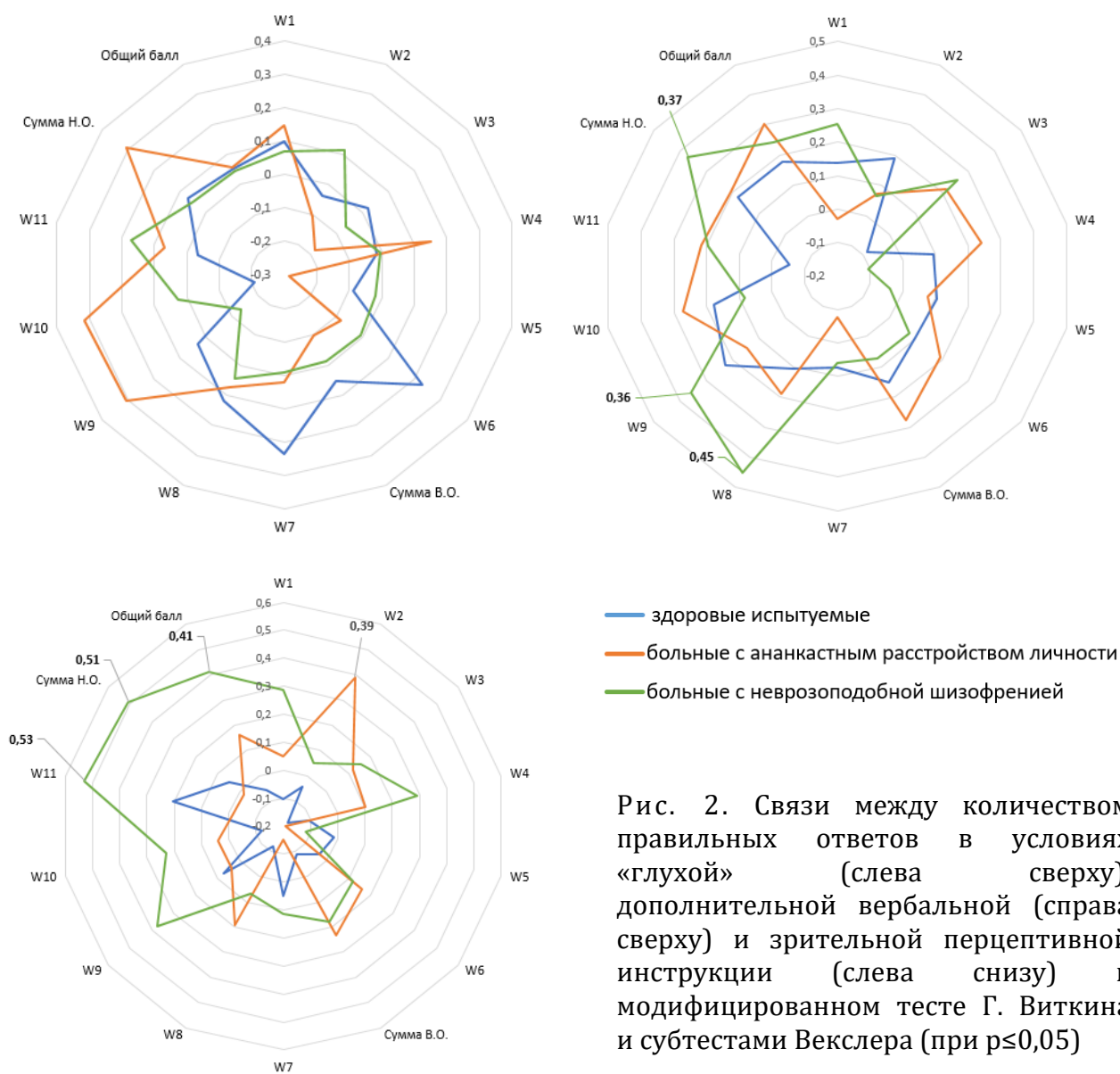


Рис. 2. Связи между количеством правильных ответов в условиях «глухой» (слева сверху), дополнительной вербальной (справа сверху) и зрительной перцептивной инструкции (слева снизу) в модифицированном тесте Г. Виткина и субтестами Векслера (при $p \leq 0,05$)

Примечание. Субтесты Векслера: W1 – Осведомленность, W2 – Понятливость, W3 – Арифметический, W4 – Сходство, W5 – Повторение цифр, W6 – Словарный, W7 – Шифровка, W8 – Недостающие детали, W9 – Кубики Коса, W10 – Последовательные картинки, W11 – Складывание фигур. Сумма Н.О. – сумма невербальных оценок; Сумма В.О. – сумма вербальных оценок.

Структура корреляций у больных с НШ характеризовалась увеличением числа и силы связей между результативностью выполнения модифицированного теста Г. Виткина и параметрами теста Векслера. Так, результативность в сериях I и II положительно связана с интегральными показателями теста Векслера – Суммой невербальных оценок и Общим баллом (рис. 1). Кроме того, результативность в серии I у данной группы пациентов обнаруживает связи с вербальными субтестами Векслера, в то время как результативность в серии II преимущественно связана с невербальными компонентами теста Д. Векслера. Результативность поисков простых фигур в структуре сложной в условиях «глухой» инструкции у пациентов с НШ не связана с какими-либо показателями теста Векслера, в то время как результативность в условиях дополнительной вербальной инструкции обнаруживает связи как с отдельными невербальными субтестами Векслера («Недостающие детали», «Кубики Коса»), так и с суммой невербальных оценок. Результативность поиска простых фигур в структуре сложных в условиях дополнительной зрительной перцептивной инструкции характеризуется более сильными положительными связями с невербальными показателями теста Векслера – субтестом «Складывание фигур» и показателем суммы невербальных оценок (рис. 2).

Обсуждение и выводы

Решение зрительных перцептивных задач в условиях «глухой» инструкции является одинаково сложным для здоровых испытуемых и пациентов с различным уровнем тяжести психопатологических нарушений. Однако введение дополнительной вербальной инструкции-подсказки позволяет повысить результативность деятельности здоровых испытуемых и пациентов с АРЛ. В то время как больным с НШ данная вспомогательная роль инструкции остается недоступна. В условиях зрительной перцептивной подсказки также отмечается снижение результативности выполнения у испытуемых всех исследованных групп, однако показатели в контрольной группе значимо выше аналогичных показателей пациентов обеих экспериментальных групп.

Динамические параметры выполнения модифицированного теста Г. Виткина не обнаружили значимых различий у пациентов обеих экспериментальных групп в сравнении с нормативными показателями, что позволяет обсуждать большую роль операциональных характеристик зрительной перцептивной деятельности и закономерностей их нарушения. Так, при более легком регистре психопатологических нарушений не отмечается снижения точности ответов, в то время как в случае повышения степени тяжести расстройств точность грубо нарушена. При общем снижении показателей результативности решения зрительных перцептивных задач пациентами с АРЛ и НШ в сериях I и II по сравнению с нормативными значениями отмечаются различия в доступных компенсаторных возможностях повышения эффективности деятельности, что может быть связано с особенностями в структурах связей с различными

компонентами вербального и невербального интеллекта. Так, у пациентов с АРЛ структура связей результативности поиска простых фигур в структуре сложных в условиях варьирования инструкций сопоставима с нормативными данными (отсутствие связей), за исключением работы в условиях дополнительной зрительной перцептивной инструкции, где пациенты с АРЛ были менее эффективны по сравнению со здоровыми. При увеличении степени тяжести психопатологических нарушений отмечается нарастание числа и силы связей между показателями результативности решения зрительно-перцептивных задач и невербальными параметрами теста Векслера по сравнению со структурой нормативных связей, где результативность зрительно-перцептивной деятельности характеризуется равномерными слабыми связями как с вербальными, так и невербальными показателями выполнения теста Векслера.

Литература

1. Виноградова М.Г. Перспективы исследования особенностей когнитивных процессов при расстройствах личности // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии» (г. Москва, 14-15 февраля 2013 г.) / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Роциной. М.: изд-во МГППУ, 2013. С. 52–53.
2. Виноградова М.Г., Ермушева А.А., Шабанова А.А. К проблеме исследования познавательной деятельности при расстройствах личности // Материалы V Международной научно-практической конференции «Психология и педагогика в системе гуманитарного знания» (г. Москва, 27-28 декабря 2012 г. В 2-х т. Т. 1) / под ред. А.Ф. Долматова. Москва: Спецкнига, 2012. С. 36–43.
3. Виноградова М.Г., Шабанова А.А. Методические рекомендации к проведению модифицированного теста Г. Виткина. М.: Арбат, 2014, 48 с.
4. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: изд-во МГУ, 1991. 256 с.
5. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Ильина Н.А. Расстройства личности: актуальные аспекты систематики, динамики и терапии // Журнал психиатрии. 2003. Т. 5. № 5. С. 7–16
6. Ansari Z., Fadardi J.S. Enhanced visual performance in obsessive compulsive personality disorder // Scandinavian Journal of Psychology. 2016. Vol. 57. № 6. P. 542–546. doi:10.1111/sjop.12312

7. *Berkovitch L., Dehaene S., Gaillard R.* Disruption of Conscious Access in Schizophrenia // *Trends in Cognitive Sciences*. 2017. Vol. 21. № 11. P. 878–892. doi:10.1016/J.TICS.2017.08.006
8. *Hazlett E.A., Rothstein E.G., Ferreira R., et al.* Sensory gating disturbances in the spectrum: Similarities and differences in schizotypal personality disorder and schizophrenia // *Schizophrenia research*. 2015. Vol. 161. № 2-3. P. 283–290. doi:10.1016/j.schres.2014.11.020
9. *Keane B.P., Cruz L.N., Paterno D., et al.* Self-Reported Visual Perceptual Abnormalities Are Strongly Associated with Core Clinical Features in Psychotic Disorders // *Frontiers in Psychiatry*. 2018. Vol. 9. № 69. P. 1–10. doi:10.3389/fpsy.2018.00069
10. *López-Luengo B., González-Andrade A., García-Cobo M.* Not All Differences between Patients with Schizophrenia and Healthy Subjects Are Pathological: Performance on the Conners' Continuous Performance Test // *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2016. Vol. 31. № 8. P. 1–13. doi:10.1093/arclin/acw075
11. *McCallum S.R.* Context of Nonverbal Assessment of Intelligence and Related Abilities // *Handbook of Nonverbal Assessment* / S.R. McCallum (ed.). N.Y.: Springer, 2003. P. 3–19.
12. *Ripoll L.H. Zaki J., Perez-Rodriguez M.M., et al.* Empathic accuracy and cognition in schizotypal personality disorder // *Psychiatry Research*. 2013. Vol. 210. № 1. P. 232–241. doi:10.1016/j.psychres.2013.05.025
13. *Rohleder C., Koethe D., Fritze S., et al.* Neural correlates of binocular depth inversion illusion in antipsychotic-naïve first-episode schizophrenia patient // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2018. P. 1–14. doi:10.1007/s00406-018-0886-2. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-018-0886-2> (дата обращения: 19.09.2018)
14. *Tibber M.S., Anderson E.J., Bobin T., et al.* Local and Global Limits on Visual Processing in Schizophrenia // *PLoS ONE*. 2015. Vol. 10. № 2. P. 1–17. doi:10.1371/journal.pone.0117951. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0117951> (дата обращения: 19.09.2018)
15. *Van Dijke A., Van Wout M., Ford J.D., et al.* Deficits in Degraded Facial Affect Labeling in Schizophrenia and Borderline Personality Disorder // *PLoS ONE*. 2016. Vol. 11. № 6. P. 1–16. doi:10.1371/journal.pone.0154145. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0154145> (дата обращения: 19.09.2018).

The Use of Visual Perceptual Tasks for Study of Cognitive Processes in Anankastic Personality Disorder and Pseudoneurotic Schizophrenia

Chepeliuk A.A.,

Postgraduate student, chair of neuro- and pathopsychology, Faculty of psychology, Lomonosov Moscow State University; researcher, Laboratory of clinical psychopharmacology, FSBI "Zakusov Institute of Pharmacology", Moscow, Russian Federation, staysha@yandex.ru

Vinogradova M.G.,

PhD (Psychology), chair of neuro-and pathopsychology, Faculty of psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation, mvinogradova@yandex.ru

The aim of present research was to investigate the performance of visual perceptual tasks with varying the degree of uncertainty and levels of regulation prescribed by vague, verbal and non-verbal instructions. The modified Witkin test and Wechsler Adult Intelligence Scale, a revised form (WAIS-R) were used. 36 anankastic personality disorder patients (mean age $31,9 \pm 9,8$ years), 38 schizophrenic patients (pseudoneurotic type, mean age $30,8 \pm 8,7$ years) and 100 healthy controls (mean age $27,5 \pm 8,5$ years) were enrolled to the study. It was established that the effectiveness of the performance of visual perceptive tasks in conditions of vague instruction did not differ among the subjects of all three groups. The introduction of additional verbal instruction increased the performance of healthy subjects and patients with anankastic personality disorder, in contrast to patients with schizophrenia. In conditions of nonverbal instruction, the effectiveness of performing was reduced in clinical and control groups, but the parameters of healthy subjects were significantly higher ($p \leq 0,05$). It was found in schizophrenia an increase in the number and strength of the correlation between the indices of the performance of visual perceptual tasks and the non-verbal parameters of Wechsler Adult Intelligence Scale.

Keywords: visual perceptual tasks, the modified Witkin test, personality disorders, schizophrenia, obsessive compulsive personality disorder, pseudoneurotic schizophrenia.

References

1. Vinogradova M.G. Perspektivy issledovaniya osobennostei kognitivnykh protsessov pri rasstroistvakh lichnosti [Directions for studying the peculiarities of cognitive processes in personality disorders]. In N.V. Zvereva, R.F. Roshchina (eds.) *Materialy Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii "Teoreticheskie i prikladnye problemy meditsinskoi (klinicheskoi) psikhologii" (g. Moskva, 14-15 fevralya 2013 g.)* [Proceedings of the All-Russian Scientific and Practical Conference "Conceptual and applied problems of clinical psychology"]. Moscow: publ. of MSUPE, 2013, pp. 52–53.
2. Vinogradova M.G., Ermusheva A.A., Shabanova A.A. K probleme issledovaniya poznavatel'noi deyatelnosti pri rasstroistvakh lichnosti [To the problem of research of cognitive processes in personality disorders]. In A.F. Dolmatov (ed.) *Materialy Pyatoi Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii "Psikhologiya i pedagogika v sisteme gumanitarnogo znaniya" (g. Moskva, 27-28 dekabrya 2012 g. T. 2)* [Proceedings of the Fifth International Scientific and Practical Conference "Psychology and education science in the system of the humanities knowledge". Vol. 2]. Moscow: Spetskniga, 2012, pp. 36–43.
3. Vinogradova M.G., Shabanova A.A. Metodicheskie rekomendatsii k provedeniyu modifitsirovannogo testa G. Vitkina [The methodological recommendations on modified Witkin test]. Moscow: Arbat, 2014. 48 p.
4. Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov Yu.F. Patologiya psikhicheskoy deyatelnosti pri shizofrenii: motivatsiya, obshchenie, poznanie [The pathology of psychic activity in schizophrenia: motivation, communication and cognition]. Moscow: publ. of MGU, 1991. 256 p.
5. Smulevich A.B., Dubnitskaya E.B., Il'ina N.A. Rasstroistva lichnosti: aktual'nye aspekty sistematiki, dinamiki i terapii [Personality disorders: actual facets of classification, dynamics and therapy]. *Zhurnal psikhiiatrii [Psychiatry]*, 2003, vol. 5, no. 5, pp. 7–16. (In Russ., abstr. in Engl.)
6. Ansari Z., Fadardi J.S. Enhanced visual performance in obsessive compulsive personality disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2016, vol. 57, no. 6, pp. 542–546. doi:10.1111/sjop.12312
7. Berkovitch L., Dehaene S., Gaillard R. Disruption of Conscious Access in Schizophrenia. *Trends in Cognitive Sciences*, 2017, vol. 21, no. 11, pp. 878–892. doi:10.1016/J.TICS.2017.08.006
8. Hazlett E.A., Rothstein E.G., Ferreira R, et al. Sensory gating disturbances in the spectrum: Similarities and differences in schizotypal personality disorder and schizophrenia. *Schizophrenia research*, 2015, vol. 161, no. 2-3, pp. 283–290. doi:10.1016/j.schres.2014.11.020

9. Keane B.P., Cruz L.N., Paterno D., et al. Self-Reported Visual Perceptual Abnormalities Are Strongly Associated with Core Clinical Features in Psychotic Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 2018, vol. 9, no. 69, pp. 1–10. doi:10.3389/fpsy.2018.00069
10. López-Luengo B., González-Andrade A., García-Cobo M. Not All Differences between Patients with Schizophrenia and Healthy Subjects Are Pathological: Performance on the Conners' Continuous Performance Test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 2016, vol. 31, no. 8, pp. 1–13. doi:10.1093/arclin/acw075
11. McCallum S.R. Context of Nonverbal Assessment of Intelligence and Related Abilities. In McCallum S.R. (ed.) *Handbook of Nonverbal Assessment*. NY: Springer, 2003, pp. 3–19.
12. Ripoll L.H., Zaki J., Perez-Rodrigues M.M., et al. Empathic accuracy and cognition in schizotypal personality disorder. *Psychiatry Research*, 2013, vol. 210, no. 1, pp. 232–241. doi:10.1016/j.psychres.2013.05.025
13. Rohleder C., Koethe D., Fritze S., et al. Neural correlates of binocular depth inversion illusion in antipsychotic-naïve first-episode schizophrenia patient. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2018, pp. 1–14. doi:10.1007/s00406-018-0886-2. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-018-0886-2> (Accessed 19.09.2018).
14. Tibber M.S., Anderson E.J., Bobin T., et al. Local and Global Limits on Visual Processing in Schizophrenia. *PLoS ONE*, 2015, vol. 10, no. 2, pp. 1–17. doi:10.1371/journal.pone.0117951. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0117951> (Accessed 19.09.2018).
15. Van Dijke A., Van Wout M., Ford J.D., et al. Deficits in Degraded Facial Affect Labeling in Schizophrenia and Borderline Personality Disorder. *PLoS ONE*, 2016, vol. 11, no. 6, pp. 1–16. doi:10.1371/journal.pone.0154145. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0154145> (Accessed 19.09.2018).

Опросник проактивного копинга: адаптация на неклинической выборке и прогностические возможности

Белинская Е.П.,

доктор психологических наук, профессор, ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия, elena_belinskaya@list.ru

Вечерин А.В.,

кандидат психологических наук, старший преподаватель, НИУ «Высшая школа экономики», Москва, Россия, avecherin@hse.ru

Агадуллина Е.Р.,

кандидат психологических наук, доцент, НИУ «Высшая школа экономики», Москва, Россия, eagadullina@hse.ru

В статье представлены результаты русскоязычной адаптации опросника проактивного копинга. В исследовании приняли участие 405 русскоязычных респондентов (возраст от 18 до 63 лет, $M=20,50$; $SD=6,97$). По результатам содержательного анализа шкал и конфирматорного факторного анализа полная версия опросника на русскоязычной выборке продемонстрировала неудовлетворительные психометрические показатели. Предложена краткая версия опросника, которая хорошо соответствует эмпирическим данным. На основании регрессионного анализа были выявлены проактивные копинг-стратегии, которые являются предикторами высокой удовлетворенности жизнью. Наибольший вклад в уровень удовлетворенности жизнью вносит поиск эмоциональной поддержки и проактивный копинг. На основании структурного моделирования были изучены взаимосвязи стратегий совладания, позитивных и негативных эмоций и удовлетворенности жизнью. Полученные результаты свидетельствуют, что предикторами удовлетворенности жизнью являются позитивные эмоции и уверенность человека в том, что он успешно решит трудную жизненную ситуацию.

Ключевые слова: совладание с трудностями, проактивный копинг, стратегии совладания, удовлетворенность жизнью.

Для цитаты:

Белинская Е.П., Вечерин А.В., Агадуллина Е.Р. Опросник проактивного копинга: адаптация на неклинической выборке и прогностические возможности [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 192–211. doi: 10.17759/psycljn.2018070312

For citation:

Belinskaya E.P., Vecherin A.V., Agadullina E.R. Proactive Coping Inventory: Adaptation to a Non-Clinical Sample and the Predictive Capability [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 192–211. doi: 10.17759/psycljn. 2018070312 (In Russ., abstr. in Engl.)

Теоретическое введение

Проблематика совладания и в зарубежной, и в отечественной психологии сегодня однозначно является междисциплинарной, будучи широко представлена в таких ее предметных областях как психология личности, клиническая психология, социальная и возрастная психология. При этом наибольший массив эмпирических данных о возможных конструктивных и деструктивных стратегиях преодоления человеком жизненных трудностей, о тех или иных личностных и социальных ресурсах совладания, о роли особенностей восприятия человеком самой трудной ситуации накоплен в клинической психологии.

Последнее представляется вполне закономерным: каким бы широким ни было современное понимание совладания в тех или иных подходах, оно неминуемо апеллирует к процессу адаптации как своей финитной функции: основное психологическое предназначение процесса преодоления человеком трудностей (вне зависимости от степени их объективного существования и «масштаба») состоит в снижении стрессового воздействия и тем самым в обеспечении психологического благополучия, поддержания определенного качества жизни.

Соответственно, такое понимание акцентировало внимание исследователей на вопросе об эффективности/неэффективности (или продуктивности/непродуктивности) конкретных стратегий копинга. И несмотря на то что в других предметных областях психологии эта проблема оценивается весьма неоднозначно [4; 10], для клинической психологии характерно ее достаточно определенное решение, а именно: для лиц, страдающих тем или иным психическим заболеванием, непродуктивными стратегиями поведения будут те, которые ухудшают их состояние и увеличивают симптоматику [3], т.е. усиливают дезадаптацию.

Так, например, модель дезадаптивного поведения Н.А. Сироты и В.М. Ялтонского, созданная на внушительном клиническом материале, содержит конкретные признаки копинга, связанные с дезадаптацией, среди которых стоит

подчеркнуть преобладание избегающих стратегий над стратегиями поиска социальной поддержки и решения проблем, несбалансированность функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов копинг-механизмов, слабую осознаваемость стрессорного воздействия, а также низкую эффективность функционирования личностных ресурсов совладания (низкий уровень восприятия социальной поддержки, преобладание интернального локуса контроля и др.). Именно тесная взаимосвязь специфики копинга и уровня адаптации человека к стрессовым воздействиям ориентирует сегодня клиницистов на создание специфических профилактических программ в области психического здоровья – так называемой копинг-профилактики [6].

Интересным в этой связи является все большее внедрение в теоретические разработки и практику эмпирических исследований понятия проактивного совладания – как тех когнитивных, аффективных и поведенческих усилий, которые человек предпринимает до появления стрессового воздействия [13; 26]. Справедливо отмечается, что модели совладания, ориентированного на антиципацию будущих трудностей, могут стать серьезной теоретической базой для исследований и создания программ в области профилактики различных заболеваний и укрепления психического здоровья [7], тем более что, как показывают некоторые исследования, люди склонны использовать проактивное совладание в ситуации ухудшения здоровья чаще, чем в других сферах жизнедеятельности – материально-экономического положения, межличностных отношений и пр. [2; 25].

Представляется, что все больший акцент в современных исследованиях на идею проактивного совладания имел свои причины. Так, по мере своего методологического развития и углубления предметного поля исследования совладания с трудностями в значительной степени стали все более центрированы на изучении закономерностей когнитивной оценки трудной ситуации [18; 26]. При таком фокусе исследовательского интереса более очевидным стал определенный методологический просчет, а именно – фактический отказ на уровне разработки конкретных классификаций копинга от идей его динамического анализа. В самом деле, при преимущественном внимании к когнитивной оценке ситуации более очевидными становятся следствия неучета простого факта, а именно того, что каждый конкретный акт совладания опирается на предыдущий опыт переживания человеком тех или иных трудностей, который может существенно влиять на оценку ситуации. Соответственно, исследования совладания стали развиваться не столько по пути выделения возможных стратегий, сколько в направлении выделения процессуальных закономерностей совладания, составив новое «прочтение» исходной динамической модели Р. Лазаруса и С. Фолкман [23]. Соответственно, специфика совладания стала мыслиться как определяемая не только ситуацией или же особенностями личности, сколько стадией развития взаимодействия субъекта с трудной ситуацией. И представляется вполне логичным, что это привело к анализу активности человека, которую он может проявить до возникновения трудной ситуации.

На ранних этапах изучения проблематики копинга было предложено разделение совладающего поведения на антиципационное, состоящее в накоплении различных ресурсов (прежде всего эмоциональных) для того, чтобы справиться с грядущими неприятностями, и восстановительное, понимаемое как усилия саморегуляции для обретения психологического равновесия после трудных ситуаций. Собственно, на этой идее и стала потом базироваться модель проактивного, ориентированного на будущее совладания [13; 20; 26], ставшая современным воплощением динамической модели Лазаруса–Фолкман.

Основные отличия проактивного совладания от всех остальных его форм видятся нам в следующем.

Во-первых, в организации временной перспективы: подобный копинг ориентирован на будущее, человек создает собственные ресурсы для будущего совладания, к каковым относятся, например, оптимизм, самоконтроль, поиск смысла в том, что человек делает в жизни [18; 25]. Еще самые первые исследования в области проактивного совладания показали, что наиболее успешно его удается применять людям с определенными личностными особенностями: хорошо развитым самоконтролем, высокой самооценкой, высоким уровнем оптимизма и др. [13].

Очевидно, что проактивное совладание реализуется на самой начальной стадии взаимодействия «личность+ситуация», когда трудная ситуация даже еще и не возникла: оно является, по сути, этапом подготовки к будущему, а потому когнитивная оценка человеком своих ресурсов превалирует над оценкой самой ситуации.

Во-вторых, проактивное совладание представляет собой процесс специфического целеполагания: субъект отчетливо представляет себе возможности, которые есть в будущем, а также риски и возможные проблемы, но не оценивает их как угрозу собственному существованию или как боль и потерю. Напротив, совладая проактивно, люди оценивают возможную трудную ситуацию позитивно – как вызов, возможность вступить в противоборство с трудностями и выйти победителем.

В-третьих, проактивное совладание опирается на специфическое восприятие потенциальных трудных ситуаций как принципиально вероятностных событий, что приводит к динамике мотивации копинга.

Отметим, что из этих трех возможных направлений изучения предикторов проактивного совладания (а именно – особенностей временной перспективы, конкретных личностных диспозиций и мотивации) в эмпирических исследованиях в наибольшей степени представлено второе, что связано с доминированием сегодня так называемого ресурсного подхода при изучении копинга [9; 22]. Напомним, что одной из основных его идей стало предположение о наличии некоторого ключевого ресурса совладания с трудностями, который может направлять и контролировать использование других ресурсов. Исследования стали все чаще сосредоточиваться на

его поиске. При всем разнообразии полученных эмпирических данных в качестве такого ключевого ресурса чаще всего выделяют оптимизм [17], жизнестойкость и самоэффективность [10; 14; 18], т.е. диспозиции, тесно связанные с эмоциональной и мотивационной сферами, а также с целеполаганием. Представления о собственной самоэффективности не только определяют степень усилий, предпринимаемых человеком для решения своих актуальных проблем (т.е. реактивный копинг), но и в силу связанности с процессом целеполагания влияют на проактивное совладание [14].

Неоднозначные эмпирические данные получены при попытках установить связь проактивности в совладании с уровнем субъективного благополучия человека: некоторые исследователи отмечают, что далеко не все аспекты проактивного совладания положительно коррелируют с высоким уровнем субъективного благополучия [21], а на отечественной выборке отмечается отсутствие такой связи [9]. В чем-то похожие эмпирические данные касаются связи проактивного копинга и субъективной удовлетворенности жизнью. Так, недавнее зарубежное исследование на выборке студентов французских и румынских университетов не обнаружило взаимосвязи между этими показателями [16], а отечественное – показало ее наличие [11].

Даже столь краткий обзор существующей на сегодняшний день ситуации в изучении проактивного совладания позволяет оценить это направление исследований копинга как безусловно перспективное, и тем актуальнее становится вопрос его методического обеспечения. Отметим, что практически все зарубежные исследования используют опросник проактивного копинга – Proactive Coping Inventory, PCI, – разработанный в 1999 году Э. Грингласс, Р. Шварцером и С. Таубертом [19] и прошедший на сегодняшний день множественные валидизации на различных языковых выборках [12; 15]. Данный методический инструмент опирается на одну из наиболее детально разработанных сегодня моделей проактивного копинга – модель Е. Грингласс. С ее точки зрения, проактивный копинг интегрирует планирование и превентивные стратегии с проактивной саморегуляцией для достижения целей с использованием социальных ресурсов и эмоциональной саморегуляцией деятельности в целом [20]. Первоначальный перевод этого опросника на русский язык был выполнен Е.С. Старченковой [9], но данные о его валидации отсутствуют. Поэтому мы ставили своими задачами, во-первых, провести полноценную адаптацию данного опросника, а во-вторых, определить его прогностические возможности путем выявления возможных взаимосвязей различных аспектов проактивного совладания с эмоциональным состоянием человека и удовлетворенностью жизнью.

Выбор именно этих психологических конструкторов определялся их сильной взаимосвязью с субъективным переживанием своего здоровья и оценкой качества жизни в целом. По результатам многочисленных клинических исследований можно сделать вывод, что уровень удовлетворенности жизнью сильно взаимосвязан с субъективным переживанием клинических симптомов и общим самочувствием [8; 11; 25].

Методики и процедура исследования

Описание методик

1. *Опросник проактивного копинга* – ОПК (Proactive Coping Inventory, PCI). Опросник содержит 55 утверждений, распределенных по 6 шкалам. *Проактивное совладание* (ПРО) измеряет отношение человека к трудной ситуации как источнику позитивного опыта и уверенность в успешном решении благодаря его усилиям; по своему содержанию близко к конструкту самоэффективности [14]. *Рефлексивное совладание* (РЕФ) измеряет представление возможных вариантов поведения, когнитивную оценку ресурсов и прогноз результатов. *Стратегическое планирование* (СП) измеряет способность планирования будущих действий с дифференциацией отдельных задач. *Превентивное совладание* (ПРВ) измеряет способность предвосхищать трудные ситуации с опорой на прошлый опыт. *Поиск инструментальной поддержки* (ИП) фокусируется на поиске респондентом информации от других людей для решения трудной жизненной ситуации. *Поиск эмоциональной поддержки* (ЭП) измеряет способность к регуляции своего эмоционального состояния посредством коммуникации с другими людьми. Шкала ответов содержит четыре варианта: «абсолютно не согласен», «частично согласен», «скорее согласен, чем не согласен», «полностью согласен», которым при обработке присваиваются значения 1, 2, 3 или 4 балла соответственно [19].

2. *Опросник COPE* разработан для измерения представлений человека о предпочитаемых стратегиях совладания с трудными жизненными ситуациями. Шкалы опросника включают как активные копинг-стратегии, так и пассивные формы совладания (перечислены в табл. 4). В опроснике 60 утверждений, описывающих особенности поведения человека в трудной ситуации. Каждое утверждение предлагается оценить по шкале от 1 – «нет» до 4 – «часто» [1].

3. *Опросник удовлетворенности жизнью (SWLS)* предназначен для быстрой оценки общего чувства удовлетворения человеком своей жизнью [24]. Опросник состоит из пяти вопросов, каждый из которых оценивается по шкале Лайкерта от 1 («совершенно не согласен») до 7 («полностью согласен»). Пример вопроса: «Почти во всем моя жизнь соответствует моему идеалу».

4. *Опросник позитивных и негативных эмоций PANAS (русскоязычная адаптация)*. Опросник представляет собой список из 20 прилагательных. Респонденту предлагается оценить, в какой мере он чувствовал себя подобным образом в течение последних нескольких недель. Оценка производится по шкале от 1 («почти или совсем нет») до 5 («очень сильно») [5].

Выборка

В исследовании приняли участие 405 респондентов от 18 до 68 лет, 301 женщина (средний возраст – 20,40, медиана – 20, стандартное отклонение – 6,78) и 104 мужчины (средний возраст – 20,83, медиана – 20, стандартное отклонение – 7,52). Сбор данных проводился в форме онлайн-опроса.

Результаты исследования

Результаты сравнительного анализа данных различных исследований, представленных в табл. 1, позволяют сделать вывод об отсутствии значительных различий между выборками. Уровень согласованности шкал высокий (альфа Кронбаха больше 0,7).

Таблица 1

Описательные статистики по шкалам оригинального опросника (сравнение канадской, венгерской и российских выборок)

Показатели	Шкалы опросника					
	ПРО	РЕФ	СП	ПРВ	ИП	ЭП
Среднее ²	3,06	3,02	2,60	2,88	3,04	3,09
Среднее ³	2,98	2,98	2,64	2,88	2,49	2,75
Стандартное отклонение ²	0,43	4,48	0,63	0,49	0,57	0,62
Стандартное отклонение ³	0,41	0,50	0,70	0,49	0,60	0,70
Альфа Кронбаха ¹	0,85	0,79	0,71	0,83	0,85	0,73
Альфа Кронбаха ²	0,82	0,85	0,71	0,80	0,86	0,78
Альфа Кронбаха ³	0,77	0,83	0,77	0,78	0,85	0,81

Примечания: ПРО – проактивное совладание, РЕФ – рефлексивное совладание, СП – стратегическое планирование, ПРВ – превентивное совладание, ИП – поиск инструментальной поддержки, ЭП – поиск эмоциональной поддержки. 1 – Greenglass, et al., 1999 (канадская выборка, N=252); 2 – Almássy, et al., 2014 (венгерская выборка, N=452); 3 – российская выборка (N=405), 2018.

Для проверки факторной структуры опросника использовался конфирматорный факторный анализ с робастными стандартными ошибками и поправкой Саттора–Бентлер. Оригинальная факторная структура показала низкое соответствие факторной модели исходным данным ($df=1259$, $\chi^2=3025,73$; $p<0,01$; CFI=0,76; TLI=0,753, RMSEA=0,056). Анализ стандартизированных факторных нагрузок показал, что часть пунктов имеет нагрузку меньше 0,3.

В связи с тем, что оригинальный опросник демонстрирует неудовлетворительные психометрические показатели, было принято решение исключить пункты с сильной ковариацией и сходные по смыслу или сильно нагруженные на другие шкалы для улучшения психометрических показателей

опросника. В краткую версию вошло 27 пунктов (табл. 2). Полный текст пунктов краткой версии опросника и факторные нагрузки указаны в приложении.

Для анализа конвергентной валидности был выбран опросник COPE, как наиболее близкий по содержанию психологических конструктов и адаптированный для русскоязычной выборки [1].

Таблица 2

**Среднее, стандартное отклонение и корреляции
шкал краткой версии опросника ОПК**

Шкала	ПРО	РЕФ	ПЛ	ПРВ	ИП	ЭП
1. ПРО	M=2,98 SD=0,50					
2. РЕФ	0,36*	M=2,99 SD=0,59				
3. ПЛ	0,32*	0,42*	M=2,61 SD=0,74			
4. ПРВ	0,40*	0,67*	0,44*	M=2,87 SD=0,57		
5. ИП	0,10	0,09	0,10	0,10	M=2,69 SD=0,65	
6. ЭП	0,14	0,03	0,09	0,01	0,49*	M=2,67 SD=0,73

Примечание: * – $p \leq 0,001$. Расшифровку шкал см. табл. 1.

По результатам корреляционного анализа (табл. 3) шкал опросников ОПК и COPE были получены ожидаемые корреляции шкал Поиска инструментальной поддержки и Использования инструментальной социальной поддержки, Поиска эмоциональной поддержки и Использования эмоциональной социальной поддержки. Аналогичная ситуация со шкалами «ПРО» и «РЕФ».

Неожиданным результатом стала слабая корреляция между шкалами планирования. Содержательный анализ пунктов показал, что шкалы имеют несколько разное содержание. В опроснике COPE измеряется представление человека о том, что он планирует свои действия, в то время как в опроснике Проактивного совладающего поведения спрашивается о разделении проблемы на отдельные задачи и планировании отдельных этапов достижения цели, т.е. речь идет не о планировании в общем, а о стратегическом планировании.

Таблица 3

Корреляции шкал опросников ОПК (краткая версия) и COPE

	ПРО	РЕФ	ПЛ	ПРВ	ИП	ЭП
Позитивное переформулирование и личностный рост	0,42***	0,20**		0,22**		
Мысленный уход от проблемы					0,34***	0,27***
Концентрация на эмоциях и их активное выражение					0,24***	0,36***
Использование инструментальной социальной поддержки					0,61***	0,55***
Активное совладание	0,38***	0,40***	0,28***	0,35***		
Юмор	0,25***				0,19*	0,21**
Поведенческий уход от проблемы	-0,33***					
Сдерживание		0,45***	0,20**	0,36***		
Использование эмоциональной социальной поддержки					0,51***	0,62***
Подавление конкурирующей деятельности	0,23***	0,35***	0,32***	0,33***		
Планирование	0,46***	0,47***	0,30***	0,40***		

Примечание. * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$; *** – $p \leq 0,001$; по переменным с пустыми ячейками связи не значимы. Расшифровку шкал см. табл. 1.

Прогностические возможности опросника проактивного копинга

Было выдвинуто предположение, что проактивные копинг-стратегии как формы активного совладания со сложными жизненными ситуациями могут приводить к повышению удовлетворенности жизнью. Для проверки этой гипотезы использовался регрессионный анализ (табл. 4).

Таблица 4

Результаты регрессионного анализа проактивных копинг-стратегий как предиктора удовлетворенности жизнью

Предиктор	b	b [95% CI]	beta	beta [95% CI]	Качество модели
(Intercept)	10,09**	[6,02; 14,29]			$R^2 = 0,172^{**}$ 95% CI [0,11; 0,27]
ПРО	1,95**	[0,68; 3,25]	0,19	[0,07; 0,31]	
РЕФ	-1,56*	[-2,71; - 0,44]	-0,19	[-0,33; - 0,06]	
ПЛ	0,87*	[0,10; 1,66]	0,14	[0,02; 0,25]	
ПРВ	1,34*	[0,10; 2,54]	0,16	[0,01; 0,31]	
ИП	-0,91	[-1,79; 0,02]	-0,12	[-0,24; 0,00]	
ЭП	1,96**	[1,16; 2,72]	0,31	[0,18; 0,42]	

Примечание: b – нестандартизированные регрессионные коэффициенты, beta – стандартизированные регрессионные коэффициенты, * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$.

Краткий вариант опросника ОПК на российской выборке позволяет объяснить 17 % дисперсии удовлетворенности жизнью. Заметим, что в связи с проблемой множественных сравнений уровень значимости предиктора $p < 0,05$ не позволяет сделать статистически надежный вывод. Наибольший положительный вклад вносит шкала ЭП. Поиск эмоциональной поддержки в опроснике ОПК ориентирован на активный поиск эмоциональной поддержки со стороны окружающих, что, возможно, приводит к увеличению адаптационных ресурсов и соответствующему повышению удовлетворенности жизнью.

Шкала ПРО также вносит положительный вклад в удовлетворенность жизнью, но у регрессионного коэффициента достаточно широкий 95% доверительный интервал (от 0,07 до 0,31). Анализ вклада каждого предиктора показал, что наша модель хорошо предсказывает средние и высокие значения, но значительно хуже предсказывает низкие значения удовлетворенности жизнью. Неожиданные результаты были получены по шкале РЕФ, которая вносит отрицательный вклад в удовлетворенность жизнью. Иными словами, для людей с высокими показателями удовлетворенности жизнью менее характерно задумываться над проблемной ситуацией и оценивать ресурсы для ее решения. Представляется, что полученные

результаты согласуются с возникающим в психотерапии эффектом снижения общей удовлетворенности жизнью и возникновению негативных эмоций на первых этапах терапии в связи с высокой когнитивной трудностью процесса рефлексии.

Нами было выдвинуто предположение, что взаимосвязь проактивных копинг-стратегий и удовлетворенности жизнью может быть опосредована позитивными и негативными эмоциями. Иными словами, проактивные копинг-стратегии связаны с реализацией деятельности, направленной на совладание с трудностями, в процессе и результате которой возникают определенные эмоции, выполняющие индикативную функцию, на основании чего человек и делает заключение о своей удовлетворенности жизнью. \

Для проверки этого предположения использовался метод моделирования структурными уравнениями. В итоговую модель были включены только шкалы ПРО и ЭП, показавшие наибольшую прогностическую силу. Результаты анализа представлены на рис. 1. Модель продемонстрировала хорошие показатели соответствия эмпирическим данным ($df=336$; $\chi^2=505,46$; $p<0,01$; $CFI=0,95$; $TLI=0,94$; $RMSEA=0,04$) и объясняет 36 % дисперсии удовлетворенности жизнью (рис. 1).

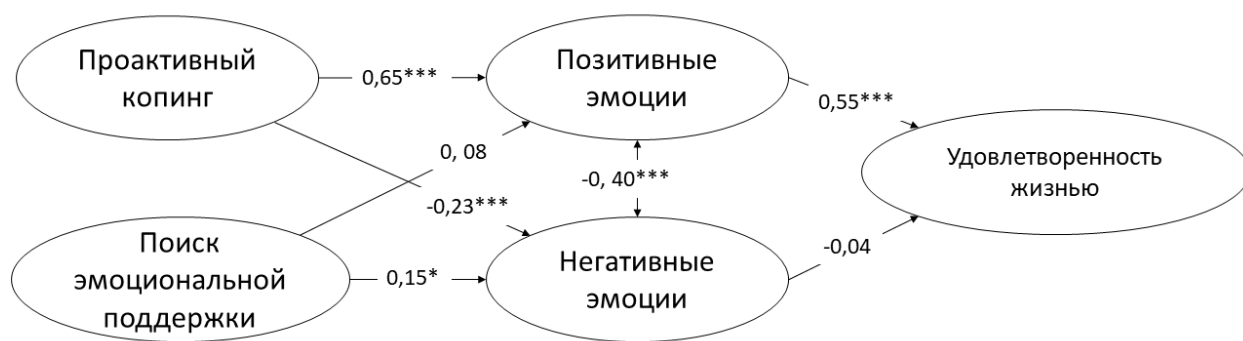


Рис. 1. Результаты структурного моделирования взаимосвязи копинг-стратегий, эмоций и удовлетворенности жизнью

Примечание. * – $p\leq 0,05$; *** – $p\leq 0,001$.

Наиболее сильная взаимосвязь наблюдается между проактивным копингом и позитивными эмоциями, а также позитивными эмоциями и удовлетворенностью жизнью. Люди с высокими показателями по шкале ПРО реже переживают негативные эмоции, что можно объяснить близостью этой шкалы к оптимистичному взгляду на жизнь и к более высокой уверенности в своих силах. Переживание негативных эмоций не вносит значимый вклад в уровень удовлетворенности жизнью. Можно объяснить полученные данные следующим. В случае возникновения трудной жизненной ситуации оценка человеком своих адаптационных ресурсов происходит с учетом уверенности в том, насколько он будет эффективен в решении возникшей задачи. В случае высокой уверенности разворачивается активная деятельность, сопровождающаяся переживанием позитивных эмоций и как результат высокой удовлетворенностью жизнью. Если на

данном фоне происходит переживание негативных эмоций, то начинается поиск эмоциональной поддержки, пока эмоциональный фон не стабилизируется. Следует заметить, что структурное моделирование в срезовых исследованиях не позволяет сделать выводы о каузальности связи. Возможны альтернативные объяснения: например, негативные эмоции могут выступать как первоначальный индикатор трудной жизненной ситуации и запускать различные копинг-стратегии.

Заключение

В исследовании была проведена русскоязычная адаптация опросника проактивного копинга. Было показано, что на российской выборке факторная структура опросника неудовлетворительная. Возможно, это связано с большим количеством пунктов опросника, смысл которых воспринимается респондентами сходным образом. Для решения этой проблемы была предложена краткая версия опросника, обладающая лучшими психометрическими показателями. На основании сравнительного анализа опросников ОПК и COPE были получены результаты, показывающие взаимосвязи близких по смыслу шкал, что может говорить о хорошей конвергентной валидности.

Были изучены взаимосвязи проактивных стратегий совладания с удовлетворенностью жизнью и эмоциональным состоянием как индикаторами субъективного благополучия личности. Полученные результаты позволяют сделать вывод о положительной взаимосвязи проактивного копинга и поиска эмоциональной поддержки. Анализ структурной модели, включающей особенности эмоциональных состояний, позволяет сделать вывод, что проактивный копинг опосредуется переживанием преимущественно положительных эмоций, которые в свою очередь являются хорошим предиктором высокой удовлетворенности жизнью.

Литература

1. Гордеева Т.О., Осин Е.Н., Рассказова Е.И. и др. Диагностика копинг-стратегий: адаптация опросника COPE // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе: Материалы II Международной научно-практической конференции. Т. 2. Кострома, изд-во КГУ им. Н.А. Некрасова 2010. С. 195–197.

2. Ковалева Е.Л. Копинг-стратегии людей с инвалидностью с разными уровнями ролевой виктимности [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 4. С. 93–102. doi: 10.17759/psyclin.20160504 (дата обращения: 01.07.2018).

3. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни: дисс. ... доктора психол. наук. Кострома, 2005. 473 с.

4. Львова Е.Н., Митина О.В., Шлягина Е.И. Личностные предикторы совладающего поведения в ситуации неопределенности [Электронный ресурс] // Психологические исследования (электронный журнал). 2015. Т.8. № 40. URL: <http://www.psystudy.ru/index.php/num/2015v8n40/1112-lvova40.html> (дата обращения: 01.07.2018).
5. Осин Е.Н. Измерение позитивных и негативных эмоций: разработка русскоязычного аналога методики PANAS // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2012. Т. 9, № 4. С. 91–110.
6. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. М.: Академия, 2007. 176 с.
7. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Применение и внедрение программ реабилитации и профилактики зависимого поведения как актуальная задача российской клинической психологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 2. URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer05.php (дата обращения: 01.07.2018).
8. Сирота Н.А., Ярославская М.А. Исследование проактивного совладающего поведения у больных шизотипическим расстройством [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2014. Т. 6. № 1. С. 8. URL: http://mprj.ru/archiv_global/2014_1_24/nomer01.php (дата обращения: 01.07.2018).
9. Старченкова Е.С. Ресурсы проактивного совладающего поведения // Вестник СПбГУ. 2012. Сер. 12. Вып. 1. С. 51–61.
10. Хачатурова М.Р. Совладающий репертуар личности: обзор зарубежных исследований // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2013. Т. 10. № 3. С. 160–169.
11. Яременко А.И., Исаева Е.Р., Колегова Т.Е., Ситкина Е.В., Васильева Ю.В. Удовлетворенность качеством жизни пациентов с минимальными рубцовыми деформациями лица и шеи [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7. № 1. С. 75–90. doi: 10.17759/psyclin.2018070106. (дата обращения: 01.07.2018).
12. Almásy Z., Pék G., Papp G. The psychometric properties of the Hungarian version of the Proactive Coping Inventory: reliability, construct validity and factor structure // International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2014. Vol. 14. № 1. P. 115–124. URL: <https://doi.org/10.1037/t65351-000> (дата обращения: 01.07.2018).
13. Aspinwall L., Taylor S. A stitch in time: Self-regulation and proactive coping // Psychological Bulletin. 1997. Vol. 121. № 3. P. 417–436. doi: 10.1037//0033-2909.121.3.417.
14. Bandura A., Freeman W., Lightsey R. Self-Efficacy: The Exercise of Control // Journal of Cognitive Psychotherapy. 1999. Vol. 13. № 2. P. 158–166. doi: 10.1891/0889-8391.13.2.158

15. *Bhushan B., Gautam R., Greenglass E.* Proactive Coping Inventory – Hindu Version. Psychtests Dataset. 2010. doi: 10.1037/t07294-000
16. *Bogdan C., Rioux L., Negovan V.* Place attachment, proactive coping and well-being in university environment. *Procedia // Social and Behavioral Sciences*. 2012. Vol. 33. P. 865–869. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.01.245
17. *Brissette I., Scheier M., Carver C.* The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition // *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002. Vol. 82. №1. P. 102–111. doi: 10.1037//0022-3514.82.1.102
18. *Frydenberg E.* Coping research: Historical background, links with emotion, and new research directions on adaptive processes // *Australian Journal of Psychology*. 2014. Vol. 66. № 2. P. 82–92. doi: 10.1111/ajpy.12051
19. *Greenglass E., Schwarzer R. Taubert S.* Proactive Coping Inventory. Psychtests Dataset. 1999. doi: 10.1037/t07292-000
20. *Greenglass E.R.* Proactive coping // *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges / E. Frydenberg (ed.)*. London: Oxford University Press, 2002. P. 37–62. doi: 10.1093/med:psych/9780198508144.001.0001.
21. *Greenglass E., Fiksenbaum L.* Proactive Coping, Positive Affect, and Well-Being // *European Psychologist*. 2009. Vol. 14. № 1. P. 29–39. doi: 10.1027/1016-9040.14.1.29
22. *Hobfoll S.* Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress. New York: Plenum, 1998. 275 p.
23. *Lazarus R.* Coping theory and research: past, present, and future // *Psychosomatic Medicine*. 1993. Vol. 55. № 3. P. 234–247. doi: 10.1097/00006842-199305000-00002
24. *Pavot W., Diener E.* The Satisfaction with Life Scale and the emerging construct of life satisfaction // *The Journal of Positive Psychology*. 2008. Vol. 3. № 2. P. 137–152. doi: 10.1080/17439760701756946
25. *Ouwehand C., de Ridder D., Bensing J.* Individual differences in the use of proactive coping strategies by middle-aged and older adults // *Personality and Individual Differences*. 2008. Vol. 45. № 1. P. 28–33. doi: 10.1016/j.paid.2008.02.013
26. *Schwarzer R.* Stress, resources, and proactive coping // *Applied Psychology: An International Review*. 2001. Vol. 50. № 3. P. 400–407.

Приложение

Сокращенная версия опросника проактивный копинг (ОПК)

№	№ ориг.	Название шкалы и текст пункта	Факторная нагрузка
Проактивный копинг			
1	4	Я люблю рисковать и преодолевать трудности	0,527
2	5	Я визуализирую свои мечты и стараюсь осуществить их	0,496
3	6	Несмотря на возникающие неудачи, я обычно добиваюсь своего	0,619
4	8	Я всегда стараюсь находить обходные пути в сложных ситуациях, и меня ничто не остановит	0,591
5	11	Я воспринимаю трудности как позитивный опыт	0,532
6	13	Если у меня возникает проблема, я беру инициативу в свои руки и решаю ее	0,537
Рефлексивный копинг			
7	16	Я обычно обдумываю несколько путей решения проблем, а не действую импульсивно, по первому побуждению	0,612
8	20	Прежде чем браться за трудное задание, я продумываю различные пути достижения успеха	0,616
9	21	Я приступаю к действиям только после тщательного обдумывания	0,792
10	23	Я смотрю на проблему под разными углами до тех пор, пока не нахожу пути для ее решения	0,710
11	25	Я думаю о возможных последствиях перед тем, как взяться за решение проблемы	0,546
Планирование			
12	27	Я обычно составляю план и следую ему	0,794
13	28	Я разбиваю проблему на части и решаю каждую по отдельности в свое время	0,668
14	29	Я составляю список того, что надо сделать, и стараюсь вначале сфокусироваться на важных пунктах	0,648
Превентивный копинг			
15	30	В моих планах я стараюсь учесть различные случайности	0,590
16	32	Я стараюсь быть готовым ко всему	0,491
17	34	Прежде чем действовать, я обдумываю свою стратегию	0,747

18	37	Я думаю на шаг вперед, чтобы предотвратить опасные последствия	0,701
19	39	Я стараюсь разумно распоряжаться своими деньгами, чтобы не было проблем в будущем	0,338
		Поиск инструментальной поддержки	
20	40	Советы других людей могут помочь в решении моих проблем	0,565
21	43	Я легко могу найти людей, способных помочь мне принять правильное решение	0,642
22	44	Я часто спрашиваю других, что бы они сделали в моей ситуации	0,631
23	45	Обсуждение с другими своих проблем может дать новый взгляд на ситуацию	0,736
		Поиск эмоциональной поддержки	
24	48	Если я подавлен, я знаю, кто именно может помочь мне почувствовать себя лучше	0,550
25	49	Другие люди помогают мне почувствовать себя окруженным заботой	0,674
26	51	Когда нахожусь в плохом настроении, я говорю об этом с другими	0,678
27	52	Я доверяю свои чувства другим людям, чтобы построить или укрепить близкие отношения	0,785

Примечание. Уровень значимости для всех шкал – $p \leq 0,001$, № ориг. – номер пункта в оригинальной версии опросника.

Proactive Coping Inventory: Adaptation to a Non-Clinical Sample and the Predictive Capability

Belinskaya E.P.,

Doctor in psychology, professor, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, elena@belinskaya@list.ru

Vecherin A.V.,

Ph.D. in psychology, senior lecturer, National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia, avecherin@hse.ru

Agadullina E.R.,

Ph.D. in psychology, senior lecturer, National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia, eagadullina@hse.ru

The article presents the results of the Russian-language adaptation of the proactive copying questionnaire. The study involved 405 Russian-speaking respondents (age from 18 to 63 years, $M = 20,5$, $SD = 6,97$). Based on the analysis of scales and confirmatory factor analysis, the full version of the questionnaire on the Russian-language sample showed unsatisfactory psychometric indicators. A short version of the questionnaire is proposed, which corresponds well to empirical data. Based on the regression analysis, proactive coping strategies were identified. These strategies are predictors of high life satisfaction. The greatest contribution to the level of satisfaction with life is the search for emotional support and proactive copying. On the basis of structural modeling, the relationships of coping strategies, positive and negative emotions and life satisfaction were studied. The results show that the predictors of life satisfaction are positive emotions and a person's confidence that he will successfully solve a difficult life situation.

Keywords: coping with difficulties, proactive coping, coping strategies, life satisfaction.

References

1. Gordeeva T.O., Osin E.N., Rasskazova E.A., Sichev O.A., Shevyahova V.U. Diagnostika koping-strategiy: adaptaciya oprosnika COPE [Diagnosis of coping strategies: adaptation of the COPE questionnaire]. In *Psihologiya stressa I sovladayuschego povedeniya v*

sovremennom rossiyskom obschestve. Materiali II mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferencii [Psychology of stress and coping behavior in modern Russian society. Materials of the II International Scientific and Practical Conference]. Vol. 2. Kostroma: publ. of N.A. Nekrasov KSU, 2010. Pp. 195–197.

2. Kovaleva E.L. Koping-strategii lyudej s invalidnost'yu s raznymi urovnyami rolevoj viktимности [Coping strategies of people with disabilities with different levels of role-based victimization] [Web source]. *Klinicheskaya i special'naya psihologiya [Clinical and special psychology]*, 2016, vol. 5, no. 4, pp. 93–102. doi: 10.17759/psyclin.20160504 (Accessed: 01.07.2018).

3. Kryukova T.L. Psihologiya sovladayushchego povedeniya v raznye periody zhizni: diss. ... doktora psihol. nauk [Psychology of coping behavior in different periods of life: Doctor thesis]. Kostroma, 2005. 473 p.

4. L'vova E.N., Mitina O.V., Shlyagina E.I. Lichnostnye prediktory sovladayushchego povedeniya v situacii neopredelennosti [Personal predictors of coping behavior in a situation of uncertainty] [Web source]. *Psihologicheskie issledovaniya [Psychological research]*, 2015, vol. 8, no. 40 URL: <http://www.psystudy.ru/index.php/num/2015v8n40/1112-lvova40.html> (Accessed: 01.07.2018).

5. Osin E.N. Izmerenie pozitivnyh i negativnyh ehmocij: razrabotka russkoyazychnogo analoga metodiki PANAS [Measurement of positive and negative emotions: development of a Russian-language analogue of the PANAS questionnaire]. *Psihologiya. Zhurnal Vyshey shkoly ehkonomiki [Psychology. Journal of High School of Economics]*, 2012, vol. 9, no. 4, pp. 91–110.

6. Sirota N.A., Yaltonskij V.M. Profilaktika narkomanii i alkoholizma [Prevention of drug addiction and alcoholism]. Moscow: Akademiya, 2007. 176 p.

7. Sirota N.A., Yaltonskij V.M. Primenenie i vnedrenie programm reabilitacii i profilaktiki zavisimogo povedeniya kak aktual'naya zadacha rossijskoj klinicheskoy psihologii [The application and implementation of rehabilitation programs and the prevention of dependent behavior as an urgent task of Russian clinical psychology] [Web source]. *Medicinskaya psihologiya v Rossii: ehlektron. nauch. zhurn [Medical psychology in Russia: electronic scientific journal]*, 2012, no. 2. URL: http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer05.php (Accessed: 01.07.2018).

8. Sirota N.A., Yaroslavskaya M.A. Issledovanie proaktivnogo sovladayushchego povedeniya u bol'nyh shizotipicheskim rasstrojstvom [Study proactive coping behavior in patients with schizotypic disorder] [Web source]. *Medicinskaya psihologiya v Rossii: ehlektron. nauch. zhurn [Medical psychology in Russia: electronic scientific journal]*, 2014, vol. 6, no. 1, p. 8. URL: http://mprij.ru/archiv_global/2014_1_24/nomer01.php (Accessed: 01.07.2018).

9. Starchenkova E.S. Resursy proaktivnogo sovladayushchego povedeniya [Resources of proactive coping behavior]. *Vestnik SPbGU [Bulletin of St. Petersburg State University]*, 2012, vol. 12, no. 1, pp. 51–61.

10. Hachaturova M.R. Sovladayushchij repertuar lichnosti: obzor zarubezhnyh issledovanij [A co-ordinating repertoire of personality: an overview of foreign research]. *Psihologiya. Zhurnal Vysshej shkoly ehkonomiki [Psychology. Journal of High School of Economics]*, 2013, vol. 10, no. 3, pp. 160–169.
11. Yaremenko A.I., Isaeva E.R., Kolegova T.E., Sitkina E.V., Vasil'eva YU.V. Udovletvorennost' kachestvom zhizni pacientov s minimal'nymi rubcovymi deformacijami lica i shei [Satisfaction with the quality of life of patients with minimal scar deformities of the face and neck] [Web source]. *Klinicheskaya i special'naya psihologiya [Clinical and special psychology]*, 2018, vol. 7, no. 1, pp. 75–90. doi: 10.17759/psyclin.2018070106 (Accessed: 01.07.2018).
12. Almássy Z., Pék G., Papp G. The psychometric properties of the Hungarian version of the Proactive Coping Inventory: reliability, construct validity and factor structure. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2014, vol. 14, no. 1, pp. 115–124. URL: <https://doi.org/10.1037/t65351-000> (Accessed: 01.07.2018).
13. Aspinwall L., Taylor S. A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 1997, vol. 121, no. 3, pp. 417–436. doi: 10.1037//0033-2909.121.3.417.
14. Bandura A., Freeman W., Lightsey, R. Self-Efficacy: The Exercise of Control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1999, vol. 13, no. 2, pp. 158–166. doi: 10.1891/0889-8391.13.2.158
15. Bhushan B., Gautam R., Greenglass E. Proactive Coping Inventory – Hindu Version. *Psyctests Dataset*, 2010. doi: 10.1037/t07294-000
16. Bogdan C., Rioux L., Negovan V. Place attachment, proactive coping and well-being in university environment. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, 2012, vol. 33, pp. 865–869. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.01.245
17. Brissette I., Scheier M., Carver C. The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2002, vol. 82, no. 1, pp. 102–111. doi: 10.1037//0022-3514.82.1.102
18. Frydenberg E. Coping research: Historical background, links with emotion, and new research directions on adaptive processes. *Australian Journal of Psychology*, 2014, vol. 66, no. 2, pp. 82–92. doi: 10.1111/ajpy.12051
19. Greenglass E., Schwarzer R., Taubert S. Proactive Coping Inventory. *Psyctests Dataset*, 1999. doi: 10.1037/t07292-000
20. Greenglass E.R. Proactive coping. In E. Frydenberg (ed.) *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges*. London: Oxford University Press, 2002, pp. 37–62. doi: 10.1093/med:psych/9780198508144.001.0001.

21. Greenglass E., Fiksenbaum L. Proactive Coping, Positive Affect, and Well-Being. *European Psychologist*, 2009, vol. 14, no. 1, pp. 29–39. doi: 10.1027/1016-9040.14.1.29
22. Hobfoll S. Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress. N.Y.: Plenum, 1998. 275 p.
23. Lazarus R. Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 1993, vol. 55, no. 3, pp. 234–247. doi: 10.1097/00006842-199305000-00002
24. Pavot W., Diener E. The Satisfaction with Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2008, vol. 3, no. 2, pp. 137–152. doi: 10.1080/17439760701756946
25. Ouwehand C., de Ridder D., Bensing J. Individual differences in the use of proactive coping strategies by middle-aged and older adults. *Personality and Individual Differences*, 2008, vol. 45, no. 1, pp. 28–33. doi: 10.1016/j.paid.2008.02.013
26. Schwarzer R. Stress, resources, and proactive coping. *Applied Psychology: An International Review*, 2001, vol. 50, no. 3, pp. 400–407.

К юбилею С.Н. Ениколопова: новые горизонты клинической психологии

Зверева Н.В.,

кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, профессор кафедры нейро- и патопсихологии. ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия, nwzvereva@mail.ru

Статья посвящена юбилейной дате – 70-летию Сергея Николаевича Ениколопова, одного из ведущих современных психологов в области клинической и юридической психологии. Представлены краткие биографические данные и основные вехи научного творчества в области клинической (медицинской) и юридической (криминальной) психологии. Научный путь С.Н. Ениколопова отражает новые и новейшие тенденции в современной психологии. Выпускник факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова С.Н. Ениколопов поддерживает высокую планку альма-матер, ему принадлежит первенство во многих научных исследовательских программах на протяжении сорока лет. В круг интересов входят эндогенная психическая патология, психологическая диагностика, психология агрессии, виктимность, этнопсихология, исследования юмора и многое другое. Отражены публикационная активность и педагогическая деятельность юбиляра, его работа как руководителя отдела медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ.

Ключевые слова: юбилей, С.Н. Ениколопов, факультет психологии МГУ, клиническая психология, юридическая психология, психологическая диагностика, Научный центр психического здоровья.

Для цитаты:

Зверева Н.В. К юбилею С.Н. Ениколопова: новые горизонты клинической психологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 212–216. doi: 10.17759/psycljn.2018070313

For citation:

Zvereva N.V. To the Anniversary of Sergey Enikolopov: New Perspectives of Clinical Psychology [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 212–216. doi: 10.17759/psycljn.2018070313 (In Russ., abstr. in Engl.)

Август – время подводить итоги перед началом нового учебного года, отчетного периода в научных учреждениях, театральном-концертном сезоне, сессии Государственной думы и т.п.

В августе 2018 встречал свой 70-летний юбилей Сергей Николаевич Ениколопов, известный психолог, кандидат психологических наук, доцент факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, руководитель отдела медицинской психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Сергей Николаевич Ениколопов знаком не только коллегам-профессионалам или студентам и аспирантам, клиентам и пациентам, это человек, приходящий в трудные минуты в наши дома с экранов телевизоров как консультант и мудрый мыслитель, он знаком нам как автор книг научных и научно-популярных, как прекрасный и популярный лектор, консультант в Государственной думе и во многих других ролях. Ограничить сферу деятельности Сергея Николаевича только психологией, тем более только клинической психологией, было бы неправильно и неточно.

Родной город по рождению для Сергей Николаевича – Ереван, однако вся его последующая жизнь по настоящее время прочно связана с Москвой. Родившись в семье выдающегося химика, академика АН СССР Н.С. Ениколопова, Сергей Николаевич не сразу определился со своим профессиональным выбором. Начало пути было в Московском физико-техническом институте, в который он поступил в 1967 году, однако уже с 1968 года Сергей Николаевич продолжал обучение в Московском государственном университете им. М.В. Ломоносова на факультете психологии, который успешно закончил в 1972 году, застав в период обучения самых знаменитых ученых и преподавателей этого факультета – А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурию, П.Я. Гальперина, Б.В. Зейгарник и других.

С 1971 года С.Н. Ениколопов работает во Всесоюзном институте по изучению причин и разработке мер предупреждения преступности Прокуратуры СССР. Эта работа была связана с изучением криминальной агрессии, С.Н. Ениколопов стал одним из первых исследователей в этой сфере, равно как и в области этнопсихологии. С самого начала профессиональной деятельности и по настоящее время Сергей Николаевич занимается новыми областями применения психологического знания в различных сферах – клинической (в разделах и отраслях медицины – психиатрии, неврологии, психосоматике, перинатальной психологии), юридической (агрессия и агрессивность, виктимность, насилие в семье, вопросы экспертизы), социальной (вопросы стигматизации психически больного человека и специалистов, работающих с ним, соблюдение прав пациентов). Его кандидатская диссертация была защищена в 1984 году по юридической психологии, тема – «Агрессия и агрессивность насильственных преступников», гриф – «для служебного пользования».

В Научном центре психического здоровья С.Н. Ениколопов работает с 1983 года по настоящее время, первоначально – в лаборатории патопсихологии, руководимой Ю.Ф. Поляковым (1927–2002). За эти годы Центр не раз менял название (в 1983 году это Всесоюзный научный центр психического здоровья Академии медицинских наук СССР, а в 2018 – Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья»), но неизменной оставалась базовая тема

исследований этого учреждения, связанных с психическим здоровьем человека. Сергей Николаевич одним из первых в отечественной клинической психологии обратился к области социальной сферы, влияющей на психическое здоровье человека. С 1989 года он руководитель лаборатории психосоциальных исследований в институте профилактической психиатрии в рамках ВНЦПЗ, а с 1998 года и по сию пору – руководитель отдела клинической (в настоящее время – медицинской) психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». За долгие годы работы в Центре С.Н. Ениколопов сотрудничал с выдающимися учеными-психиатрами – классиками отечественной науки – А.В. Снежневским (1904–1987), А.К. Ануфриевым (1922–1992), М.Е. Вартамяном (1932–1993), М.Я. Цуцульковской (1924–2014), В.С. Ястребовым (1940–2017) и другими.

Среди интересующих Сергея Николаевича и его учеников тем – агрессия и агрессивное поведение, суицидальное и самоповреждающее поведение, стигматизация психически больных, вопросы виктимности, зависимое поведение, в том числе интернет-зависимость, перфекционизм, прокрастинация, помощь людям, оказавшимся в чрезвычайной ситуации социального, природного, техногенного характера, проблема насилия в семье и другие. В научной среде С.Н. Ениколопов известен не только как специалист, адаптирующий зарубежные средства диагностики (в частности, опросники Басса–Дарки, Басса–Перри и ряда других), но и как исследователь, открывающий новые направления клинической психологии. Среди этих направлений можно отметить изучение враждебности при длительно протекающей соматической и психической патологии, агрессивности при аффективной патологии, феноменов гелатофобии и гелатофилии в норме и при психической патологии, психолингвистики на новом современном витке интереса к этой области знаний и многое другое. Новые интересы сопровождают и организаторскую деятельность Сергея Николаевича. Он был членом организационных и программных комитетов конференций по криминальной психологии, исследованиям чувства юмора, конференций по проблемам диагностики в медицинской психологии (к юбилею С.Я. Рубинштейн в 2011 и 2016 годах), методологии клинической (медицинской) психологии (к юбилею Ю.Ф. Полякова в 2013 и 2018 годах) и других, в том числе зарубежных.

Общительность и незаурядные личностные качества позволяют Сергею Николаевичу Ениколопову, человеку широких взглядов и интересов, «быть своим» не только в московской психологической среде, но и в среде ленинградских (петербургских) коллег, что способствует объединению профессиональных интересов психологов разных направлений и школ. Он желанный гость на конференциях лучших университетов и научных учреждений Москвы, Санкт-Петербурга и других городов России, Армении, других стран (США, Кипр, Болгария), причем тематика этих конференций часто не узкопрофессиональная, а имеет междисциплинарный характер и большое социальное значение.

Сфера научных интересов С.Н. Ениколопова разнообразна, это и современная патопсихология, нейропсихология, психодиагностика, психосоматика, психология агрессивного поведения, психология виктимности, психология юмора, этнопсихология, психосемантика, самоповреждающее поведение и суицидология, семейное насилие, психотерапия, психология личности и многое другое. Масштабу

личности соответствует тематический и возрастной разброс исследуемых субъектов (пациентов, клиентов, испытуемых нормативной группы, лиц криминальной сферы и др.). Будучи руководителем одного из крупнейших в стране научных отделов по клинической психологии, Сергей Николаевич Ениколопов всегда неравнодушно относится к вопросам профессионального стандарта, профессиональной этики, подготовки и повышения квалификации клинических психологов, отстаивая право клинического психолога на широкий спектр исследовательских и диагностических средств, возможность творческого подхода и развития.

Еще одна сфера деятельности Сергея Николаевича – преподавательская. Во многих вузах России, прежде всего Москвы, студенты с удовольствием слушают и с восхищением вспоминают его курсы по психологии отклоняющегося поведения и другие. Среди учеников более 25 защитили кандидатские диссертации, выполненные под руководством С.Н. Ениколопова. Отдельно хочется отметить факультет психологии МГУ, на котором С.Н. Ениколопов работает много лет, а также Московский государственный психолого-педагогический университет, где С.Н. Ениколопов возглавлял кафедру криминальной психологии и читал курсы студентам практически всех психологических факультетов этого вуза. Более 20 книг, учебников, монографий, сборников трудов, методических рекомендаций написаны и изданы Сергеем Николаевичем лично и в соавторстве с коллегами и учениками, а общее количество опубликованных статей и материалов приближается к 300.

Отдельная сфера – участие в Экспертном совете и членство в Большом жюри Национального психологического конкурса «Золотая Психея». Сергей Николаевич был и среди лауреатов (2012, 2017 гг.) и победителей конкурса (2015, 2016 гг.).

Также необходимо сказать и о большой работе С.Н. Ениколопова в профессиональных сообществах – Российском обществе психиатров (РОП) и Российском психологическом обществе (РПО), в которых он является членом профильных комитетов и комиссий. Кроме того, С.Н. Ениколопов – член редколлегий и редакционных советов многих профессиональных журналов: «Психиатрия», «Медицинская психология в России», «Психология и право», «Национальный психологический журнал», «Армянский журнал психического здоровья».

Успешный в профессии, общении, социальном функционировании, Сергей Николаевич – замечательный дедушка, отец и муж.

Редакция журнала «Клиническая и специальная психология» искренне поздравляет юбиляра и желает Сергею Николаевичу Ениколопову долгих лет плодотворной насыщенной жизни.

To the Anniversary of Sergey Enikolopov: New Perspectives of Clinical Psychology

Zvereva N.V.,

PhD in Psychology, Leading Researcher, Professor of the Department of Neuro and Pathopsychology, FSBSI "Mental Health Research Centre», Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, nwzvereva@mail.ru

Present article is devoted to the jubilee date - the 70th anniversary of Sergei Nikolaevich Enikolopov, one of the leading modern psychologists in the field of clinical and forensic psychology. Brief biographical data and the main stages of scientific work in the field of clinical (medical) and forensic (criminal) psychology presented. Sergey Enikolopov's scientific path reflects new and emerging trends in modern psychology. He is a graduate of the Faculty of Psychology of the Lomonosov Moscow State University. Sergey Enikolopov supports the high standard of the alma mater; he has been the leader in many scientific research programs for forty years. The range of interests includes endogenous mental pathology, psychological assessment, psychology of aggression, victimology, ethnopsychology, studies of humor and much more. The publication activity and teaching activity of Sergey Enikolopov, his work as the head of department of medical psychology of Mental Health Research Center reflected.

Keywords: jubilee, S.N. Enikolopov, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, clinical psychology, forensic psychology, psychological diagnostics, Mental health research center.

К юбилею Татьяны Александровны Мешковой

Щербакова А.М.,

кандидат педагогических наук, старший научный сотрудник, профессор кафедры специальной психологии и реабилитологии факультета клинической и специальной психологии, Москва, Россия, scherbakovaam@mgppri.ru

Горбачевская Н.Л.,

доктор биологических наук, заведующая научной лабораторией Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра, ФГБОУ ВО МГППУ; профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития факультета клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ; ведущий научный сотрудник лаборатории нейрофизиологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, gorbachevskaya@yandex.ru

13 июля 2018 года отпраздновала свой юбилей заведующая и профессор кафедры дифференциальной психологии и психофизиологии факультета клинической и специальной психологии, заместитель главного редактора журнала «Клиническая и специальная психология» Татьяна Александровна Мешкова. Желаем Татьяне Александровне дальнейших творческих успехов, насыщенной профессиональной и личной жизни!

Ключевые слова: Т.А. Мешкова, юбилей, факультет клинической и специальной психологии.

Для цитаты:

Щербакова А.М., Горбачевская Н.Л. К юбилею Татьяны Александровны Мешковой [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 217–222. doi: 10.17759/psycljn.2018070314

For citation:

Shcherbakova A.M., Gorbachevskaya N.L. To the Jubilee of Tatiana Meshkova [Elektronnyy resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 217–222. doi: 10.17759/psycljn. 2018070314 (In Russ., abstr. in Engl.)

13 июля 2018 года отпраздновала свой юбилей заведующая и профессор кафедры дифференциальной психологии и психофизиологии факультета клинической и специальной психологии, заместитель главного редактора журнала «Клиническая и специальная психология» Татьяна Александровна Мешкова.

Татьяна Александровна с детства интересовалась биологией, занималась в кружке юных натуралистов, которым руководил Петр Петрович Смолин (главный хранитель Дарвиновского музея), училась в биологическом классе школы № 109 г. Москвы.

Высшее образование Татьяна Александровна получила на биологическом факультете Московского государственного университета им. Ломоносова по специальности «Физиология высшей нервной деятельности», завершив его в 1971 году с квалификацией «биолог-физиолог животных и человека». Курсовые и дипломные проекты были посвящены изучению поведения животных и выполнялись на кафедре высшей нервной деятельности. Во время учебы в МГУ она активно участвовала в природоохранной деятельности, была членом Дружины биофака МГУ по охране природы. Ее учебные достижения были отмечены дипломом с отличием.

Сразу после выпуска в 1971 году начала свою научно-педагогическую деятельность в качестве аспиранта лаборатории возрастной психогенетики Института общей и педагогической психологии АПН СССР (с 1992 года Психологический институт РАО). Ее кандидатская диссертация под руководством Инны Владимировны Равич-Щербо на тему «Исследование генетической детерминированности различных параметров электроэнцефалограммы человека близнецовым методом» по специальности «Психофизиология» была защищена в 1976 году. В диссертации, выполненной в русле эволюционно-генетического подхода с применением различных методов анализа, удалось получить ряд количественных характеристик множественных сведений ЭЭГ обоих полушарий и сравнить их у монозиготных и дизиготных близнецов. Эти результаты позволили автору предполагать, что функции филогенетически более молодых образований головного мозга подвержены большей изменчивости по сравнению с функциями структур более древних, зависящих преимущественно от действия наследственных факторов. В 1976 году Т.А. Мешкова получила научное звание старшего научного сотрудника (доцент по специальности). Являясь штатным сотрудником лаборатории возрастной психогенетики Института общей и педагогической психологии АПН СССР (Психологический институт РАО) с 1974 по 1997 годы, Татьяна Александровна стала одним из авторов коллективной монографии «Роль среды и наследственности в формировании индивидуальности человека», которая в 1990 году была удостоена первой премии Академии педагогических наук СССР. Она – автор многочисленных публикаций, часть из которых были переведены на иностранный язык и опубликованы в зарубежных изданиях (США, Италия, Германия). Научную работу Татьяна Александровна всегда совмещала с педагогической деятельностью – сначала в качестве школьного психолога, а затем как преподаватель ВУЗа. Она стояла у истоков создания и разработки учебного курса «Психогенетика», который в последние годы стал обязательным в Государственном

стандарте образования по специальности «Психология», является одним из соавторов учебника «Основы психогенетики» (1998). Комплект тестовых заданий по курсу «Психогенетика» и программа практики студентов, разработанные Т.А. Мешковой, были отмечены в числе лучших в конкурсе Учебно-методического объединения университетов по психологии. В 1999 году программа курса «Психогенетика» Т.А. Мешковой была отмечена премией Института «Открытое общество» (фонд Сороса). В этом же году в составе коллектива авторов Татьяна Александровна была удостоена звания лауреата премии Правительства Российской Федерации в области образования за цикл работ «Психогенетика как область науки и дисциплина в высшей школе». В 2003 году в рамках Федеральной научно-технической программы Минобразования «Создание системы открытого образования» Татьяной Александровной был подготовлен электронный учебно-методический комплекс по психогенетике, а в 2004 году вышло печатное издание учебно-методического комплекса «Психогенетика», включающее четыре книги.

В 1997 году Татьяна Александровна решилась на серьезный шаг – она возглавила новый, только что открытый факультет специальной психологии в Московском городском психолого-педагогическом университете. Огромный труд по разработке организационной структуры, подбору профессорско-преподавательского состава, определению стратегии развития нового факультета, без сомнения, можно назвать подвижничеством. По инициативе Татьяны Александровны Мешковой и под ее руководством организуется тесное взаимодействие факультета специальной психологии (в дальнейшем факультета клинической и специальной психологии) с учреждениями специального и инклюзивного образования, благотворительными фондами, общественными организациями, оказывающими помощь детям и молодежи с ограниченными возможностями здоровья и их семьям. С самого начала деятельности факультета студенты имеют возможность обучаться непосредственно на месте своей будущей работы, перенимая опыт ведущих специалистов-практиков, осваивая методы коррекционной работы с проблемными детьми и их семьями. Это один из источников высокого уровня квалификации первых и последующих выпускников, который высоко оценивается Государственной экзаменационной комиссией. Молодые специалисты – выпускники факультета – востребованы в учреждениях образования, здравоохранения, социальной сферы города Москвы.

Большое внимание Татьяна Александровна Мешкова уделяет воспитанию студенчества. По ее инициативе, во многом опирающейся на собственный студенческий опыт, на факультете в 2000 году создано студенческое общество волонтеров «Единый мир». Ведущими идеями волонтерского движения со времени создания и до сих пор являются:

- помощь в профессиональном и личностном самоопределении студентов-психологов и педагогов-психологов;
- воспитание активной социальной позиции молодежи;
- создание условий для успешной социализации и эффективной самореализации молодежи, развитие ее потенциала в интересах России.

Участвуя в волонтерском движении, студент имеет возможность получать новые знания, необходимые для обретения своей будущей профессии, пополнять и развивать свой личностный творческий потенциал и уверенность в себе.

Движение «Единый мир» всегда было открыто всем желающим – не только студентам факультета клинической и специальной психологии, но и других факультетов МГППУ, других вузов.

Работа с различными категориями социально незащищенных граждан страны (дети-инвалиды, дети-сироты, взрослые-инвалиды, пенсионеры) позволяет студентам с первого курса овладевать ключевыми профессиональными навыками работы психолога.

Взаимодействие кураторов со студентами в рамках волонтерского движения опирается, в первую очередь, на личностно-ориентированные психолого-педагогические технологии, которые предполагают формирование эмоционально-личностной позиции волонтера.

Волонтерами преимущественно являются студенты начальных курсов, находящиеся на первом этапе профессионального становления. Очень важно, что волонтерская деятельность позволяет студентам почувствовать себя компетентными и эффективными в сложных жизненных ситуациях, что способствует повышению мотивации в обретении профессиональных навыков и расширению психологического инструментария в работе с самыми разными категориями детей и взрослых с ограниченными возможностями здоровья. Волонтерское движение ценно и уникально своим триединством – привлекая студенческую молодежь к волонтерской деятельности, оно сочетает духовно-нравственное становление молодой личности с профессиональным ростом будущих специалистов, решая при этом социально значимые, остро стоящие перед обществом и государством проблемы.

В 2003 году за выдающиеся успехи в области образования Татьяна Александровна была награждена медалью Ушинского. Она является почетным работником высшего профессионального образования (2006), имеет две медали им. Г.И. Челпанова I и II степени, трижды стала лауреатом конкурса «Грант Москвы» в области наук и технологий, награждена Грамотой Правительства Москвы (2008), с 2017 года – почетный профессор Московского государственного психолого-педагогического университета.

В 2007 году МГППУ стал одним из победителей конкурса инновационных вузов в рамках Национального приоритетного проекта «Образование», и факультет клинической и специальной психологии под руководством Т.А. Мешковой успешно решил стоявшие перед ним задачи разработки новых специализаций – «Клиническая психология младенческого, раннего и дошкольного возраста», «Психологическая реабилитация и коррекция»; реализации проектов «Диагностика и коррекция нарушений психического развития при наследственной патологии», «Психофизиологическая диагностика детей и подростков». Итоги этой масштабной

работы эффективно реализуются в актуальной деятельности факультета клинической и специальной психологии.

С начала деятельности факультета и по настоящее время Татьяна Александровна Мешкова возглавляет кафедру дифференциальной психологии и психофизиологии (до 2015 года – кафедра дифференциальной психологии). Направления ее научных исследований: психогенетика, психофизиология, психобиология типичного и аномального развития, пищевое поведение и его нарушения.

Татьяна Александровна удивительно талантливый, всесторонне одаренный человек. Помимо высоких чисто профессиональных качеств, присущих человеку науки, она прекрасно разбирается в музыке, живописи, поэзии, сама чудесно поет, рисует, играет на фортепьяно, блестящий натуралист. К тому же она замечательный педагог, пользующийся любовью многочисленных учеников, редкостный руководитель, сумевший создать на факультете теплую и душевную обстановку, дающую постоянное ощущение радостного единения. Она чуткий, отзывчивый и верный товарищ, сумевший сохранить и школьных, и университетских друзей. Еще в студенческие годы, участвуя в студенческом природоохранном движении, она проявляла отличные организаторские качества и творческий подход к делу, умение брать на себя ответственность и отстаивать свою позицию. Это не в последнюю очередь позволило ей создать прекрасный творческий коллектив на факультете, который она возглавляла с момента его основания.

Стиль профессиональной деятельности Т.А. Мешковой – высокие ответственность, точность, продуктивность. В общении с коллегами она всегда вежлива, корректна, предупредительна. Татьяна Александровна являет собою образ настоящего ученого, интеллигента, человека высоких моральных качеств. Неся всю свою трудовую жизнь большие нагрузки, в том числе и связанные со значительной ответственностью, она смогла быть и счастливой женой, заботливой матерью, нежной бабушкой.

Желаем Татьяне Александровне дальнейших творческих успехов, насыщенной профессиональной и личной жизни!

To the Jubilee of Tatiana Meshkova

Scherbakova A.M.,

PhD. in Education, leading researcher, professor, chair of special psychology and rehabilitation, Department of clinical and special psychology, MSUPE, Moscow, Russia, scherbakovaam@mgppu.ru

Gorbachevskaya N.L.,

Doctor in Biology, head of scientific laboratory, professor, leading researcher, federal resource center for organization of comprehensive support to children with ASD, chair of developmental neuro- and pathopsychology, department of clinical and special psychology, MSUPE; laboratory of neurophysiology, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, gorbachevskaya@yandex.ru

July 13, 2018, the head and professor of chair of Differential Psychology and Psychophysiology of the department of Clinical and Special Psychology, deputy chief editor of the Clinical Psychology and Special Education Journal Tatyana Alexandrovna Meshkova celebrated her anniversary. We wish Tatiana Alexandrovna further creative success, rich professional and personal life!

Keywords: jubilee, T. Meshkova, Department of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, clinical psychology.

Расстройства аутистического спектра через призму сенсомоторной коррекции

Зверева Н.В.,

кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, профессор кафедры нейро- и патопсихологии. ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия, nwzvereva@mail

В статье представлена рецензия на учебно-методическое пособие Т.Г. Горячевой и Ю.В. Никитиной «Расстройства аутистического спектра у детей. Метод сенсомоторной коррекции». Отмечается значение появления пособия по отечественной технологии работы с детьми с расстройствами аутистического спектра (по методу сенсомоторной коррекции). В краткой форме представлено содержание книги, описаны методологические позиции авторов, отмечаются основные достоинства книги. Обозначена аудитория, для которой предназначено пособие.

Ключевые слова: рецензия, дети с расстройствами аутистического спектра (РАС), сенсомоторная коррекция.

Для цитаты:

Зверева Н.В. Расстройства аутистического спектра через призму сенсомоторной коррекции [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 223–228. doi: 10.17759/psycljn.2018070315

For citation:

Zvereva N.V. Autism Spectrum Disorders through the Prism of Sensorimotor Correction [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 3, pp. 223–228. doi: 10.17759/psycljn.2018070315 (In Russ., abstr. in Engl.)

В 2018 году библиотека учебных пособий и практических рекомендаций для специалистов, работающих с детьми с нарушениями аутистического круга, обогатилась новым изданием «Расстройства аутистического спектра у детей. Метод

сенсомоторной коррекции»¹. Это книга известных отечественных психологов – Татьяны Германовны Горячевой и Юлии Валерьевны Никитиной, имеющих большой стаж работы в психологии аномального развития. Востребованность такого издания и его актуальность определяются высокой частотой встречаемости расстройств аутистического спектра, необходимостью популяризации качественных отечественных средств психологической коррекции детей с аутистическими расстройствами.

Тема расстройств аутистического спектра (РАС) в последние годы является «топовой» и в научной, и в практической сфере деятельности психологов и смежных специалистов. В арсенале родителей и специалистов, сопровождающих детей с РАС, к сожалению, оказывается не так много методик и новых современных технологий оказания помощи и сопровождения детей с нарушенным развитием. Данная книга восполняет этот пробел, читатели имеют возможность получить информацию о методологии и технологии сенсомоторной коррекции практически из первых рук, поскольку Т.Г. Горячева стоит у истоков развития этого метода и имеет колоссальный опыт его практического применения в возглавляемом ею психологическом центре.

Конечно, обращение к теме аутизма требует прояснения позиций авторов в их понимании аутизма не только как болезни, а как особого варианта развития, к тому же весьма многообразного в своих формах и проявлениях. В пособии в сжатой доступной форме отражена теоретическая проблема РАС, феноменология и происхождение расстройств, дана систематика нарушений. Основная задача издания – знакомство с методом сенсомоторной коррекции и его подробное описание в работе с детьми с РАС, в этом состоит большое практическое значение учебно-методического пособия.

Рецензируемая книга четко структурирована и состоит из введения, двух частей (7 глав), заключения, списка литературных источников, двух приложений. Издание иллюстрировано рядом фотографий, показывающих конкретные детали предлагаемых упражнений и способов их выполнения детьми с РАС. Авторы – кандидат психологических наук, доцент Татьяна Германовна Горячева и клинический психолог Юлия Валерьевна Никитина – являются представителями отечественной школы клинической психологии и нейропсихологии. В своей работе они опираются на положения Л.С. Выготского о культурно-историческом опосредовании развития психики, на классификацию и квалификацию типов психического дизонтогенеза по В.В. Лебединскому, обосновывают специфику коррекционной работы с опорой на сохраненные звенья психики через построение новых систем (по А.Р. Лурии, Л.С. Цветковой, Т.В. Ахутиной) с учетом представления А.В. Семенович о замещающем онтогенезе.

Первая часть издания включает три главы и освещает теоретические представления современной науки о природе расстройств аутистического спектра. В первой главе дана краткая, но объемная история вопроса изучения аутизма,

¹ Горячева Т.Г., Никитина Ю.В. «Расстройства аутистического спектра у детей. Метод сенсомоторной коррекции»: учебно-методическое пособие. М.: Генезис, 2018. 168 с.

включающая описание зарубежного и отечественного опыта. Во второй главе представлены ключевые позиции по психическому развитию ребенка в онтогенезе – пре- и постнатальное развитие. Эти теоретические данные дополнены приложением, в котором в доступной табличной форме представлены основные особенности детей-аутистов, находящихся на разных уровнях развития. Обоснованию сенсомоторного подхода к коррекционной работе в целом посвящена третья глава. Авторы отмечают, что в основе метода сенсомоторной коррекции лежит представление о том, что «воздействие на базовый сенсомоторный уровень развития активизирует развитие всех высших психических функций» (с. 40). Основу предлагаемого коррекционного подхода составляют собственно метод сенсомоторной коррекции (преимущественно работа с первым функциональным блоком мозга по А.Р. Лурии) и метод замещающего онтогенеза (Т.Г. Горячева, А.С. Султанова, А.В. Семенович). Сенсомоторная коррекция опирается на представления о системной организации высших психических функций, на роль процесса интериоризации. Отдельное значение придается уровневой, иерархической организации движений (по Н.А. Бернштейну), а также учету закономерностей развития головного мозга ребенка. Отметим высокий научный уровень данной части и компактность повествования этой части книги.

Вторая часть книги посвящена собственно коррекционной работе с детьми с РАС, она содержит четыре главы общим текстовым объемом около 100 страниц. Четвертая глава знакомит читателей с общими вопросами организации коррекционной работы с применением сенсомоторной коррекции. Подробно обсуждаются вопросы организации среды для проведения коррекционной работы, равно как и нормативы деятельности специалистов. Четко обозначены противопоказания и ограничения метода, кроме того, отдельный параграф посвящен рекомендациям для родителей.

Правила качественной коррекционной работы предполагают наличие серьезного диагностического этапа в работе «на входе» и «на выходе», а также требуют более тщательной диагностики в ходе практической работы по отдельным аспектам, именно это отражено в пятой главе рецензируемого пособия. В четырех параграфах этой главы авторы предлагают ознакомиться с задачами и средствами диагностики уровня социальной дезадаптации детей с РАС, степени выраженности аутистических расстройств, с оценкой соотношения нарушенных (дефицитарных) и сохранных психических функций. Заключают эту главу описание и квалификация средств диагностики ведущего уровня развития психики ребенка (сенсорный, перцептивный, уровень телесно-пространственного анализа, эмоционально-волевой уровень), которые оцениваются как минимум по двум важнейшим направлениям: спонтанная активность ребенка и его реакция на активное воздействие.

Шестая глава насыщена практическими рекомендациями и содержит комплексы упражнений для работы методом сенсомоторной коррекции с детьми с РАС, у которых наблюдается дисфункция каждого из описанных выше уровней развития психики. Авторы прекрасно понимают, что коррекционная работа – не взмах волшебной палочкой или нажатие на кнопку исполнения желаний, они подробно описывают и этапы работы, ее длительность, необходимость самостоятельной работы родителей и детей дома и трудности, связанные

с неустойчивой позицией родителей, стрессом, проблемами принятия ребенка в семье и др.

Наличие в семье особого ребенка, как бы ни камуфлировалось это нарушенное развитие (аномальные дети, дети с ограниченными возможностями здоровья, дети с особыми образовательными потребностями) – это всегда стресс, который сказывается на родителях. Все это может проявляться в излишней стигматизации и самостигматизации, идеях обвинения, а также сопровождаться значительными бытовыми и материальными трудностями, требующими каждодневного усилия и работы самих родителей. В книге целая глава посвящена особенностям работы с родителями детей с РАС. В двух параграфах седьмой главы представлены и результаты исследовательской работы, связанной с изучением и описанием особенностей родителей детей с РАС, и рекомендации родителям с учетом современной ситуации в обществе, здравоохранении и образовании. Важно, что в рекомендациях для родителей и для работы с родителями (для специалистов) подчеркивается значение грамотного выстраивания взаимоотношений и взаимодействия с родителями как залога эффективной работы с детьми с РАС в разных вариантах коррекционной работы и, разумеется, при проведении сенсомоторной коррекции. В этой главе язык изложения пронизан эмпатией и пониманием трудностей родительства в ситуации появления в семье ребенка с особым развитием. Авторы транслируют весь свой богатый опыт общения с детьми с РАС и их родителями.

Список использованных источников, казалось бы, невелик, но в значительной мере отражают теоретическую и практическую базу рецензируемого пособия.

Учебно-методическое пособие выполняет свое предназначение в разных аспектах: знакомит с современными теоретическими представлениями о расстройствах аутистического спектра и развитии психики ребенка в целом, предлагает описание технологии сенсомоторной коррекции на разных этапах ее реализации – диагностическом, собственно коррекционном, а также в контексте работы с родителями. Читатели могут воспользоваться богатым дополнительным материалом из приложений, в которых описаны психологические особенности детей с РАС, находящихся на разных уровнях развития. В приложении также содержатся четыре комплекса базовых и дополнительных упражнений для каждого из четырех уровней развития детей с РАС.

Автор рецензии считает, что данная книга является важным вкладом в развитие современных взглядов на природу РАС и форму работы с этими нарушениями развития в научно-практическом и образовательном аспектах деятельности психологов (клинических и возрастных психологов, нейропсихологов, психологов образования) и специалистов смежных областей (медиков, педагогов, дефектологов). Она может быть рекомендована для специалистов-практиков и для студентов высших учебных заведений, обучающихся клинической и коррекционной психологии. Вероятно, книга заинтересует и родителей детей с РАС и будет востребованной в разных аудиториях.

Книга представляет собой качественный методический продукт, в котором подробно описаны возможности, условия, принципы и конкретные техники

Зверева Н.В. Расстройства аутистического спектра
через призму сенсомоторной коррекции
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 3. С. 223–228.

Zvereva N.V. Autism Spectrum Disorders through the
Prism of Sensorimotor Correction
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 3, pp. 223–228.

проведения сенсомоторной коррекции детей с РАС. Можно надеяться, что освоение описанной в пособии технологии сенсомоторной коррекции внесет свой положительный вклад в улучшение адаптации детей с РАС в социуме.

Autism Spectrum Disorders through the Prism of Sensorimotor Correction

Zvereva N.V.,

PhD in Psychology, Leading Researcher, Professor of the Department of Neuro and Pathopsychology, FSBSI "Mental Health Research Centre», Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, nwzvereva@mail.ru

The article presents a review of the textbook by T.G. Goryacheva and Yu.V. Nikitina "Disorders of the autism spectrum in children. The method of sensorimotor correction". The benefits on the Russian technology of working with children with autism spectrum disorders (according to the method of sensorimotor correction) is noted. The content of the book is briefly presented, the methodological positions of the authors are described, and the main advantages of the book are noted. The audience for which the manual is intended is described.

Keywords: review, children with autism spectrum disorders (ASD), sensorimotor correction.
