

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ  
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ  
ЭЛЕКТРОННЫЙ  
ЖУРНАЛ**

2018. Том 7, № 4  
2018. Vol. 7, no. 4

## СОДЕРЖАНИЕ

### Теоретические исследования

**Бабкина Н.В.** Ракурсы понимания категории психологического сопровождения в системе общего и специального образования 1–18

**Ржанова И.Е., Бритова В.С., Алексеева О.С., Бурдукова Ю.А.** Флюидный интеллект: обзор зарубежных исследований 19–43

**Шаповал И.А., Фоминых Е.С.** Возможности психодиагностики Я-концепции и самоотношения в демонстрации характеристик и функциональности границ Я 44–60

### Эмпирические исследования

**Валента М.** Динамика интермодальных парциальных функций и ориентации схемы тела у детей и учеников в возрасте от 5 до 8 лет 61–75

**Казакова Е.В., Соколова Л.В.** Особенности психологического здоровья первоклассников с наличием медико-биологических факторов риска в раннем развитии 76–99

**Сафуанов Ф.С., Кулаков С.С.** Зависимость структуры семейного конфликта от индивидуально-психологических особенностей родителей, участников споров о воспитании и месте жительства детей 100–116

**Фаустова А.Г.** Предикторы негативного самоотношения у пациентов, перенесших реконструктивное хирургическое вмешательство 117–130

**Хаин А.Е., Холмогорова А.Б., Абабков В.А.** Эмоциональное состояние и стратегии совладания подростков с онкогематологическими заболеваниями 131–149

**Харламенкова Н.Е., Зайцев О.С., Никитина Д.А., Кормилицына А.Н.** Эмоционально-личностные особенности пациентов с диагнозом менингиома при выраженном посттравматическом стрессе 150–167

## CONTENT

### Theoretical research

**Babkina N.V.** Different Perspectives of Psychological Support Concept in Regular and Special Education Systems 1–18

**Rzhanova I.E., Britova V.S., Alekseeva O.S., Burdukova Yu.A.** Fluid Intelligence: Review of Foreign Studies 19–43

**Shapoval I.A., Fominykh E.S.** Possibilities of Diagnostics of Self-Concept and Self-Attitude to Demonstration of the Features and to Functionality of I-Boundaries 44–60

### Empirical research

**Valenta M.** Dynamics of Intermodal Partial Functions and Body Scheme Orientation in Children and Pupils of 5-8 Years 61–75

**Kazakova E.V., Sokolova L.V.** Characteristics of Psychological Health of First-Graders with the Biomedical Risk Factors in Early Development 76–99

**Safuanov F.S., Kulakov S.S.** Dependence of the Family Conflict Structure on the Personal Characteristics of Parents, Participants in Disputes About the Upbringing and Residence of the Child 100–116

**Faustova A.G.** Predictors of Negative Self-Attitude in Patients Who Tolerated a Surgical Repair 117–130

**Khain A.E., Kholmogorova A.B., Ababkov V.A.** Emotional State and Coping Strategies of Adolescents with Oncohematological Diseases 131–149

**Kharlamenkova N.E., Zaitsev O.S., Nikitina D.A., Kormilitsyna A.N.** Emotional Personality Characteristics of Patients Diagnosed with Meningioma with Severe Post-Traumatic Stress 150–167

# Ракурсы понимания категории психологического сопровождения в системе общего и специального образования

**Бабкина Н.В.,**

*доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник, отдел научных исследований, ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики РАО», Москва, Россия, natali.babkina@mail.ru*

В статье обсуждаются и анализируются вопросы появления, становления и ракурсов понимания категории «психологическое сопровождение». Раскрывается специфика психологического сопровождения образования детей с ограниченными возможностями здоровья в современной образовательной среде; обосновываются основные виды и содержание деятельности психолога: диагностическая, коррекционно-развивающая, экспертно-консультативная и координационная. Описываются новые задачи психолога, связанные с определением варианта развития ребенка, поступающего в школу, и с выбором для него оптимального образовательного маршрута, разработкой и реализацией специальных психологических условий обучения и воспитания, мониторингом продвижения в овладении академическими знаниями и формировании сферы жизненной компетенции. Предлагаются критерии оценки эффективности психологического сопровождения образования школьников с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзии. Анализируются актуальные проблемы психологической службы образования; обосновывается необходимость ее модернизации.

**Ключевые слова:** психологическое сопровождение, дети с ограниченными возможностями здоровья, образование, инклюзивное образование, психологическая служба.

## Для цитаты:

Бабкина Н.В. Ракурсы понимания категории психологического сопровождения в системе общего и специального образования [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 4. С. 1–18. doi: 10.17759/psyclin.2018070401

**For citation:**

Babkina N.V. Different Perspectives of Psychological Support Concept in Regular and Special Education Systems [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 4, pp. 1–18. doi: 10.17759/psycljn.2018070401 (In Russ., abstr. in Engl.)

Среди целей современного образования детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) на первый план выдвигаются обеспечение условий для достижения ребенком максимально возможного для него уровня социальной адаптации и социальной интеграции, а также создание специальных условий для получения образования в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями школьника, его особыми образовательными потребностями. В условиях инклюзивного образования роль психолога должна быть ведущей и координирующей работу других специалистов (учителей-дефектологов, врачей и т.д.) в рамках междисциплинарного подхода. Функциональная роль психолога должна отражать содержание его профессиональных компетенций: подготовленность в области психологической диагностики и психологической коррекции нарушений психического развития, информированность в области дефектологии и клинической психологии. Многофункциональная деятельность психолога, опирающаяся на указанные выше компетенции, дает основания для выделения ее в достаточно автономную область – психологическое сопровождение детей с ОВЗ в образовании.

Целью данной теоретической статьи является анализ ракурсов понимания категории «психологическое сопровождение» в общем и специальном образовании, а также обсуждение специфических задач психологического сопровождения детей с ОВЗ в современной образовательной среде.

Идея психолого-педагогического сопровождения развития детей стала активно разрабатываться в 90-е годы XX века в контексте приоритетов гуманистической парадигмы образования и предполагала поиск путей и возможностей рационального включения психологического знания в решение задач образовательной практики.

Термин «сопровождение» (психологическое, психолого-педагогическое, психолого-социальное и др.) активно используется в современных психолого-педагогических работах, однако для него, как и для многих других относительно новых понятий, в научном тезаурусе еще не сложилось единого устойчивого определения.

В самом общем виде идеология сопровождения предполагает создание условий для формирования у ребенка способности к осознанному, ответственному и самостоятельному решению проблемных жизненных ситуаций.

Анализ категории «сопровождение» нуждается в определении теоретико-методологических основ ее выделения и ракурсов применения. Здесь уместно

упомянуть, что одной из характерных особенностей современного состояния психологической науки, по мнению К.А. Абульхановой [1], является распространение нового методологического принципа субъекта и новой субъектной парадигмы. Г.А. Берулава в книге «Методологические основы практической психологии» [4] рассматривает сопровождение именно с позиции субъектной парадигмы развития личности и на этой основе определяет основную задачу практического психолога как психологическое сопровождение развития личности. В качестве цели сопровождения автор рассматривает создание условий, необходимых для наиболее эффективного становления личности.

Понятие «психологическое сопровождение» в концепциях большинства авторов предполагает максимум свободы субъекта и его ответственности за выбор решений. Это особая форма осуществления пролонгированной социальной и психологической помощи, при которой, в отличие от коррекции, предполагаются не исправление недостатков и «переделка» субъекта, а поиск скрытых ресурсов развития у самого субъекта или внутри его социального окружения; опора на его (ее) собственные возможности и создание на этой основе психологических условий для гармонизации связей с социумом (А.А. Майер) [18]. В этом контексте сопровождение представляется сложным процессом взаимодействия сопровождающего и сопровождаемого, результатом которого является решение или действие, ведущее к развитию последнего. Другими словами, сопровождение рассматривается как «помощь в формировании поля развития, ответственность за действия, в котором несет сам субъект» (В.С. Басюк) [3, с. 17].

Субъектом сопровождения могут быть ребенок, педагог, образовательный процесс. С позиций новой субъектной парадигмы обосновывается феномен «коллективного субъекта», формулируются его основные признаки, выделяются различные уровни проявления субъектности группы (А.В. Брушлинский, А.И. Донцов, В.Н. Дружинин и др.). В работе А.Л. Журавлева подчеркивается, что «для феномена коллективного субъекта принципиально важно не просто наличие каких-либо видов взаимосвязанности (определяемых их числом, содержанием и т.п.), а такой их совокупности, которая становится основой формирования психологической готовности группы к каким-либо формам (или видам) совместной активности, что и является наиболее принципиальным» [8, с. 79].

Упомянутые выше работы послужили методологическим основанием для выделения и описания «коллективного субъекта сопровождения». Это нашло отражение и в исследованиях в области специальной психологии и коррекционной педагогики. Е.Л. Гончарова, анализируя эволюцию представлений о предмете специальной психологии, обоснованно утверждает, что на современном этапе «осознанным предметом внимания и заботы специалистов становится деятельность, направленная на достижение особым ребенком максимально высокого уровня самореализации и достойной жизни. Коллективным субъектом этой деятельности являются родители проблемного ребенка, специалисты, оказывающие помощь, и сам ребенок, а затем и взрослый человек с нарушениями в психофизическом развитии» [6, с. 7]. Наибольшее развитие данное понимание субъекта сопровождения получило в исследованиях Ю.А. Разенковой, касающихся

системы ранней помощи семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья [23].

Содержание сопровождения можно классифицировать в зависимости от направления сферы деятельности, но это разделение является достаточно условным. Многие авторы в своих работах зачастую употребляют понятия «психологическое», «психолого-педагогическое» и «социально-психологическое» сопровождение как синонимы. Разумеется, это не исключает различий в расстановке акцентов: применительно к психологическому направлению сопровождение рассматривается преимущественно в ракурсе создания «зоны ближайшего развития» и содействия в раскрытии личностного потенциала ребенка; в контексте социально-психологического направления – в ракурсе формирования опыта социального поведения и навыков общения, а психолого-педагогического – в ракурсе развития личностных качеств, необходимых для успешной учебной деятельности. Считаю необходимым подчеркнуть, что в нашем понимании категория «психолого-педагогическое сопровождение» не тождественна сумме психологического и педагогического сопровождения, а относится к профессиональной деятельности психолога, направленной на создание психологических условий для успешного образования ребенка.

Еще одним значимым для анализа ракурсом понимания категории «сопровождение» представляется подход, в котором оно рассматривается как система деятельности педагогов, психологов, социальных работников и врачей, направленная на создание медико-социально-психологических условий для полноценного развития, оздоровления, успешного обучения ребенка и его благополучной адаптации к изменяющимся жизненным требованиям, ситуациям и обстоятельствам.

Различные аспекты сопровождения рассматриваются в исследованиях Э.М. Александровской, В.С. Басюка, М.Р. Битяновой, Е.В. Бурмистровой, И.В. Вачкова, И.В. Дубровиной, Е.И. Казаковой, О.А. Карабановой, И.Б. Умняшовой и др. Трактовка основных целей сопровождения схожа у разных авторов и различается главным образом лишь соотношением акцентов или приоритетных позиций, касающихся организации и содержания этой деятельности. Так, например, психологическое сопровождение определяется как система профессиональной деятельности психолога, направленная на создание социально-психологических условий для эмоционального благополучия, успешного развития, воспитания и обучения детей в рамках образовательного процесса; на создание условий для положительного развития взаимоотношений детей и взрослых в образовательной ситуации, психологического и психического развития ученика с ориентацией на «зону его ближайшего развития»; как система организационных, диагностических, развивающих мероприятий для педагогов, родителей и учащихся, создающих оптимальные условия для функционирования образовательной среды и самореализации личности ребенка; как особый вид помощи ребенку на определенном этапе развития в решении возникающих проблем или в их предупреждении в условиях образовательного процесса.

Перечисленные трактовки раскрывают содержание психологического сопровождения в контексте задач практической психологии в системе общего образования и в отношении детей с условно нормативным развитием. В отношении детей с ОВЗ правомерное употребление понятия «сопровождение» становится возможным лишь с развитием практики интегрированного образования, включающего инклюзивную его форму, так как ранее в условиях обучения в специальных (коррекционных) общеобразовательных учреждениях реализовывалась модель комплексной психолого-медико-педагогической помощи этим детям. Сегодня же, когда такие дети интегрируются в общеобразовательную среду, они нуждаются в обязательном сопровождении специалистами, способствующем удовлетворению их особых образовательных потребностей, определяемых характером нарушений развития [2; 13; 14; 17; 19].

Но поскольку понятие «сопровождение» в самом общем виде подразумевает помощь, поддержку и обеспечение, то можно утверждать, что процесс и методы сопровождения, равно как и службы сопровождения на практике формировались уже с начала развития системы специального образования, следовательно, опыт такого сопровождения в России насчитывает почти двести лет. И если для системы массового образования сопровождение развития ребенка остается еще относительно новым явлением и только формируется [7; 9], то в сфере специального образования уже накоплен значительный опыт психолого-медико-педагогического сопровождения детей с ОВЗ, и в настоящее время в связи с кардинальными социально-экономическими преобразованиями в обществе и изменением его отношения к лицам с ОВЗ оно совершенствуется, приобретая новые целевые ориентиры, форму и содержание [2; 6; 10; 19].

В этой связи считаем полезным напомнить, что Концепция специальной психологической помощи в системе образования была предметом специального обсуждения на Всероссийском семинаре «Проблемы специальной психологии в образовании», состоявшемся в 1998 г. [21]. Тогда же было дано определение специальной психологии как «самостоятельной области психологии развития, которая изучает проблемы развития людей с физическими и психическими недостатками, определяющими потребность детей в особых условиях обучения и воспитания и потребность взрослых в особых формах психологического сопровождения». Необходимость разработки Концепции специальной психологической помощи была обусловлена изменениями в педагогической деятельности, характеризующимися «переходом от массового унифицированного образования, направленного на передачу определенного набора знаний, умений и навыков, к образованию дифференцированному, ориентированному на максимальные возможности конкретного ребенка вне зависимости от его исходного уровня в развитии» [21, с. 1].

В качестве основных целей специального психологического сопровождения в системе образования заявлялись «выявление, устранение и предотвращение дисбаланса между процессами обучения и развития детей с особыми образовательными потребностями и их индивидуальными возможностями, создание условий для социально-психологической адаптации, включая дальнейшее



профессиональное самоопределение» [там же]. Используемый в документе новый термин «дети с особыми образовательными потребностями» вполне адекватно отражал те специфические задачи, которые призваны решать специальное образование в целом и специальная психология в частности.

Теоретический анализ исследований, посвященных психологическому сопровождению детей с ОВЗ в образовательном пространстве (Н.В. Бабкина, Н.Л. Белопольская, Е.И. Казакова, Т.Н. Князева, Л.В. Кузнецова, В.И. Лубовский, Д.В. Лубовский, И.И. Мамайчук, М.М. Семаго, Н.Я. Семаго, Е.С. Слепович, Л.М. Шипицына), позволяет выделить два основных методологических подхода к определению понятия сопровождения и его содержанию.

1. Понимание процесса сопровождения как поддержания функционирования ребенка с ОВЗ в условиях, оптимальных для успешного раскрытия его личностного потенциала, и успешности амплификации образовательных воздействий за счет недопущения его дизадаптации.

2. Понимание сопровождения как проектирования образовательной среды, исходящее из общегуманистического подхода к необходимости максимального раскрытия возможностей и личностного потенциала ребенка с ОВЗ (создания условий для максимально успешного обучения и психологического развития данного конкретного ребенка в ситуациях школьного взаимодействия) с опорой на возрастные нормативы развития, основные новообразования возраста как критерии адекватности образовательных воздействий в логике собственного развития ребенка, приоритетности его потребностей, целей и ценностей.

Задачами первого подхода, как заявляют его авторы М.М. Семаго и Н.Я. Семаго, являются: «защита прав детей в части сохранения "позитивного здоровья", связанного с перегрузками образовательных программ, несоответствием образовательной среды потенциальным возможностям детей, эмоциональными перегрузками. С этой задачей непосредственно связана задача текущей (динамической) оценки адаптированности ребенка в образовательной среде, с одной стороны, и поддержание оптимальной его адаптации в этой среде – с другой. Еще одна задача – контроль состояния ребенка с целью оптимизации воздействий со стороны образовательной среды, т. е. дозирование тех или иных нагрузок, с одной стороны, максимально оптимальных и достаточных для разностороннего полноценного развития ребенка, с другой – не выходящих за пределы индивидуально допустимых для данного ребенка, в целях не допустить перегрузки и дизадаптации» [24, с. 24]. В данном подходе ценным представляется заявленная на уровне задач необходимость постоянного мониторинга состояния и «продвижения» ребенка. Однако при таком рассмотрении ребенок выступает в качестве объекта, но не субъекта сопровождения. Задачей же всех специалистов – участников (субъектов) образовательного процесса – является поддержание равновесной ситуации между реальными возможностями ребенка по амплификации образовательных воздействий (определяемыми внутренними условиями и закономерностями индивидуального развития ребенка) и объемом, динамическими показателями этих

образовательных воздействий (учитывающих его потенциальные возможности) со стороны педагогов, родителей, других субъектов образовательного процесса.

Второй методологический подход [5], рассматривающий ребенка как активного участника (субъекта) сопровождения, нам представляется более перспективным, в большей степени соответствующим целям и духу модернизации образования детей с ОВЗ, традициям отечественной научной школы специальной психологии и коррекционной педагогики.

В Федеральном государственном образовательном стандарте начального общего образования обучающихся с ОВЗ обозначен один из основополагающих принципов современного образования – «создание специальных условий для получения образования в соответствии с возрастными, индивидуальными особенностями и особыми образовательными потребностями, развитие способностей и творческого потенциала каждого обучающегося как субъекта отношений в сфере образования» [22]. Заложенный в Стандарте дифференцированный подход к определению условий и содержания образования детей с ОВЗ предполагает максимальное включение психолога в определение варианта развития ребенка, поступающего в школу, разработку и реализацию специальных психологических условий обучения и воспитания, мониторинг продвижения в овладении академическими знаниями и формировании сферы жизненной компетенции и т.д. Таким образом, психологическое сопровождение детей с ОВЗ можно рассматривать как планомерную реализацию основных видов профессиональной деятельности психолога, дифференцированных в соответствии с актуальными задачами современной образовательной практики и способствующих в своей совокупности успешному обучению и развитию каждого ребенка с ОВЗ.

Основные задачи сопровождения мы видим в выявлении, устранении и предотвращении дисбаланса между процессами обучения и развития детей с учетом их индивидуальных возможностей, в коррекции вторичных нарушений развития, проявляющихся в когнитивной, эмоциональной и социально-поведенческой сферах, в создании условий для социально-психологической адаптации личности ребенка.

На основе результатов анализа существующих подходов к содержанию и организации психологического сопровождения детей в образовательной среде, а также на основе интеграции собственного опыта работы в этой области нами на модельном примере сопровождения детей с задержкой психического развития (ЗПР) были выделены и описаны три основных взаимосвязанных вида деятельности, определяющие функционал специального психолога в профессиональном сопровождении детей с ОВЗ в современной образовательной среде – диагностическая, коррекционно-развивающая, экспертно-консультативная [2].

Многие исследователи признают, что важнейшей составляющей психологического сопровождения выступает психологическая диагностика, и от ее качества во многом зависит эффективность всей системы сопровождения ребенка

с ОВЗ. Диагностика включает в себя первичное обследование, а также систематические этапные наблюдения за динамикой и коррекцией психического развития ребенка. В.И. Лубовский отмечал: «Кроме основной задачи – выявления типа нарушенного развития – психодиагностика необходима для оценки продвижения детей с умственными и физическими недостатками в процессе обучения, а также для оценки эффективности коррекционных программ, методов и других средств и условий обучения. <...> Психодиагностика, кроме того, является основным средством для выявления наиболее выраженных проявлений недостаточности вторичного порядка, которые необходимо корригировать. Эти данные психодиагностики имеют важнейшее значение для составления индивидуального плана обучения ребенка с недостатками развития» [16, с. 519–520].

На важную роль психодиагностики, но при этом недостаточность ее методического обеспечения, указывают Е.Л. Инденбаум, Е.И. Казакова, Т.Н. Князева, Е.С. Слепович и др. И.А. Коробейников, обсуждая выбор диагностического инструментария, обоснованно утверждает: «даже тщательно выстроенные диагностические системы и "комплексы", отвечающие современным требованиям и принципам комплектования заданий, сами по себе не способны дать достоверные ответы на вопросы, ради которых проводилось психологическое исследование. <...> Факты успешного либо неуспешного выполнения ребенком тех или иных заданий являются лишь первичным, элементарным материалом, служащим для осмысленных аналитических заключений и оценок» [15, с. 5]. То есть главным условием продуктивности, эффективности психологического исследования ребенка является не столько адекватность выбора конкретных методик, сколько овладение целостной методологией данного вида диагностики, позволяющей целенаправленно получать необходимый массив диагностических данных и осмысленно их интерпретировать.

Признавая основополагающую роль психодиагностики, следует отметить, что констатация ее значимости не гарантирует решения многочисленных проблем, возникающих в деятельности психологической службы образования. Наиболее явно проявила себя тенденция к обособлению диагностики от других составляющих сопровождения, к ее отрыву от главного – помощи в решении проблемы. Конкретность и привлекательность задачи постановки правильного диагноза в глазах некоторых – особенно начинающих – специалистов-психологов затмевает назначение диагноза как стартовой площадки сопровождения, с которой начинается, а не завершается процесс помощи в преодолении проблем развития ребенка с ОВЗ [13].

С нашей точки зрения, диагностическая деятельность психолога является базовым компонентом психологического сопровождения, позволяющим осуществлять дифференцированный (индивидуализированный) подход к определению образовательных и компенсаторных возможностей детей с ОВЗ и выделению приоритетов коррекционной работы, формулировать рекомендации для педагогов и родителей, осуществлять мониторинг развития ребенка. При этом в решении диагностических задач определяются два вектора деятельности

психолога: один из них связывается с непосредственным проведением психологического исследования ребенка в составе комплексной бригады специалистов. Второй вектор определяется необходимостью обеспечения координации диагностической деятельности специалистов психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПк) на всех ее этапах – от первичной постановки задач комплексной диагностики до обсуждения ее результатов, определения адресатов и форматов ее использования. Это позволяет выработать единое представление о характере и особенностях развития ребенка, определить общий прогноз его дальнейшего развития, комплекс необходимых коррекционно-развивающих мероприятий и разработать согласованную программу действий. Ведущая роль психолога в решении диагностических задач и в целом в психолого-педагогическом сопровождении детей с ОВЗ в условиях инклюзии связана, как мы уже отмечали, с характером его профессиональной подготовки. В компетенцию психолога входит наличие достаточных представлений о возможностях и ограничениях клиничко-психопатологического анализа легких форм психического дизонтогенеза, о принципах и способах педагогической оценки и интерпретации учебных и поведенческих трудностей, проявляющихся у ребенка с ОВЗ в процессе его обучения и воспитания. С другой стороны, его ведущую роль определяет и сам состав детей с ОВЗ, обучающихся в условиях инклюзии: по данным статистического бюллетеня «Образование в России – 2015» [20], основную долю этих школьников составляют дети с ЗПР, нуждающиеся в силу специфики когнитивной, эмоционально-волевой и социально-поведенческой сфер в первую очередь именно в помощи психолога.

Коррекционно-развивающая деятельность в рамках психологического сопровождения ребенка с ОВЗ в условиях образования включает: выбор специальных методик и программ коррекционно-развивающих курсов в соответствии с результатами диагностического обследования и выделенными на их основе приоритетами коррекционно-развивающей работы; проведение индивидуальных и групповых коррекционно-развивающих занятий, направленных на компенсацию имеющихся у ребенка нарушений и формирование сферы жизненной компетенции.

Основные направления коррекционной работы, определяемые спецификой психической деятельности, поведения и социально-эмоционального развития каждой нозологической категории детей с ОВЗ, обозначены в соответствующих Примерных адаптированных основных общеобразовательных программах (<http://fgosreestr.ru/>).

Экспертно-консультативная и координационная деятельность психолога в рамках сопровождения детей с ОВЗ интегрирует результаты их комплексного диагностического обследования и коррекционной работы, а также способствует продуктивной координации усилий основных субъектов сопровождения (педагога, учителя-дефектолога, администрации образовательной организации, родителей ребенка). Она включает следующие направления: координацию деятельности специалистов ПМПк; психологическое просвещение и консультирование педагогов; организацию продуктивного взаимодействия с родителями; комплексный

мониторинг развития ребенка; экспертную деятельность по оценке адекватности выбранного образовательного маршрута и его корректировке; экспертизу образовательной среды с точки зрения соответствия особым образовательным потребностям школьника; координацию взаимодействия с психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК) и ресурсными центрами.

Экспертная деятельность принципиально значима в ситуации сопровождения инклюзивного образования ребенка с ОВЗ. Осуществление экспертной деятельности проводится на междисциплинарной основе с участием всех специалистов психолого-педагогического консилиума образовательной организации. Результатом такой работы является отслеживание (мониторинг) продвижения обучающегося в усвоении академических знаний и в формировании сферы жизненной компетенции, что позволяет, с одной стороны, оценивать адекватность выбранного образовательного маршрута и при необходимости вносить в него корректировки, а с другой – предоставлять администрации образовательной организации объективную информацию, позволяющую осуществлять анализ воздействия традиционных и инновационных образовательных и психолого-педагогических технологий на качество обучения и личностные изменения школьников.

Еще одно направление экспертной деятельности психолога – психологическая экспертиза соответствия образовательной среды особым образовательным потребностям и индивидуальным особенностям обучающихся с ОВЗ в целях защиты ребенка от деструктивного воспитательного и психологического влияния и обеспечения ребенку субъективного ощущения комфорта и уверенности в своих силах.

Для оценки эффективности психологического сопровождения ребенка с ОВЗ в условиях инклюзивного образования мы предлагаем критерии, включающие: оценку полноты и качества реализации всех основных видов деятельности психолога; соответствие созданных совместно с другими специалистами дифференцированных условий особым образовательным потребностям ребенка с ОВЗ; результаты мониторинга продвижения ребенка в обучении и развитии, в освоении им академических знаний и жизненных компетенций, социальной коммуникации и норм поведения.

Разработка основ организации психологической работы в образовательном учреждении, технологий деятельности психологических служб нашла отражение в трудах И.В. Дубровиной, Ю.М. Забродина, О.А. Карабановой, Д.В. Лубовского, Е.И. Метельковой, Р.В. Овчаровой и др. Обосновывая роль практической психологии и школьной психологической службы, И.В. Дубровина отмечает: «Практическая психология, функционирующая в системе современного образования, по сути, соединила в себе в нерасторжимое целое в контексте индивидуального подхода: науку о закономерностях психического и личностного развития человека и практику реализации возможностей этого развития в условиях современных учреждений образования» [7, с. 2].

Как показал теоретический анализ работ по обсуждаемому вопросу, основные задачи службы практической психологии образования определяются ориентацией

на развитие ребенка и включают: реализацию в работе с детьми возможностей, резервов развития каждого возраста; развитие индивидуальности детей; создание благоприятного для ребенка психологического климата; оказание своевременной психологической помощи и поддержки как детям, так и их родителям, воспитателям, учителям. Значительная часть исследований последних лет посвящена разработке и анализу методов, технологий деятельности психологических служб и педагогов-психологов образовательных учреждений различных типов и видов (Н.В. Бабкина, О.Е. Буланова, И.В. Вачков, А.А. Деркач, И.В. Дубровина, С.В. Курганский, Д.В. Лубовский, С.А. Маркова, Н.В. Морозова, Н.В. Самоукина, И.Б. Умняшова и др.).

Е.И. Метельковой был проведен многоаспектный анализ психологической службы и выделены направления деятельности, которые определяют ее основной ресурсный потенциал, эффективный для развития и модернизации системы образования [9]:

- психологическое обеспечение индивидуализации образования;
- обоснование и создание адекватных образовательных возможностей для всех обучающихся;
- создание благоприятных психолого-педагогических и социальных условий для сохранения и укрепления психического и психологического здоровья всех участников образовательного процесса;
- усиление гуманитарного и гуманистического направлений, культурных и этических аспектов образовательного процесса.

В качестве принципиально важного направления в адресной работе с детьми с ОВЗ, обучающимися в условиях инклюзии, декларируются ориентация психологической службы на обеспечение психического и психологического здоровья школьников, организация психологической помощи различным категориям обучающихся, создание системы психологической поддержки образования. Как показал анализ содержания профессиональной деятельности более 4000 педагогов-психологов [9], сопровождением образовательной интеграции ребенка с ОВЗ в массовой школе занимаются лишь 6,5% специалистов, а основными видами деятельности школьных психологов являются психологическая диагностика и консультирование. Это позволяет сделать обоснованный вывод о том, что психологическая служба в настоящее время задействована лишь на минимальном уровне и обеспечивает в основном решение текущих задач образовательных учреждений (предупреждение школьной неуспеваемости, недисциплинированности, асоциального поведения и др.).

В качестве причин низкой эффективности психологической службы как инструмента социального развития образования исследователи отмечают недостаточность ее теоретико-методологических основ; отсутствие нормативной правовой базы, соответствующей задачам современного образования; недостаточное научно-методическое обеспечение деятельности школьного

психолога; неудовлетворительный уровень межведомственного взаимодействия; неразработанность функций, связанных с сопровождением реализации образовательных программ и психологической экспертизой образовательной среды [9; 25]. Перечисленные факторы явились причиной инициирования профессиональным сообществом разработки Концепции развития психологической службы в системе образования.

Завершая обсуждение появления, становления и ракурсов понимания категории «психологическое сопровождение» в системе общего и специального образования, мы можем обоснованно утверждать, что в настоящее время сложилось определенное представление о сущности, целях и задачах психологического сопровождения; на законодательном уровне утвердилась технология его реализации – психологическая служба образования; накоплен и изучен опыт работы практических психологов; определены факторы, препятствующие развитию и успешному функционированию системы психологического сопровождения в образовательных организациях, а также актуальные направления ее совершенствования, нашедшие отражение в «Концепции развития психологической службы в системе образования в Российской Федерации на период до 2025 года» [12].

### **Финансирование**

Исследование выполнено в рамках Государственного задания Минобрнауки РФ ФГБНУ «ИКП РАО» (№ 25.8968.2017/8.9 «Современная система медико-психолого-педагогической помощи детям с ОВЗ дошкольного и школьного возраста»).

### **Литература**

1. Абульханова К.А. Принцип субъекта в отечественной психологии // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2005. Т. 2. № 4. С. 3–21.
2. Бабкина Н.В. Психологическое сопровождение младших школьников с задержкой психического развития: дис. ... д-ра психол. н. М., 2017. 263 с.
3. Басюк В.С. Психологическое сопровождение детей, оставшихся без попечения родителей: автореф. дис. ... д-ра психол. н. М., 2016. 42 с.
4. Берулава Г.А. Методологические основы практической психологии. М.: Изд-во Московского Психолого-социального института; Воронеж: НПО «МОДЕК», 2004. 192 с.
5. Битянова М.Р. Организация психологической работы в школе. М.: Совершенство, 1997. 298 с.

6. Гончарова Е.Л. Эволюция предмета специальной психологии // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2015. № 8. С. 5–7.

7. Дубровина И.В. О профессиональной подготовке практического психолога образования [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru. 2012. № 1. URL: <http://psyedu.ru/journal/2012/1/2773.phtml> (дата обращения: 20.04.2018).

8. Журавлев А.Л. Коллективный субъект: основные признаки, уровни и психологические типы // Психологический журнал. 2009. Т. 30. № 5. С. 72–80.

9. Забродин Ю.М., Метелькова Е.И., Рубцов В.В. Концепция и организационно-структурные модели психологической службы образования [Электронный ресурс] // Психолого-педагогические исследования. 2016. Т. 8. № 3. С. 1–15. doi:10.17759/psyedu.2016080301 (дата обращения: 09.02.2018).

10. Инденбаум Е.Л. Характеристики коммуникативной компетентности подростков с разными формами интеллектуальной недостаточности в условиях инклюзивного и специального образования // Психологическая наука и образование. 2014. Т. 19. № 1. С. 42–49.

11. Казакова Е.И. Процесс психолого-педагогического сопровождения // На путях к новой школе. 2009. № 1. С. 8–16.

12. Концепция развития психологической службы в системе образования в Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Минобрнауки России от 19.12.2017). Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_287411/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_287411/) (дата обращения 20.01.2018)

13. Коробейников И.А., Бабкина Н.В. Дифференциация образовательных потребностей как основа дифференцированных условий образования детей с ЗПР // Дефектология. 2017. № 2. С. 3–13.

14. Коробейников И.А., Бабкина Н.В. Консультативный ресурс психологического диагноза при нарушениях психического развития у детей // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 4. С. 11–22. doi:10.17759/cpp.2017250402

15. Коробейников И.А. Современные задачи и проблемы дифференциальной диагностики нарушений психического развития в детском возрасте // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2016. № 3. С. 4–10.

16. Лубовский В.И. Специальная психология. М.: Академия, 2009. С. 499–521.

17. Лубовский В.И., Коробейников И.А., Валявко С.М. Новая концепция психологической диагностики нарушений развития // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21. № 4. С. 50–60. doi:10.17759/pse.2016210406

18. Майер А.А. Управление социализацией детей дошкольного и младшего школьного возраста в системе образования: состояние и перспективы. М.: Сфера, 2008. 221 с.



19. *Никольская О.С., Баенская Е.Р.* Особые образовательные потребности детей с расстройствами аутистического спектра в период начального школьного образования // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2015. № 2. С. 9–17.
20. Образование в России – 2015. Статистический бюллетень. М.: МИРЭА, 2016. 518 с.
21. Проект концепции специальной и психологической помощи в системе образования [Электронный ресурс] // Проблемы специальной психологии в образовании: Мат-лы Всероссийского семинара. 1998. URL: <http://lektsii.org/2-29041.html> (дата обращения: 20.04.2018).
22. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 декабря 2014 г. № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья». Режим доступа: <https://минобрнауки.рф/документы/5132> (дата обращения: 27.08.2018).
23. *Разенкова Ю.А.* Система ранней помощи: поиск основных векторов развития. М.: Карапуз, 2011. 144 с.
24. *Семаго М.М.* Ребенок и образовательная среда: структурно-информационный подход // Известия Российской академии образования. 2006. № 2. С. 81–90.
25. *Цветкова Л.А., Волкова Е.Н., Коржова Е.Ю., Микляева А.В.* К проблеме содержания деятельности психологической службы в различных образовательных организациях // Российский психологический журнал. 2017. Т. 14. № 4. С. 26–48. doi: 10.21702/grj.2017.4.2

# Different Perspectives of Psychological Support Concept in Regular and Special Education Systems

**Babkina N.V.,**

*Doctor of Psychology, Lead Researcher, Research Department, Institute of Special Education of Russian Academy of Education, Russian Federation, natali.babkina@mail.ru*

---

The article discusses and analyzes the issues of the emergence, formation and perspectives of understanding the concept of "psychological support". The specificity of psychological support for the education of children with disabilities in a modern educational environment revealed; substantiates the main types and content of the psychologist's activities: diagnostic, correctional, developmental, expert advisory and coordination. Paper describes new tasks of a psychologist related to determining the development of a child entering school and choosing the optimal educational route for him, developing and implementing special psychological conditions for learning and education, monitoring progress in mastering academic knowledge and shaping the area of life competence. Criteria proposed for evaluating the effectiveness of psychological support for the education of schoolchildren with disabilities under inclusion conditions. The current problems of the psychological education service are analyzed; substantiates the need for its modernization

**Keywords:** psychological support services, children with disabilities, education, inclusive learning, counseling services.

---

## Funding

Present work supported by the Ministry of Education and Science of the Russian Federation within the framework of Task No. 25.8968.2017.

## References

1. Abul'khanova K.A. Printsip sub"ekta v otechestvennoi psikhologii [The principle of the subject in domestic psychology]. *Psikhologiya. Zhurnal Vyssei shkoly ekonomiki* [Psychology. Journal of the Higher School of Economics], 2005, vol. 2, no. 4, pp. 3–21.

2. Babkina N.V. Psikhologicheskoe soprovozhdenie mladshikh shkol'nikov s zaderzhkoi psikhicheskogo razvitiya [Psychological support of junior schoolchildren with mental retardation]: dis. ... d-ra psikhol. n. Moscow, 2017. 263 p.

3. Basyuk V.S. Psikhologicheskoe soprovozhdenie detei, ostavshikhsya bez popecheniya roditelei [Psychological support of children left without parental care]: avtoref. dis. ... d-ra psikhol. n. Moscow, 2016. 42 p.

4. Berulava G.A. Metodologicheskie osnovy prakticheskoi psikhologii [Methodological bases of practical psychology]. Moscow: publ. of MPSI; Voronezh: MODEK, 2004. 192 p.

5. Bitjanova M.R. Organizacija psihologicheskoi raboty v shkole [Organization of psychological work in school]. Moscow: Sovershenstvo, 1997. 298 p.

6. Goncharova E.L. Evolyutsiya predmeta spetsial'noi psikhologii [Evolution of the subject of special psychology]. *Vospitanie i obuchenie detei s narusheniyami razvitiya [The Education and Training of Children with Developmental Disabilities]*, 2015, no. 8, pp. 5–7.

7. Dubrovina I.V. O professional'noi podgotovke prakticheskogo psikhologa obrazovaniya [Elektronnyi resurs] [On the professional training of a practicing education psychologist]. *Psikhologicheskaja nauka i obrazovanie PSYEDU.ru [Psychological Science and Education PSYEDU.ru]*, 2012, no. 1. URL: <http://psyedu.ru/journal/2012/1/2773.phtml> (Accessed: 20.04.2018). (In Russ., abstr. in Engl.).

8. Zhuravlev A.L. Kollektivnyi sub"ekt: osnovnye priznaki, urovni i psikhologicheskie tipy [Collective subject: the main features, levels and psychological types]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 2009, vol. 30, no. 5, pp. 72–80.

9. Zabrodin Yu.M., Metel'kova E.I., Rubtsov V.V. Kontseptsiya i organizatsionno-strukturnye modeli psikhologicheskoi sluzhby obrazovaniya [Elektronnyi resurs] [Conception and organizational and structural models of psychological service in education]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie PSYEDU.ru [Psychological Science and Education PSYEDU.ru]*, 2016, vol. 8, no. 3, pp. 1–15. doi: 10.17759/psyedu.2016080301. (Accessed: 09.02.2018). (In Russ., abstr. in Engl.).

10. Indenbaum E.L. Kharakteristiki kommunikativnoi kompetentnosti podrostkov s raznymi formami intellektual'noi nedostatochnosti v usloviyakh inklyuzivnogo i spetsial'nogo obrazovaniya [Features of communicative competence of adolescents with different forms of intellectual insufficiency in the conditions of inclusive and special education]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2014, no. 1, pp. 42–49 (In Russ., abstr. in Engl.).

11. Kazakova E.I. Protsess psikhologo-pedagogicheskogo soprovozhdeniya [The process of psychological and pedagogical support]. *Na putyakh k novoi shkole [On the Way to a New School]*, 2009, no. 1, pp. 8–16.

12. Konceptiya razvitiya psihologicheskoi sluzhby v sisteme obrazovaniya v Rossijskoj Federacii na period do 2025 goda [The concept of development of psychological services in

the education system in the Russian Federation for the period up to 2025]. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_287411/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_287411/) (Accessed: 20.01.2018).

13. Korobeinikov I.A., Babkina N.V. Differenciacija obrazovatel'nyh potrebnostej kak osnova differencirovannyh uslovij obrazovaniya detej s ZPR [Differentiation of educational needs as a basis for differentiated conditions for the education of children with IDD]. *Defektologija [Defectology]*, 2017, no. 2, pp. 3–13.

14. Korobeynikov I.A., Babkina N.V. Konsul'tativnyi resurs psikhologicheskogo diagnoza pri narusheniyakh psikhicheskogo razvitiya u detei [Psychological diagnosis as a counseling resource in developmental disorders in children]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2017, vol. 25, no. 4, pp. 11–22. doi: 10.17759/cpp.2017250402. (In Russ., abstr. in Engl.).

15. Korobeynikov I.A. Sovremennye zadachi i problemy differentsial'noi diagnostiki narushenii psikhicheskogo razvitiya v detskom vozraste [Modern problems and problems of differential diagnosis of mental development disorders in childhood]. *Vospitanie i obuchenie detei s narusheniyami razvitiya [The Education and Training of Children with Developmental Disabilities]*, 2016, no. 3, pp. 4–10.

16. Lubovskii V.I. Spetsial'naya psikhologiya [Special psychology]. Moscow: Akademiya, 2009, pp. 499–521.

17. Lubovskii V.I., Korobeinikov I.A., Valyavko S.M. Novaja koncepcija psikhologicheskoi diagnostiki narushenij razvitiya [A new concept of psychological diagnosis of developmental disorders]. *Psikhologicheskaja nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2016, no. 4, pp. 50–60. doi:10.17759/pse.2016210406. (In Russ., abstr. in Engl.).

18. Maier A.A. Upravlenie sotsializatsiei detei doshkol'nogo i mladshego shkol'nogo vozrasta v sisteme obrazovaniya: sostoyanie i perspektivy [Management of socialization of children of preschool and primary school age in the education system: the state and prospects]. Moscow, 2008. 221 p.

19. Nikol'skaya O.S., Baenskaya E.R. Osobyie obrazovatel'nye potrebnosti detei s rasstroistvami autisticheskogo spektra v period nachal'nogo shkol'nogo obrazovaniya [Special educational needs of children with autism spectrum disorders during primary schooling]. *Vospitanie i obuchenie detei s narusheniyami razvitiya [The Education and Training of Children with Developmental Disabilities]*, 2015, no. 2, pp. 9–17.

20. Obrazovanie v Rossii – 2015. Statisticheskii biulleten' [Education in Russia – 2015. Statistical Bulletin]. Moscow: MIREA, 2015. 518 p.

21. Proekt kontseptsii spetsial'noi i psikhologicheskoi pomoshchi v sisteme obrazovaniya [Elektronnyi resurs] [Draft concept of special and psychological assistance in the education system]. *Problemy spetsial'noi psikhologii v obrazovanii: Materialy Vserossiiskogo seminar [Problems of special psychology in education: Materials of the All-Russian Seminar]*, 1998. URL: <http://lektsii.org/2-29041.html> (Accessed: 20.04.2018).

Бабкина Н.В. Ракурсы понимания категории психологического сопровождения в системе общего и специального образования  
Клиническая и специальная психология  
2018. Том 7. № 4. С. 1–18.

*Babkina N.V. Different Perspectives of Psychological Support Concept in Regular and Special Education Systems  
Clinical Psychology and Special Education  
2018, vol. 7, no. 4, pp. 1–18.*

22. Prikaz Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossijskoj Federacii ot 19 dekabrya 2014 g. № 1598 «Ob utverzhdenii federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo standarta nachal'nogo obshchego obrazovaniya obuchayushchihsya s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya». [Order of the Ministry of education and science of the Russian Federation of December 19, 2014, № 1598 "On approval of the Federal state educational standard of primary General education of students with disabilities"]. URL: <https://xn--80abucjiibhv9a.xn--p1ai/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B/5132> (Accessed: 27.08.2018).

23. Razenkova Yu.A. Sistema rannei pomoshchi: poisk osnovnykh vektorov razvitiya [Early warning system: the search for the main vectors of development]. Moscow: Karapuz, 2011. 144 p.

24. Semago M.M. Rebenok i obrazovatel'naya sreda: strukturno-informatsionnyi podkhod [Child and educational environment: structural and information approach]. *Izvestiya Rossiiskoi akademii obrazovaniya [Proceedings of the Russian Academy of Education]*, 2006, no. 2, pp. 81–90.

25. Tsvetkova L.A., Volkova E.N., Korzhova E.Yu., Miklyaeva A.V. K probleme sodержaniya deyatel'nosti psikhologicheskoi sluzhby v razlichnykh obrazovatel'nykh organizatsiyakh [To the problem of the content of the psychological service in various educational organizations]. *Rossiiskii psikhologicheskii zhurnal [Russian Psychological Journal]*, 2017, vol. 14, no. 4, pp. 26–48. doi: 10.21702/rpj.2017.4.2

# Флюидный интеллект: обзор зарубежных исследований

**Ржанова И.Е.,**

*научный сотрудник, Психологический институт Российской академии наук (ФГБНУ ПИ РАО), Москва, Россия, irinarzhanova@mail.ru*

**Бритова В.С.,**

*студент, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, vsbritova@gmail.com*

**Алексеева О.С.,**

*научный сотрудник, Психологический институт Российской академии наук (ФГБНУ ПИ РАО), Москва, Россия, olga\_alexeeva@mail.ru*

**Бурдукова Ю.А.,**

*кандидат психологических наук, доцент, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, julia\_burd@inbox.ru*

---

В статье представлен обзор современных исследований, посвященных флюидному интеллекту. Раскрывается понятие флюидного интеллекта, его место в структуре когнитивных способностей, его соотношение с общим интеллектом. Рассматриваются современные модели флюидного интеллекта, в том числе ведущая на данный момент модель Кеттелла–Хорна–Кэрролла. Обсуждаются нейробиологические процессы, лежащие в основе гибкости мыслительных процессов при решении новых нестандартных задач. В частности, описаны результаты исследований, показывающих, что флюидный интеллект опосредуется отдельными регионами префронтальной коры. Подробно рассмотрены исследования связи флюидного интеллекта с рабочей памятью. Проанализированы исследования флюидного интеллекта на клинических группах, таких как дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и взрослые с шизофренией. Клинические данные показывают, что флюидный интеллект может быть ключевой характеристикой для понимания структуры дефицита когнитивных нарушений при синдроме СДВГ.

**Ключевые слова:** интеллект, флюидный интеллект, рабочая память, клинические исследования, дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

---

## Для цитаты:

Ржанова И.Е., Бритова В.С., Алексеева О.С., Бурдукова Ю.А. Флюидный интеллект: обзор зарубежных исследований [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 4. С. 19–43. doi: 10.17759/psyclin.2018070402

**For citation:**

Rzhanova I.E., Britova V.S., Alekseeva O.S., Burdukova Yu.A. Fluid Intelligence: Review of Foreign Studies [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 4, pp. 19–43. doi: 10.17759/psycljn.2018070402 (In Russ., abstr. in Engl.)

В современной когнитивной психологии большое значение приобретают исследования флюидного интеллекта. Флюидный интеллект представляет собой сложную когнитивную способность, которая обеспечивает гибкость мыслительных процессов в решении новых нестандартных задач и включает в себя такие когнитивные операции, как индукция, дедукция, классификация и формирование понятий.

Термин «флюидный интеллект» был впервые использован Р. Кеттеллом. Согласно определению Р. Кеттелла, флюидный интеллект представляет собой способность индивида логически мыслить и решать проблемы в новых нестандартных ситуациях независимо от приобретенных им ранее знаний [23]. Данная способность является важным элементом когнитивного развития в целом, поскольку служит своеобразным фундаментом в освоении детьми новых когнитивных умений и навыков [17; 21; 23; 43].

Российских исследований, в которых поднимается тема изучения флюидного интеллекта, не так много. Сам термин «флюидный интеллект» чаще всего встречается в обзорных статьях, посвященных теоретическим представлениям об интеллекте и когнитивном развитии [1; 3; 5; 11; 12; 13]. В русскоязычных источниках флюидный интеллект иногда называют текучим, что соответствует дословному переводу предложенного Р. Кеттеллом термина fluid, однако транслитерация «флюидный» является более устоявшейся в отечественной терминологии.

В ряде отдельных отечественных публикаций приводятся эмпирические данные о связи флюидного интеллекта и успеваемости в школе [2], креативности и рациональности [7], самооценки интеллекта [9], лингвистических способностей и рабочей памяти [4]. Для измерения флюидного интеллекта в отечественных исследованиях используется тест «Прогрессивные матрицы Равена» [4; 8], Культурно-независимый тест Кеттелла [2] или его модификация в батарее ROADS [6; 7; 9].

Несмотря на то, что в последнее время наблюдается незначительный рост количества русскоязычных публикаций, посвященных флюидному интеллекту, можно констатировать тот факт, что данной проблематике уделяется незаслуженно мало внимания со стороны российских ученых. В то время как по современным представлениям в мировой психологии флюидный интеллект считается одним из важнейших факторов обучения. Он тесно связан с образовательными и профессиональными успехами. Установлено, что флюидный интеллект является

предиктором школьной успеваемости, успеваемости в университете и успешности в профессиях, связанных с умственным трудом [40; 62].

Нам представляется чрезвычайно важным познакомить читателей с современными зарубежными исследованиями флюидного интеллекта, так как это может способствовать развитию отечественной когнитивной и клинической психологии.

### **Флюидный интеллект в структуре когнитивных способностей**

В психометрической парадигме исследований структурной организации когнитивных способностей существует несколько основных теорий [53]. В настоящее время одной из доминирующих и общепризнанных моделей является модель, основанная на представлениях о структуре интеллекта Р. Кеттелла, впоследствии дополненная и более детально разработанная Д. Хорном и Дж. Кэрроллом.

Р. Кеттелл выделял три класса способностей: центральные, локальные и факторы-операции. Центральные способности обуславливаются индивидуальными различиями в строении и функционирования головного мозга и вовлечены во все познавательные процессы. В основе локальных способностей лежат индивидуальные особенности организации сенсорных и моторных зон мозга, которые, с одной стороны, имеют генетическую природу, с другой – приобретаются в течение жизни. Факторы-операции формируются под воздействием культурного опыта индивида и подразделяются на вспомогательные познавательные и специализированные профессиональные навыки [23, 24].

Ключевым положением теории Р. Кеттелла является наличие двух основных факторов в структуре интеллекта – флюидного и кристаллизованного интеллекта. Флюидный интеллект связан со способностью к решению проблем и задач, для которых предшествующий опыт и навыки индивида являются малозначимыми. Кристаллизованный интеллект напрямую связан с приобретением общих и специализированных знаний, а также с социокультурным опытом и образовательной средой индивида [24]. Согласно данной теории среди людей со схожей образовательной и культурной средой индивидуальные различия по показателю флюидного интеллекта должны в значительной степени влиять на индивидуальные различия по уровню кристаллизованного интеллекта. Люди же, имеющие сильно различающийся культурно-образовательный бэкграунд и схожий уровень флюидного интеллекта, должны существенно различаться по показателю кристаллизованного интеллекта. На этом теоретическом положении базируется идея создания так называемых свободных от культурного влияния тестов интеллекта.

Здесь необходимо отметить, что важное значение имеет убеждение Р. Кеттелла о принципиальной измеримости обоих этих факторов. Согласно его представлениям, кристаллизованный интеллект поддается оценке при помощи стандартных тестов интеллекта, в то время как флюидный интеллект может быть диагностирован



только при помощи специально созданных для этой цели методик, свободных от влияния культуры. Р. Кеттелл работал над созданием подобного теста, который был опубликован в 1949 году. Тест был разработан в трех вариантах и включал задания как для взрослых, так и для детей [22].

Эмпирическое обоснование теории Р. Кеттелла столкнулось с рядом трудностей. Основная проблема заключалась в том, что на практике разделение флюидного и кристаллизованного интеллекта представлялось задачей нетривиальной, поскольку данные переменные имели высокие коэффициенты интеркорреляций, фактически сливаясь в единый фактор. Ученик Р. Кеттелла Д. Хорн модернизировал описанную его учителем теорию, расширив уровень широких способностей рядом факторов, как то: переработка визуальной и слуховой информации, кратковременная и долговременная память, скорость переработки информации и принятия решений, способность к оперированию числами, способность к чтению и письму [44]. Теория, предложенная Р. Кеттеллом и дополненная Д. Хорном, получила признание как разработанная и обоснованная модель интеллекта, но в научном сообществе продолжались бурные дискуссии относительно понимания природы и структуры когнитивных способностей.

Так, позднее Д. Кэрролл, собрав и проанализировав данные о результатах выполнения более четырехсот пятидесяти психометрических исследований, проведенных в течение пятидесяти лет, выделил три уровня интеллектуальных факторов:

1. уровень общей интеллектуальной способности, который соответствует сформулированному Ч. Спирменом понятию фактора "g";

2. уровень широких способностей, в число которых входят флюидный и кристаллизованный интеллект, способности памяти и научения, зрительного и слухового восприятия, способность к извлечению информации из памяти, скорость обработки информации и когнитивная скорость;

3. уровень узких способностей, который состоит из более чем семидесяти факторов, представляющих собой специфические навыки, приобретенные в результате обучения или благодаря жизненному опыту [19].

Важно отметить, что изложенная Д. Кэрроллом концепция интеллекта оказалась близка к теории Кеттелла–Хорна, и в научном сообществе было высказано предложение объединить эти подходы к пониманию интеллекта в рамках единой иерархической модели Кеттелла–Хорна–Кэрролла [54; 55].

Следует отметить, что на настоящий момент модель Кеттелла–Хорна–Кэрролла является ведущей теорией интеллекта [53; 64]. В ней в систематизированном виде представлено и определено большинство известных когнитивных способностей, в частности, наиболее полно раскрыто понятие флюидного интеллекта.

Разумеется, актуальным является вопрос о том, какие именно узкие факторы вносят вклад во флюидный интеллект. Это является принципиальным для его диагностики. В. Шнайдер и К. МакГрю [64] раскрыли содержание трех факторов, которые составляют уровень узких способностей (первый уровень), лежащий в основе фактора флюидного интеллекта (второй уровень):

1. Индукция (Induction), или способность обнаруживать основополагающие принципы и правила, определяющие явление;

2. Общее последовательное мышление (General Sequential Reasoning), или способность мыслить логически с использованием известных предпосылок и принципов;

3. Количественное мышление (Quantitative Reasoning), или способность использовать индукцию и дедукцию в числовых и других математических операциях.

Как мы увидим в следующем разделе, практически все существующие методы оценки флюидного интеллекта включают в себя диагностику вышеперечисленных способностей.

Многие разработанные методики оценки флюидного мышления включены в общепризнанные тесты интеллекта и, как правило, формируют отдельную шкалу флюидного интеллекта в составе теста. Так, шкалы флюидного интеллекта есть в тесте А. и Н. Кауфманов второй редакции [47] и в пятой версии детского теста Векслера [70]. Кроме того, существует множество методик, которые могут быть применены в диагностике узких способностей, составляющих фактор флюидного интеллекта. Например, для оценки способности индивида к индукции, как правило, используются методики, в основе которых лежит установление связей между объектами (изображениями или понятиями), а также составление аналогий. Широко применяются для оценки флюидного интеллекта Прогрессивные матрицы Равена.

### **Нейробиологические основы флюидного интеллекта**

Современные исследования когнитивной психологии зачастую носят междисциплинарный характер, что позволяет рассматривать не только психологический, но и психофизиологический, а также клинический аспекты изучаемого явления.

Изучение закономерностей нейробиологических процессов, лежащих в основе функционирования флюидного интеллекта, является важным этапом в понимании природы данного феномена. В ряде исследований было установлено, что особое значение в процессе флюидного интеллекта (fluid reasoning) играют фронтальные отделы коры головного мозга [32; 33; 38].

Применение методов нейровизуализации, а именно функциональной магнитно-резонансной томографии, у взрослых испытуемых при выполнении

заданий из теста Прогрессивные матрицы Равена продемонстрировало высокий уровень активации определенной области префронтальной коры головного мозга – ростролатеральной префронтальной коры (rostromedial prefrontal cortex – RLPFC) [25; 49]. Высокая вовлеченность этих отделов была выявлена при использовании ряда других методик, направленных на установление связей между зрительными изображениями [26; 65].

В частности, С. Райт было проведено исследование, в котором сравнивались две группы испытуемых (дети в возрасте 6–13 лет и юные взрослые в возрасте 19–26 лет) по показателям активации префронтальной коры при решении задач на установление зрительных аналогий [75]. Участникам исследования предъявлялись два типа заданий. При проведении первого типа заданий (семантических) испытуемому предлагалось одно изображение-стимул (например, новогодняя елка) и пять вариантов ответа (среди которых правильный ответ – подарок). При проведении второго типа заданий (аналогий) участникам предъявлялись три изображения-стимула, необходимо было выбрать одно из четырех предложенных изображений, которое наиболее корректно бы завершило предложенный паттерн. В группе детей отмечалась билатеральная активация ростролатеральной префронтальной коры при решении первого типа задач (семантических), и активация указанной зоны только в левом полушарии головного мозга при решении второго типа задач (задач-анalogий). В группе взрослых, напротив, фиксировалась бóльшая вовлеченность данной зоны при решении задач-анalogий по сравнению с семантическими задачами. Особенно это явление было ярко выражено в группе участников, которые более успешно справлялись с предложенными заданиями. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в ходе онтогенеза, по всей видимости, происходит перестройка нейрофункциональных систем, лежащих в основе флюидного интеллекта.

В исследовании К. Венделкена и соавторов участники эксперимента решали различные задачи, связанные с установлением и оценкой вербальных аналогий [73]. От испытуемого требовалось либо завершить логическую цепочку (например, «обувь – нога, перчатка – что?», правильный ответ – «рука»), либо оценить правильность предлагаемой аналогии (например, «обувь для ноги, это как перчатка для руки?», правильный ответ – «да»). Было установлено, что ростролатеральная префронтальная кора в большей степени активруется при решении задач, связанных с анализом предложенных реляционных структур. Схожие результаты были получены и в других исследованиях с применением задач, содержащих вербальные аналогии [18; 42].

Помимо префронтальной коры в процессе установления индивидом связей между объектами большое значение играют теменные зоны головного мозга.

Так, в корейском исследовании интеллектуально одаренным взрослым и людям со средними показателями интеллекта предлагались задания, требующие установления связей между предъявляемыми изображениями. Использование функциональной магнитно-резонансной томографии позволило зафиксировать

высокую двухстороннюю активацию лобно-теменных зон головного мозга у обеих групп испытуемых. Однако у лиц с более высоким уровнем интеллекта теменные зоны были в большей степени вовлечены в процесс решения задач по сравнению с остальными участниками эксперимента [51].

В другом исследовании было показано, что активация теменных зон опосредует связь между флюидным интеллектом и успешностью выполнения заданий, направленных на диагностику рабочей памяти [41]. Для оценки уровня флюидного интеллекта участникам предлагали выполнить задания из Прогрессивных матриц Равена. Впоследствии активность различных мозговых структур анализировалась при выполнении модификации классической задачи «п-назад», направленной на диагностику рабочей памяти. Испытуемому предлагались один за другим различные изображения (в одной серии слова, в другой – изображения лиц), далее их просили определить и указать, встречался ли предъявляемый образ три позиции назад. Было показано, что испытуемые с более высоким уровнем флюидного интеллекта совершают меньшее количество ошибок в заданиях на рабочую память; при этом выполнение заданий матриц Равена сопровождается активацией большей площади нейронного субстрата. Регрессионный анализ полученных данных позволил сделать заключение о том, что именно префронтальные и теменные зоны опосредуют связь между флюидным интеллектом и результативностью выполнения предъявленных задач.

Таким образом, практически не вызывает сомнений, что префронтальная кора и теменные зоны коры головного мозга участвуют в обеспечении флюидного интеллекта. Однако результаты нейробиологических исследований ставят следующий вопрос: каково соотношение флюидного интеллекта и функции префронтальной коры рабочей памяти?

### **Флюидный интеллект и рабочая память**

Рабочая память является одной из наиболее активно исследуемых когнитивных функций в современной психологии и определяется как активная система, обеспечивающая хранение ограниченного объема информации и возможность оперирования данной информацией в пределах некоторого сравнительно небольшого отрезка времени. Наиболее активно рабочая память задействована в ситуациях, при которых необходимо выработать правильное решение в условиях интерференции и конкурирующей информации [10; 15; 36; 61].

Одними из первых проблему взаимосвязи флюидного интеллекта и рабочей памяти подняли П. Киллонен и Р. Кристал в своей статье «Способность к рассуждению – это (немногом больше, чем) рабочая память?!», опубликованной в 1990 году [50]. Результаты исследования, проведенного авторами с использованием самостоятельно разработанной батареи для тестирования рабочей памяти, показали чрезвычайно высокие корреляции между изучаемыми конструктами (коэффициенты корреляции варьировали от 0,80 до 0,88). О наличии сильной взаимосвязи между рабочей памятью и флюидным интеллектом говорят результаты многих исследований [30; 31; 37; 46].

Однако природа этих связей не до конца ясна. Теоретический подход к обоснованию обсуждаемого факта предложили Р. Колом и его коллеги. Они обнаружили, что индивидуальные различия в уровне флюидного интеллекта значимо связаны как с рабочей памятью, так и с кратковременной памятью [27; 28]. В некоторых из этих исследований кратковременная память представляла более сильным предиктором флюидного интеллекта, чем рабочая память, в связи этим ученые пришли к выводу, что в основе взаимосвязи между рабочей памятью и флюидным интеллектом лежит объем кратковременной памяти. В 2008 году Р. Колом провел серию из четырех исследований, в которой в общей сложности приняли участие порядка 600 человек [29]. Был выявлен весомый вклад компонента кратковременной памяти в общую дисперсию рабочей памяти. При построении общей структурной модели было проведено разграничение кратковременной и рабочей памяти с использованием статистических методов. В случае, когда кратковременная память выступала контролируемой переменной, сильной связи между флюидным интеллектом и рабочей памятью установлено не было.

Далеко не все эмпирические данные согласуются с выводом о том, что кратковременная память является опосредующей переменной в связи рабочей памяти и флюидного интеллекта. Так, Э. Конвэй и его коллеги не выявили значимость кратковременной памяти как важного предиктора уровня развития флюидного интеллекта при условии четкой дифференциации рабочей и кратковременной памяти [30].

В целом, можно сказать, что существование высокой взаимосвязи между рабочей памятью и флюидным интеллектом признано научным сообществом. Дискуссионным до сих пор остается вопрос о детерминантах этой взаимосвязи.

### **Клинические исследования флюидного интеллекта**

Особый интерес представляют клинические исследования флюидного интеллекта, которые вносят вклад в понимание природы нарушений, а также дают представления о новых точках приложения коррекционных усилий.

Исследования флюидного интеллекта на специальных выборках малочисленны и в основной массе выполнены в контексте изучения нарушений исполнительных функций [56; 67]. Согласно данным, опубликованным создателями теста Векслера, индекс флюидного интеллекта значимо ниже по сравнению с контрольными группами у детей с задержкой психического развития и у детей с установленными факторами риска развития, к которым относятся низкий вес при рождении, асфиксия при рождении и др. [69; 71; 72]. Существуют эмпирические свидетельства о снижении флюидного интеллекта у детей с СДВГ (с синдромом дефицита внимания и гиперактивности) [52; 67].

Важно отметить тот факт, что именно дети с СДВГ представляют особый интерес в связи с изучением флюидного интеллекта. Это связано с тем, что флюидный интеллект демонстрирует прочную взаимосвязь с рабочей памятью [14; 16; 35; 39; 66], в то время как для данной группы детей наиболее характерны

нарушения именно исполнительных функций: внимания и рабочей памяти [57; 58; 60; 74]. Еще один аргумент в пользу того, что исследования детей с СДВГ могут способствовать более полному пониманию функционирования флюидного интеллекта, продиктован тем фактом, что в основе патогенеза данного синдрома лежат нарушения отделов головного мозга, которые вовлечены в обеспечение флюидного интеллекта, в частности, префронтальной коры и теменных областей коры головного мозга.

В работе Л. Томм и Дж. Джуранек была предпринята попытка изучения нейрофизиологических причин нарушения флюидного интеллекта у детей с СДВГ [67]. В исследовании приняли участие дети с данным синдромом, а также типично развивающиеся дети в возрасте 8-12 лет. С помощью функциональной магнитно-резонансной томографии анализировалась активность различных зон мозга в двух группах детей при решении задач, направленных на диагностику флюидного интеллекта. В целом дети с СДВГ хуже по сравнению со здоровыми детьми справились с предложенными им заданиями. Применение методов нейровизуализации позволило выявить в группе детей с СДВГ снижение активации в зонах головного мозга, ответственных за флюидное мышление, в том числе во внутритеменной борозде.

На данный момент в научном сообществе рассматривается ресурсная функция флюидного интеллекта, благодаря которой снижается выраженность клинических проявлений многих синдромов, в том числе СДВГ. Так, в крупном исследовании, посвященном связи таких показателей, как вес при рождении и выраженность симптомов СДВГ [56], приняли участие 647 детей из мультиплексных по данному заболеванию семей. Общеизвестно, что низкий вес при рождении может отрицательно сказываться на здоровье ребенка, в частности, представляет собой фактор риска в развитии различных когнитивных нарушений детского возраста, в том числе выявлена положительная связь между весом при рождении и развитием синдрома дефицита внимания [56; 59]. Авторы исходили из предположения, что нейрокогнитивные характеристики высшего порядка (флюидный интеллект, рабочая память и т.д.) могут выступать своеобразными медиаторами между весом при рождении и клиническими проявлениями. В диагностике когнитивных характеристик были применены отдельные субтесты из третьей редакции детского теста Векслера (WISC-III). Так, субтест «Арифметический» использовался для оценки флюидного интеллекта, «Последовательность цифр» – для оценки рабочей и кратковременной памяти и т.д. Структурный анализ позволил авторам прийти к выводу, что именно оценки по субтесту «Арифметический» (показатель флюидного интеллекта) опосредуют связь между весом при рождении и проявлениями СДВГ. Ни по одному другому анализируемому параметру, в том числе по рабочей памяти, такой зависимости выявлено не было.

Интересным представляется сравнительно недавнее исследование взаимосвязи исполнительных функций и флюидного интеллекта у больных шизофренией [63]. В нем приняли участие 15 испытуемых с диагнозом шизофрения и 14 здоровых испытуемых. Была применена специально сформированная батарея методик, в которую входили задания, направленные на оценку флюидного

интеллекта и исполнительных функций (например, Висконсинский тест сортировки карточек). Были показаны значимые различия между клинической и контрольной группой по всем показателям, отражающим уровень функций контроля. Применение ковариационного анализа (ANCOVA) показало, что данные межгрупповые различия элиминируются, когда в качестве независимой переменной (ковариата) выступает уровень флюидного интеллекта. Следует отметить тот факт, что во многих работах, проведенных ранее, уже отмечался дефицит флюидного интеллекта [20; 45; 76] и исполнительных функций [34; 48; 68] в данной клинической группе.

Однако исследователи, занимающиеся шизофренией, сходятся во мнениях в том, что для данного диагноза характерна чрезвычайно высокая вариативность характеристик когнитивной сферы. Эти данные вкупе с данными, полученными на детской выборке с СДВГ, указывают на то, что исследование флюидного интеллекта как на детских, так и на взрослых клинических группах могут дать новые сведения о нарушении исполнительных функций и о влиянии этого нарушения на когнитивный статус. Понимание связи рабочей памяти и флюидного интеллекта, нарушения флюидного интеллекта при различных нозологиях представляют интерес не только как теоретическая проблема понимания структуры и сути данной когнитивной составляющей.

Помимо фундаментальных исследователей, флюидный интеллект также интересует клиницистов и реабилитологов как одна из важнейших функций, на которую должно быть направлено коррекционное воздействие как при работе с детьми с различными видами дизонтогенеза, так и при восстановлении когнитивного потенциала после травм и заболеваний.

### **Заключение**

Несмотря на длительную историю исследований когнитивных способностей в русле психологической науки, интерес к этой сфере знаний не только не угасает, а, напротив, приобретает новую силу. Далека от завершения и бурная научная дискуссия о структурной организации когнитивных функций. Кроме того, исследования флюидного интеллекта как способности индивида к решению проблем вне зависимости от приобретенных им ранее знаний представляют особый интерес не только для когнитивной психологии, но и для психологической науки в целом.

Результаты психофизиологических исследований флюидного интеллекта служат ценным материалом в понимании нейробиологических основ мышления и демонстрируют особую роль префронтальных и теменных отделов головного мозга в развитии и функционировании способности к абстрактному мышлению.

Важное значение имеют данные о связи флюидного интеллекта и рабочей памяти, а также данные обучающих экспериментов, основной целью которых стало развитие способности к логическому рассуждению путем тренировки рабочей памяти. Применение этих знаний в практической работе клинического психолога позволило бы значительно расширить методический инструментарий в работе с детьми и взрослыми, которым требуется коррекционная помощь.

Следует также отметить, что специально разработанные методики, направленные на диагностику флюидного интеллекта, представляют особую ценность для диагностики когнитивной сферы в специальных группах, в том числе у детей из иной языковой среды, детей с нарушениями речи, а также у детей из социально неблагополучных семей, ограниченных в получении качественного образования.

### **Финансирование**

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 18-013-01179.

### **Литература**

1. *Анцыферова Л.И.* Психология старости: особенности развития личности в период поздней взрослости // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 3. С. 86–100.
2. *Бирюков С.Д., Ходакова Е.Ю.* Флюидный интеллект как предиктор успешности обучения // Интеллект и творчество: Сборник научных трудов / Под ред. А.Н. Воронина. М.: «Институт психологии РАН», 1999. С. 66–78.
3. *Воронин А.Н.* Интеллектуальная деятельность: проявление интеллекта и креативности в реальном взаимодействии // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2006. Т. 3. № 3. С. 35–58.
4. *Гаврилова Е.В.* Индивидуальные различия в лингвистических способностях и их связь с флюидным и кристаллизованным интеллектом // Современная зарубежная психология. 2018. Т. 7. № 2. С. 16–27. doi:10.17759/jmfp.2018070202
5. *Дружинин В.Н.* Психология общих способностей. СПб.: Питер, 1999. 368 с.
6. *Корнилов С.А., Григоренко Е.Л.* Методический комплекс для диагностики академических, творческих и практических способностей // Психологический журнал. 2010. Т. 31. №2. С. 90–103.
7. *Корнилова Т.В.* Ригидность, толерантность к неопределенности и креативность в системе интеллектуально-личностного потенциала человека // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2013. № 4. С. 36–47.
8. *Маркиз М., Низамова Е.С., Гриняев М.Ю. и др.* Связь латеральности рук и пола с математическими и пространственными способностями // Теоретическая и экспериментальная психология. 2012. Т. 5. № 4. С. 20–29.
9. *Новикова М.А., Корнилова Т.В.* Самооценка интеллекта в структурных связях с психометрическим интеллектом, личностными свойствами и академической успеваемостью [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2012. Т. 5.



№ 23. С. 2. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2012v5n23/686-novikova23.html>  
(дата обращения: 23.12.2018)

10. Ржанова И.Е., Алексеева О.С., Фоминых А.Я. и др. Индекс рабочей памяти как один из основных показателей теста Векслера для дошкольников [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2018. Т. 11. № 57. С. 8. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2018v11n57/1529-rzhanova57.html> (дата обращения: 23.12.2018)

11. Савенков А.И., Карнова С.И. Детская одаренность как предиктор учебной и жизненной успешности в педагогике и психологии XX века // Вестник московского городского педагогического университета. 2012. Т. 2. № 20. 53–66.

12. Ушаков Д.В. Психология интеллекта и одаренности. М.: изд-во «Институт психологии РАН», 2011. 464 с.

13. Холодная М.А. Психология интеллекта. СПб.: Питер, 2002. 272 с.

14. Alloway T.P., Gathercole S.E., Willis C., et al. A structural analysis of working memory and related cognitive skills in young children // Journal of Experimental Child Psychology. 2004. Vol. 87. № 2. P. 85–106. doi: 10.1016/j.jecp.2003.10.002

15. Baddeley A.D., Hitch G.J. Working Memory // The Psychology of Learning and Motivation / G. Bower (Ed.). San Diego, CA: Academic Press, 1974. Vol. 8. P. 47–90. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0079-7421\(08\)60452-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0079-7421(08)60452-1)

16. Bayliss D.M., Jarrold C., Baddeley A.D., et al. Mapping the developmental constraints on working memory span performance // Developmental Psychology. 2005. Vol. 41. № 4. P. 579–597. doi: 10.1037/0012-1649.41.4.579

17. Blair C. How similar are fluid cognition and general intelligence? A developmental neuroscience perspective on fluid cognition as an aspect of human cognitive ability // Behavioral Brain Science. 2006. Vol. 29. № 2. P. 109–125. doi: 10.1017/S0140525X06009034

18. Bunge S.A., Wendelken C., Badre D., et al. Analogical reasoning and prefrontal cortex: evidence for separable retrieval and integration mechanisms // Cerebral Cortex. 2005. Vol. 15. № 3. P. 239–249. doi: 10.1093/cercor/bhh126

19. Carroll J.B. Human cognitive abilities: A survey of factor-analytic studies. New York, NY: Cambridge University Press, 1993. 819 p.

20. Caspi A., Reichenberg A., Weiser M., et al. Cognitive performance in schizophrenia patients assessed before and following the first psychotic episode // Schizophrenia Research. 2003. Vol. 65. № (2-3). P. 87–94. doi:10.1016/S0920-9964(03)00056-2

21. Cattell R.B. Abilities: Their structure, growth, and action. New York: Houghton Mifflin, 1971. 583 p.

22. Cattell R.B. Culture Free Intelligence Test. Champaign, IL: Institute of Personality and Ability Testing, 1949. 87 p.

23. *Cattell R.B.* Intelligence: Its structure, growth and action. New York: Elsevier, 1987. 693 p.
24. *Cattell R.B.* The theory of fluid and crystallized intelligence: A critical experiment // *Journal of Educational Psychology*. 1963. Vol. 54. № 1. P. 1–22.
25. *Christoff K., Prabhakaran V., Dorfman J., et al.* Rostrolateral prefrontal cortex involvement in relational integration during reasoning // *Neuroimage*. 2001. Vol. 14. № 5. P. 1136–1149. doi: 10.1006/nimg.2001.0922
26. *Christoff K., Ream J.M., Geddes L.P., et al.* Evaluating self-generated information: anterior prefrontal contributions to human cognition // *Behavioral Neuroscience*. 2003. Vol. 117. № 6. P. 1161–1168. doi: 10.1037/0735-7044.117.6.1161
27. *Colom R., Abad F.J., Rebollo I., et al.* Memory span and general intelligence: A latent-variable approach // *Intelligence*. 2005. Vol. 33. № 6. P. 623–642. doi:10.1016/j.intell.2005.05.006
28. *Colom R., Rebollo I., Abad F.J., et al.* Complex span tasks, simple span tasks, and cognitive abilities: A reanalysis of key studies // *Memory and Cognition*. 2006. Vol. 34. № 1. P. 158–171.
29. *Colom R., Abad F.J., Quiroga M.Á., et al.* Working memory and intelligence are highly related constructs, but why? // *Intelligence*. 2008. Vol. 36. № 6. P. 584–606. doi:10.1016/j.intell.2008.01.002
30. *Conway A.R., Cowan N., Bunting M. F., et al.* A latent variable analysis of working memory capacity, shortterm memory capacity, processing speed, and general fluid intelligence // *Intelligence*. 2002. Vol. 30. № 2. P. 163–183. doi:10.1016/S0160-2896(01)00096-4
31. *Cowan N., Elliott E.M., Saults J.S., et al.* On the capacity of attention: Its estimation and its role in working memory and cognitive aptitudes // *Cognitive Psychology*. 2005. Vol. 51. № 1. P. 42–100. doi:10.1016/j.cogpsych.2004.12.001
32. *Duncan J.* Frontal lobe function and general intelligence: why it matters // *Cortex*. 2005. Vol. 41. № 2. P. 215–217.
33. *Duncan J., Burgess P., Emslie H.* Fluid intelligence after frontal lobe lesions // *Neuropsychologia*. 1995. Vol. 33. № 3. P. 261–268.
34. *Egan G., Hasenkamp W., Wilcox L., et al.* Declarative memory and WCST-64 performance in subjects with schizophrenia and healthy controls // *Psychiatry Research*. 2011. Vol. 188. № 2. P. 191–196. doi:10.1016/j.psychres.2011.02.026
35. *Engel de Abreu P.M., Conway A.R., Gathercole S.E.* Working memory and fluid intelligence in young children // *Intelligence*. 2010. Vol. 38. № 6. P. 552–561. doi:10.1016/j.intell.2010.07.003

36. *Engle R.W.* Working memory capacity as executive attention // *Current Directions in Psychological Science*. 2002. Vol. 11. № 1. P. 19–23. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00160>
37. *Engle R.W., Tuholski S.W., Laughlin J.E., et al.* Working memory, short-term memory, and general fluid intelligence: A latentvariable approach // *Journal of Experimental Psychology*. 1999. Vol. 128. № 3. P. 309–331. doi:10.1037/0096-3445.128.3.309
38. *Ferrer E., O'Hare E., Bunge S.A.* Fluid Reasoning and the Developing Brain // *Frontiers in Neuroscience*. 2009. Vol. 3. № 1. P. 46–51. doi: 10.3389/neuro.01.003.2009
39. *Fry A.F., Hale S.* Relationships among processing speed, working memory, and fluid intelligence in children // *Biological Psychology*. 2000. Vol. 54. №1–3. P. 1–34.
40. *Gottfredson L.S.* Why g matters: The complexity of everyday life // *Intelligence*. 1997. Vol. 24. № 1. P. 79–132.
41. *Gray J.R., Chabris C.F., Braver T.S.* Neural mechanisms of general fluid intelligence // *Natural Neuroscience*. 2003. Vol. 6. № 3. P. 316–322. doi: 10.1038/nn1014
42. *Green A.E., Fugelsang J.A., Kraemer D.J., et al.* Frontopolar cortex mediates abstract integration in analogy // *Brain Research*. 2006. Vol. 1096. № 1. P. 125–137. doi: 10.1016/j.brainres.2006.04.024
43. *Green C.T., Bunge A.S., Chiongbian V.B., et al.* Fluid reasoning predicts future mathematical performance among children and adolescents // *Journal of Experimental Child Psychology*. 2017. № 157. P. 125–143. doi: 10.1016/j.jecp.2016.12.005
44. *Horn J.L., Blankson N.* Foundations for a better understanding of cognitive abilities // *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* / D.P. Flanagan, P.L. Harrison (Eds.). New York: Guilford Press, 2005. P. 41–68.
45. *Johnson M.K., McMahon R.P., Robinson B.M., et al.* The relationship between working memory capacity and broad measures of cognitive ability in healthy adults and people with schizophrenia // *Neuropsychology*. 2013. Vol. 27. № 2. P. 220–229 doi: 10.1037/a0032060
46. *Kane M.J., Hambrick D.Z., Tuholski S.W., et al.* The generality of working memory capacity: A latentvariable approach to verbal and visuospatial memory span and reasoning // *Journal of Experimental Psychology. General*. 2004. Vol. 133. № 2. P. 189–217. doi: 10.1037/0096-3445.133.2.189
47. *Kaufman A.S., Kaufman N.L.* Kaufman Assessment Battery for Children. 2<sup>nd</sup> ed. Circle Pines, MN: American Guidance Service, 2004. 153 p.
48. *Kim Y., Lee K., Lee S.* Deficit in decision-making in chronic, stable schizophrenia: from a reward and punishment perspective // *Psychiatry Investigation*. 2009. Vol. 6. № 1. P.26–33. doi:10.4306/pi.2009.6.1.26
49. *Kroger J.K., Sabb F.W., Fales C.L., et al.* Recruitment of anterior dorsolateral prefrontal cortex in human reasoning: a parametric study of relational complexity // *Cerebral Cortex*. 2002. Vol. 12. № 5. P. 477–485.

50. *Kyllonen P.C., Christal R.E.* Reasoning ability is (little more than) working-memory capacity?! // *Intelligence*. 1990. Vol. 14. № 4. P. 389–433. doi:10.1016/S0160-2896(05)80012-1
51. *Lee K.H., Choi Y.Y., Gray J.R., et al.* Neural correlates of superior intelligence: stronger recruitment of posterior parietal cortex // *Neuroimage*. 2006. Vol. 29. № 2. P. 578–586. doi: 10.1016/j.neuroimage.2005.07.036
52. *Liu Y, Wang Y.* Cognitive functions of children with attention deficit/hyperactivity disorder // *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2002. Vol. 82. № 6. P. 389–392.
53. *Major J.T., Johnson W., Deary I.J.* Comparing models of intelligence in Project TALENT: The VPR model fits better than the CHC and extended Gf–Gc models // *Intelligence*. 2012. Vol. 40. № 6. P. 543–559. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.intell.2012.07.006>
54. *McGrew K.S.* The Cattell–Horn–Carroll theory of cognitive abilities: Past, present, and future // *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* / D.P. Flanagan, P.L. Harrison (Eds.). New York: Guilford Press, 2005. P. 136–181.
55. *McGrew K.S.* CHC theory and the human cognitive abilities project: Standing on the shoulders of the giants of psychometric intelligence research // *Intelligence*. 2009. Vol. 37. № 1. 1–10. doi: 10.1016/j.intell.2008.08.004
56. *Morgan J.E., Lee S.S., Loo S.* Fluid Reasoning Mediates the Association of Birth Weight with ADHD Symptoms in Youth From Multiplex Families With ADHD [Electronic journal] // *Journal of Attention Disorders*. 2016. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1087054716670006?journalCode=jada> (дата обращения: 22.12.2018) doi: 10.1177/1087054716670006
57. *Nigg J.T., Blaskey L.G., Huang-Pollock C.L., et al.* Neuropsychological executive functions and DSM-IV ADHD subtypes // *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002. Vol. 41. № 1. P. 59–66. doi: 10.1097/00004583-200201000-00012
58. *Nigg J.T., Blaskey L.G., Stawicki J.A., et al.* Evaluating the endophenotype model of ADHD neuropsychological deficit: results for parents and siblings of children with ADHD combined and inattentive subtypes // *Journal of Abnormal Psychology*. 2004. Vol. 113. № 4. P. 614–625. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.113.4.614>
59. *Nigg J.T., Breslau N.* Prenatal smoking exposure, low birth weight, and disruptive behavior disorders // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007. Vol. 46. № 3. P. 362–369. doi:10.1097/01.chi.0000246054.76167.44
60. *Nigg J.T., Quamma J.P., Greenberg M.T., et al.* A two-year longitudinal study of neuropsychological and cognitive performance in relation to behavioral problems and competencies in elementary school children // *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1999. Vol. 27. № 1. P. 51–63. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1022614407893>

61. *Nisbett R.E., Aronson J., Blair C., et al.* Intelligence. New Findings and Theoretical Developments // *American Psychologist*. 2012. Vol. 67. № 2. P. 130–159. doi: 10.1037/a0026699
62. *Otero T.M.* Brief review of fluid reasoning: Conceptualization, neurobasis, and applications // *Applied Neuropsychology: Child*. 2017. Vol. 6. № 3. P. 240–211. doi: 10.1080/21622965.2017.1317484
63. *Roca M., Manes F., Cetkovich M., et al.* The relationship between executive functions and fluid intelligence in schizophrenia [Electronic journal] // *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2014. Vol. 8. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnbeh.2014.00046/full> (дата обращения: 22.12.2018)
64. *Schneider W.J., McGrew K.S.* The Cattell–Horn–Carroll model of intelligence // *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* / D. Flanagan, P. Harrison (Eds.). New York: Guilford, 2012. P. 99–144.
65. *Smith R., Keramatian K., Christoff K.* Localizing the rostralateral prefrontal cortex at the individual level // *Neuroimage*. 2007. Vol. 36. № 4. P. 1387–1396. doi: 10.1016/j.neuroimage.2007.04.032
66. *Swanson H.L.* Working memory and intelligence in children: What develops? // *Journal of Educational Psychology*. 2008. Vol. 100. № 3. P. 581–602. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0663.100.3.581>
67. *Tamm L., Juranek J.* Fluid Reasoning Deficits in Children with ADHD: Evidence from fMRI // *Brain Research*. 2012. № 1465. P. 48–56. doi: 10.1016/j.brainres.2012.05.021
68. *Thoma P., Daum I.* Neurocognitive changes and negative symptoms in schizophrenia // *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*. 2007. Vol. 73. № 6. P. 333–342. doi:10.1055/s-2004-830233
69. *Wechsler D.* Wechsler Abbreviated Intelligence Scale. Administration Manual. San Antonio: Harcourt Assessment, 2004. 312 p.
70. *Wechsler D.* Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition. San Antonio, TX: Pearson, 2014. 267p.
71. *Wechsler D.* Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition. New York: Psychological Corporation, 2003. 248 p.
72. *Wechsler D.* Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Third Edition. Administration Manual. San Antonio: Harcourt Assessment, 2002. 275 p.
73. *Wendelken C., Nakhabenko D., Donohue S.E., et al.* “Brain is to thought as stomach is to?”: investigating the role of rostralateral prefrontal cortex in relational reasoning // *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2008. Vol. 20. № 4. P. 682–693. doi: <https://doi.org/10.1162/jocn.2008.20055>
74. *Willcutt E.G., Doyle A.E., Nigg J.T., et al.* Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review // *Biological Psychiatry*. 2005. Vol. 57. № 11. P.1336–1346. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.02.006

75. *Wright S.B., Matlen B.J., Baym C.L., et al.* Neural correlates of fluid reasoning in children and adults [Electronic journal]// *Frontiers of Human Neuroscience*. 2007. Vol. 1. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/neuro.09.008.2007/full> (дата обращения: 22.12.2018) doi: <https://doi.org/10.3389/neuro.09.008.2007>

76. *Zanello A., Perrig L., Huguelet P.* Cognitive functions related to interpersonal problem-solving skills in schizophrenic patients compared with healthy subjects // *Psychiatry Research*. 2006. Vol. 142. № 1. P. 67–78. doi: 10.1016/j.psychres.2003.07.009.

# Fluid Intelligence: Review of Foreign Studies

**Rzhanova I.E.,**

*Research Fellow, Psychological Institute of Russian Academy of Education, Moscow, Russia,  
irinarzhanova@mail.ru*

**Britova V.S.,**

*student, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia,  
vsbritova@gmail.com*

**Alekseeva O.S.,**

*Research Fellow, Psychological Institute of Russian Academy of Education, Moscow, Russia,  
olga\_alexeeva@mail.ru*

**Burdukova Yu.A.,**

*Ph.D. in Psychology, assistant professor, Moscow State University of Psychology and  
Education, Moscow, Russia, julia\_burd@inbox.ru*

---

The present review focuses on modern research of fluid intelligence. The concept of fluid intelligence, the place of fluid intelligence in the structure of cognitive abilities, its relation to general intelligence is revealed. The current models of fluid intelligence are considered, including the current leading Cattell–Horn–Carroll model. The neurobiological processes underlying the flexibility of fluid reasoning processes in solving novel problems are discussed. In particular, studies are presented showing that fluid intelligence is mediated by subregions of the prefrontal cortex. Studies of the relationship between fluid intelligence and working memory, as well as studies of fluid intelligence in clinical groups such as children with ADHD and adults with schizophrenia are also discussed. Clinical evidence suggests that fluid intelligence may be key to understanding the structure of cognitive deficits in ADHD syndrome.

**Keywords:** intelligence, fluid reasoning, working memory, clinical studies, children with ADHD syndrome.

---

## Funding

This work was supported by grant RFBR № 18-013-01179.

## References

1. Ancyferova L.I. Psihologija starosti: osobennosti razvitija lichnosti v period pozdnej vzroslosti [Psychology of old age: features of personality development in the period of late adulthood]. *Psihologicheskij zhurnal [Psychological Journal]*, 2001, vol. 22, no. 3, pp. 86–100.
2. Birjukov S.D., Hodakova E.Ju. Fljuidnyj intellekt kak prediktor uspešnosti obuchenija Fluid intelligence as a predictor of learning success. In A.N. Voronin (Ed.) *Intellekt i tvorčestvo: Sbornik nauchnyh trudov [Intellect and creativity: Collection of scientific works]*. Moscow: publ. of Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, 1999, pp. 66–78.
3. Voronin A.N. Intellektual'naja dejatel'nost': projavlenie intellekta i kreativnosti v real'nom vzaimodejstvii [Intellectual activity: the manifestation of intelligence and creativity in real interaction]. *Psihologija. Zhurnal Vysshej shkoly jekonomiki [Psychology. Journal of Higher School of Economics]*, 2006, vol. 3, no. 3, pp. 35–58.
4. Gavrilova E.V. Individual'nye razlichija v lingvisticheskih sposobnostjah i ih svjaz' s fljuidnym i kristallizovannym intellektom [Individual differences in linguistic abilities and their relationship with fluid and crystallized intelligence]. *Sovremennaja zarubežnaja psihologija [Modern foreign psychology]*, 2018, vol. 7, no. 2, pp. 16–27. doi: 10.17759/jmfp.2018070202
5. Druzhinin V.N. Psihologija obshhix sposobnostej [Psychology of general abilities]. Saint-Petersburg: Peter, 1999. 368 p.
6. Kornilov S.A., Grigorenko E.L. Metodicheskij kompleks dlja diagnostiki akademicheskix, tvorčeskix i praktičeskix sposobnostej [Methodical complex for the diagnosis of academic, creative and practical abilities]. *Psihologicheskij zhurnal [Psychological Journal]*, 2010, vol. 31, no. 2, pp. 90–103.
7. Kornilova T.V. Rigidnost', tolerantnost' k neopredelennosti i kreativnost' v sisteme intellektual'no-lichnostnogo potenciala čeloveka [Rigidity, tolerance for uncertainty and creativity in the system of human intellectual and personal potential]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Serija 14. Psihologija [Moscow University Bulletin. Series 14. Psychology]*, 2013, no. 4, pp. 36–47.
8. Markiz M., Nizamova E.S., Grinjaev M.Ju., et al. Svjaz' lateral'nosti ruk i pola s matematičeskimi i prostranstvennymi sposobnostjami [The relationship of lateral hands and gender with mathematical and spatial abilities]. *Teoretičeskaja i jeksperimental'naja psihologija [Theoretical and Experimental Psychology]*, 2012, vol. 5, no. 4, pp. 20–29.
9. Novikova M.A., Kornilova T.V. Samoocenka intellekta v strukturnyh svjazjah s psihometričeskim intellektom, lichnostnymi svojstvami i akademičeskoj uspevaemoš'ju [Self-assessment of intelligence in structural relationships with psychometric intelligence, personal properties and academic performance] [Electronic resource]. *Psihologičeskie issledovanija [Psychological Studies]*, 2012, vol. 5, no. 23, p. 2. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2012v5n23/686-novikova23.html> (Accessed: 23.12.2018)



10. Rzhanova I.E., Alekseeva O.S., Fominyh A.Ja., et al. Indeks rabochej pamjati kak odin iz osnovnyh pokazatelej testa Vekslera dlja doshkol'nikov [The index of working memory as one of the main indicators of the test Wechsler for preschoolers] [Electronic resource]. *Psihologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies], 2018, vol. 11, no. 57, p. 8. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2018v11n57/1529-rzhanova57.html> (Accessed: 23.12.2018)
11. Savenkov A.I., Karpova S.I. Detskaja odarennost' kak prediktor uchebnoj i zhiznennoj uspešnosti v pedagogike i psihologii HH veka [Children's talent as a predictor of academic and life success in pedagogy and psychology of the twentieth century]. *Vestnik moskovskogo gorodskogo pedagogičeskogo universiteta* [Bulletin of the Moscow City Pedagogical University], 2012, vol. 2, no. 20, pp. 53–66.
12. Ushakov D.V. Psihologija intellekta i odarennosti [Psychology of intelligence and giftedness]. Moscow: publ. of Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, 2011. 464 p.
13. Holodnaja M.A. Psihologija intellekta [The psychology of intelligence]. Saint-Petersburg: Peter, 2002. 272 p.
14. Alloway T.P., Gathercole S.E., Willis C., et al. A structural analysis of working memory and related cognitive skills in young children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 2004, vol. 87, no. 2, pp. 85–106. doi: 10.1016/j.jecp.2003.10.002
15. Baddeley A.D., Hitch G.J. Working Memory. In G. Bower (Ed.). *The Psychology of Learning and Motivation*. San Diego, CA: Academic Press, 1974, vol. 8, pp. 47–90. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0079-7421\(08\)60452-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0079-7421(08)60452-1)
16. Bayliss D.M., Jarrold C., Baddeley A.D., et al. Mapping the developmental constraints on working memory span performance. *Developmental Psychology*, 2005, vol. 41, no. 4, pp. 579–597. doi: 10.1037/0012-1649.41.4.579
17. Blair C. How similar are fluid cognition and general intelligence? A developmental neuroscience perspective on fluid cognition as an aspect of human cognitive ability. *Behavioral Brain Science*, 2006, vol. 29, no. 2, pp. 109–125. doi: 10.1017/S0140525X06009034
18. Bunge S.A., Wendelken C., Badre D., et al. Analogical reasoning and prefrontal cortex: evidence for separable retrieval and integration mechanisms. *Cerebral Cortex*, 2005, vol. 15, no. 3, pp. 239–249. doi: 10.1093/cercor/bhh126
19. Carroll J.B. Human cognitive abilities: A survey of factor-analytic studies. New York, NY: Cambridge University Press, 1993. 819 p.
20. Caspi A., Reichenberg A., Weiser M., et al. Cognitive performance in schizophrenia patients assessed before and following the first psychotic episode. *Schizophrenia Research*, 2003, vol. 65, no. 2-3, pp. 87–94. doi:10.1016/S0920-9964(03)00056-2
21. Cattell R.B. Abilities: Their structure, growth, and action. New York: Houghton Mifflin, 1971. 583 p.

22. Cattell R.B. Culture Free Intelligence Test. Champaign, IL: Institute of Personality and Ability Testing, 1949. 87 p.
23. Cattell R.B. Intelligence: Its structure, growth and action. New York: Elsevier, 1987. 693 p.
24. Cattell R.B. The theory of fluid and crystallized intelligence: A critical experiment. *Journal of Educational Psychology*, 1963, vol. 54, no. 1, pp. 1–22.
25. Christoff K., Prabhakaran V., Dorfman J., et al. Rostrolateral prefrontal cortex involvement in relational integration during reasoning. *Neuroimage*, 2001, vol. 14, no. 5, pp. 1136–1149. doi: 10.1006/nimg.2001.0922
26. Christoff K., Ream J.M., Geddes L.P., et al. Evaluating self-generated information: anterior prefrontal contributions to human cognition. *Behavioral Neuroscience*, 2003, vol. 117, no. 6, pp. 1161–1168. doi: 10.1037/0735-7044.117.6.1161
27. Colom R., Abad F.J., Rebollo I., et al. Memory span and general intelligence: A latent-variable approach. *Intelligence*, 2005, vol. 33, no. 6, pp. 623–642. doi:10.1016/j.intell.2005.05.006
28. Colom R., Rebollo I., Abad F.J., et al. Complex span tasks, simple span tasks, and cognitive abilities: A reanalysis of key studies. *Memory and Cognition*, 2006, vol. 34, no. 1, pp. 158–171.
29. Colom, R., Abad F.J., Quiroga M.Á., et al. Working memory and intelligence are highly related constructs, but why? *Intelligence*, 2008, vol. 36, no. 6, pp. 584–606. doi:10.1016/j.intell.2008.01.002
30. Conway A.R., Cowan N., Bunting M. F., et al. A latent variable analysis of working memory capacity, shortterm memory capacity, processing speed, and general fluid intelligence. *Intelligence*, 2002, vol. 30, no. 2, pp. 163–183. doi:10.1016/S0160-2896(01)00096-4
31. Cowan N., Elliott E.M., Saults J.S., et al. On the capacity of attention: Its estimation and its role in working memory and cognitive aptitudes. *Cognitive Psychology*, 2005, vol. 51, no. 1, pp. 42–100. doi:10.1016/j.cogpsych.2004.12.001
32. Duncan J. Frontal lobe function and general intelligence: why it matters. *Cortex*, 2005, vol. 41, no. 2, pp. 215–217.
33. Duncan J., Burgess P., Emslie H. Fluid intelligence after frontal lobe lesions. *Neuropsychologia*, 1995, vol. 33, no. 3, pp. 261–268.
34. Egan G., Hasenkamp W., Wilcox L., et al. Declarative memory and WCST-64 performance in subjects with schizophrenia and healthy controls. *Psychiatry Research*, 2011, vol. 188, no. 2, pp. 191–196. doi:10.1016/j.psychres.2011.02.026
35. Engel de Abreu P.M., Conway A.R., Gathercole S.E. Working memory and fluid intelligence in young children. *Intelligence*, 2010, vol. 38, no. 6, pp. 552–561. doi:10.1016/j.intell.2010.07.003

36. Engle R.W. Working memory capacity as executive attention. *Current Directions in Psychological Science*, 2002, vol. 11, no. 1, pp. 19–23. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00160>
37. Engle R.W., Tuholski S.W., Laughlin J.E., et al. Working memory, short-term memory, and general fluid intelligence: A latent variable approach. *Journal of Experimental Psychology*, 1999, vol. 128, no. 3, pp. 309–331. doi:10.1037/0096-3445.128.3.309
38. Ferrer E., O'Hare E., Bunge S.A. Fluid Reasoning and the Developing Brain. *Frontiers in Neuroscience*, 2009, vol. 3, no. 1, pp. 46–51. doi: 10.3389/neuro.01.003.2009
39. Fry A.F., Hale S. Relationships among processing speed, working memory, and fluid intelligence in children. *Biological Psychology*, 2000, vol. 54, no. 1-3, pp. 1–34.
40. Gottfredson L.S. Why g matters: The complexity of everyday life. *Intelligence*, 1997, vol. 24, no. 1, pp. 79–132.
41. Gray J.R., Chabris C.F., Braver T.S. Neural mechanisms of general fluid intelligence. *Natural Neuroscience*, 2003, vol. 6, no. 3, pp. 316–322. doi: 10.1038/nn1014
42. Green A.E., Fugelsang J.A., Kraemer D.J., et al. Frontopolar cortex mediates abstract integration in analogy. *Brain Research*, 2006, vol. 1096, no. 1, pp. 125–137. doi: 10.1016/j.brainres.2006.04.024
43. Green C.T., Bunge A.S., Chiongbian V.B., et al. Fluid reasoning predicts future mathematical performance among children and adolescents. *Journal of Experimental Child Psychology*, 2017, no. 157, pp. 125–143. doi: 10.1016/j.jecp.2016.12.005
44. Horn J.L., Blankson N. Foundations for a better understanding of cognitive abilities. In D.P. Flanagan, P.L. Harrison (Eds.) *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues*. New York: Guilford Press, 2005, pp. 41–68.
45. Johnson M.K., McMahon R.P., Robinson B.M., et al. The relationship between working memory capacity and broad measures of cognitive ability in healthy adults and people with schizophrenia. *Neuropsychology*, 2013, vol. 27, no. 2, pp. 220–229 doi: 10.1037/a0032060
46. Kane M.J., Hambrick D.Z., Tuholski S.W., et al. The generality of working memory capacity: A latent variable approach to verbal and visuospatial memory span and reasoning. *Journal of Experimental Psychology. General*, 2004, vol. 133, no. 2, pp. 189–217. doi: 10.1037/0096-3445.133.2.189
47. Kaufman A.S., Kaufman N.L. Kaufman Assessment Battery for Children. 2<sup>nd</sup> ed. Circle Pines, MN: American Guidance Service, 2004. 153 p.
48. Kim Y., Lee K., Lee S. Deficit in decision-making in chronic, stable schizophrenia: from a reward and punishment perspective. *Psychiatry Investigation*, 2009, vol. 6, no. 1, pp. 26–33. doi:10.4306/pi.2009.6.1.26
49. Kroger J.K., Sabb F.W., Fales C.L., et al. Recruitment of anterior dorsolateral prefrontal cortex in human reasoning: a parametric study of relational complexity. *Cerebral Cortex*, 2002, vol. 12, no. 5, pp. 477–485.

50. Kyllonen P.C., Christal R.E. Reasoning ability is (little more than) working-memory capacity?! *Intelligence*, 1990, vol. 14, no. 4, pp. 389–433. doi:10.1016/S0160-2896(05)80012-1

51. Lee K.H., Choi Y.Y., Gray J.R., et al. Neural correlates of superior intelligence: stronger recruitment of posterior parietal cortex. *Neuroimage*, 2006, vol. 29, no. 2, pp. 578–586. doi: 10.1016/j.neuroimage.2005.07.036

52. Liu Y, Wang Y. Cognitive functions of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 2002, vol. 82, no. 6, pp. 389–392.

53. Major J.T., Johnson W., Deary I.J. Comparing models of intelligence in Project TALENT: The VPR model fits better than the CHC and extended Gf–Gc models. *Intelligence*, 2012, vol. 40, no. 6, pp. 543–559. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.intell.2012.07.006>

54. McGrew K.S. The Cattell–Horn–Carroll theory of cognitive abilities: Past, present, and future. In D.P. Flanagan, P.L. Harrison (Eds.) *Contemporary intellectual assessment: Theories, Tests, and Issues*. New York: Guilford Press, 2005, pp. 136–181.

55. McGrew K.S. CHC theory and the human cognitive abilities project: Standing on the shoulders of the giants of psychometric intelligence research. *Intelligence*, 2009, vol. 37, no. 1, pp. 1–10. doi: 10.1016/j.intell.2008.08.004

56. Morgan J.E., Lee S.S., Loo S. Fluid reasoning mediates the association of birth weight with ADHD symptoms in youth from multiplex families with ADHD [Electronic journal]. *Journal of Attention Disorders*, 2016. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1087054716670006?journalCode=jada> (Accessed: 22.12.2018)

57. Nigg J.T., Blaskey L.G., Huang-Pollock C.L., et al. Neuropsychological executive functions and DSM-IV ADHD subtypes. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2002, vol. 41, no. 1, pp. 59–66. doi: 10.1097/00004583-200201000-00012

58. Nigg J.T., Blaskey L.G., Stawicki J.A., et al. Evaluating the endophenotype model of ADHD neuropsychological deficit: results for parents and siblings of children with ADHD combined and inattentive subtypes. *Journal of Abnormal Psychology*, 2004, vol. 113, no. 4, pp. 614–625. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.113.4.614>

59. Nigg J.T., Breslau N. Prenatal smoking exposure, low birth weight, and disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2007, vol. 46, no. 3, pp. 362–369. doi:10.1097/01.chi.0000246054.76167.44

60. Nigg J.T., Quamma J.P., Greenberg M.T., et al. A two-year longitudinal study of neuropsychological and cognitive performance in relation to behavioral problems and competencies in elementary school children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1999, vol. 27, no. 1, pp. 51–63. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1022614407893>

61. Nisbett R.E., Aronson J., Blair C., et al. Intelligence. New Findings and Theoretical Developments. *American Psychologist*, 2012, vol. 67, no. 2, pp. 130–159. doi: 10.1037/a0026699

62. Otero T.M. Brief review of fluid reasoning: Conceptualization, neurobasis, and applications. *Applied Neuropsychology: Child*, 2017, vol. 6, no. 3, pp. 240–211. doi: 10.1080/21622965.2017.1317484
63. Roca M., Manes F., Cetkovich M., et al. The relationship between executive functions and fluid intelligence in schizophrenia [Electronic journal]. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 2014, vol. 8. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnbeh.2014.00046/full> (Accessed: 22.12.2018)
64. Schneider W.J., McGrew K.S. The Cattell–Horn–Carroll model of intelligence. In D. Flanagan, P. Harrison (Eds.) *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues*. New York: Guilford, 2012, pp. 99–144.
65. Smith R., Keramatian K., Christoff K. Localizing the rostralateral prefrontal cortex at the individual level. *Neuroimage*, 2007, vol. 36, no. 4, pp. 1387–1396. doi: 10.1016/j.neuroimage.2007.04.032
66. Swanson H.L. Working memory and intelligence in children: What develops? *Journal of Educational Psychology*, 2008, vol. 100, no. 3, pp. 581–602. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0663.100.3.581>
67. Tamm L., Juranek J. Fluid Reasoning Deficits in Children with ADHD: Evidence from fMRI. *Brain Research*, 2012, no. 1465, pp. 48–56. doi: 10.1016/j.brainres.2012.05.021
68. Thoma P., Daum I. Neurocognitive changes and negative symptoms in schizophrenia. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 2007, vol. 73, no. 6, pp. 333–342. doi:10.1055/s-2004-830233
69. Wechsler D. Wechsler Abbreviated Intelligence Scale. Administration Manual. San Antonio: Harcourt Assessment, 2004. 312 p.
70. Wechsler D. Wechsler Intelligence Scale for Children – 5<sup>th</sup> ed. San Antonio, TX: Pearson, 2014. 267p.
71. Wechsler D. Wechsler Intelligence Scale for Children – 4<sup>th</sup> ed. New York: Psychological Corporation, 2003. 248 p.
72. Wechsler D. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – 3<sup>rd</sup> ed. Administration Manual. San Antonio: Harcourt Assessment, 2002. 275 p.
73. Wendelken C., Nakhabenko D., Donohue S.E., et al. “Brain is to thought as stomach is to?”: investigating the role of rostralateral prefrontal cortex in relational reasoning. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 2008, vol. 20, no. 4, pp. 682–693. doi: <https://doi.org/10.1162/jocn.2008.20055>
74. Willcutt E.G., Doyle A.E., Nigg J.T., et al. Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 2005, vol. 57, no. 11, pp. 1336–1346. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.02.006

75. Wright S.B., Matlen B.J., Baym C.L., et al. Neural correlates of fluid reasoning in children and adults [Electronic journal]. *Frontiers of Human Neuroscience*, 2007, vol. 1. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/neuro.09.008.2007/full> (Accessed: 22.12.2018).

76. Zanello A., Perrig L., Huguelet P. Cognitive functions related to interpersonal problem-solving skills in schizophrenic patients compared with healthy subjects. *Psychiatry Research*, 2006, vol. 142, no. 1, pp. 67–78. doi: 10.1016/j.psychres.2003.07.009

# Возможности психодиагностики Я-концепции и самоотношения в демонстрации характеристик и функциональности границ Я

**Шаповал И.А.,**

*доктор педагогических наук, профессор кафедры специальной психологии, ФГБОУ ВО ОГПУ, Оренбург, Россия, irinashapoval@yandex.ru*

**Фоминых Е.С.,**

*кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной психологии, ФГБОУ ВО ОГПУ, Оренбург, Россия, fominyh.yekaterina@yandex.ru*

---

Статья продолжает тему возможностей опосредованной психодиагностики характеристик и функций психологических границ личности в контексте самоотношения и представляет обзор потенциально подходящих для этого методик. Авторы систематизируют в концептах здоровья и «болезней» личности характеристики границ Я в системе биполярных измерений (структурного, энергетического, динамического, контактного) и показывают возможность их обнаружения и определения с помощью методик структурно-содержательного и качественного анализа Я-концепции и самоинтерпретаций. Функции границ Я в обеспечении и контроле диалога Я и не-Я рассмотрены в кругу методик диагностики самоотношения, субъективного контроля, кризисной идентичности, экзистенции и других. Конструктивность границ в защитах Я анализируется в поле приоритетных объектов защиты самоотношения: психодиагностики когний и аффектов защитного стиля.

Ключевые слова: психологические границы, личность, идентичность, Я-концепция, самоотношение, диалог Я и не-Я, самоинтерпретация, конструктивность, деструктивность, психодиагностика.

---

## Для цитаты:

Шаповал И.А., Фоминых Е.С. Возможности психодиагностики Я-концепции и самоотношения в демонстрации характеристик и функциональности границ Я [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 4. С. 44–60. doi: 10.17759/psyclin.2018070403

**For citation:**

Shapoval I.A., Fominykh E.S. Possibilities of Diagnostics of Self-Concept and Self-Attitude to Demonstration of the Features and to Functionality of I-Boundaries [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya], 2018, vol. 7, no. 4, pp. 44–60. doi: 10.17759/psycljn. 2018070403 (In Russ., abstr. in Engl.)

В проведенном нами анализе самоотношения как поля диагностики психологических границ личности в контексте ее здоровья границы Я были рассмотрены как инструменты взаимодействий Я-концепции и самоотношения и их внутри- и межсистемные связи и барьеры в пространстве С и МЕЖДУ. Установлено, что трансформации системы отношений личности реализуются путем переструктурирования внутренних и внешних пространств Я соответственно динамике состояний и функций их границ. Параметрами их оценки были выбраны системные характеристики и конфигурации самоотношения [22].

Цель настоящей работы – анализ возможностей демонстрации психодиагностическими методиками Я-концепции и самоотношения характеристик и качества функционирования границ Я, для чего необходимо:

- 1) определить, какие состояния и функции границ могут быть обнаружены и качественно описаны;
- 2) очертить круг адекватных цели методик и проанализировать их.

Сформированность психологической границы позволяет человеку в зависимости от состояния мира и его потребностей менять характеристики и актуализировать те или иные функции границы [9]. Мы полагаем, что и границы могут управлять нами благодаря взаимодействию их характеристик и функций. Те и другие выделялись в исследованиях Е.И. Кузьминой, Т.Д. Марцинковской, С.К. Нартовой-Бочавер, В. Подорогой, О.В. Силиной, Е.Т. Соколовой, О.А. Шамшиковой, И.А. Шаповал и Е.С. Фоминых, А.С. Шаровым; А. Adler, G. Ammon, R. Assagioli, J. Bradshaw, N.W. Brown, P. Federn, S. Freud, E. Fromm, E. Hartmann, K. Horney, O. Kernberg, H. Kohut, K.Z. Levini M. Polster, F.S. Perls и др.

Опираясь на накопленные психологией и смежными науками знания, мы систематизируем характеристики и функции границ Я в целях их диагностики и изучения в условных концептах здоровья (интеграция, адаптация и развитие Я) и «болезней» (дезинтеграция, остановка в развитии, симплификация Я) личности (Рис.).

Взаимопересечение разных характеристик границ создает многослойную, амальгамную структуру, что и позволяет границам в зависимости от изменений мира и желаний человека (а в клинике – и вне зависимости от них) проявлять или менять свои характеристики [9], степень их выраженности и состояния [12], а, следовательно, и функциональность.





Рис. Взаимодействие характеристик и функций границ Я

Проведенная нами ранее систематизация границ [22] в данной работе трансформирована в контексте их инструментальной роли в Я-концепции и самооотношении. В зависимости от характеристик границ Я одни и те же функции могут быть в разной степени эффективными – с тем или иным качеством обеспечивающими функции самооотношения:

- аутокоммуникацию, диалог субличностей на внутренней «сцене»;
- саморегуляцию и самоконтроль субличностей Я и не-Я;
- защиту автономности от воздействия социума, поглощения им, от страха «растекаемости» в отношениях с людьми;
- эго-защитную функцию консервации внутренней стабильности и континуальности Я и поддержания самоуважения даже ценой создания образа ложного Я;
- функцию «зеркала», самоотображения в Я оценок окружающих;
- самовыражение и самореализацию, адекватное выражение смысла Я и порождение новых его смыслов путем получения информации о себе.

Отражение системы функций границ Я в их динамических связях не случайно. Предположительно, в указанной последовательности они формируются в онтогенезе, образуют функциональную систему и актуализируются в зависимости от внешней и внутренней ситуации и от своих характеристик.

Диалогичность самосознания и внутренняя активность – главные условия готовности человека к построению самопонимания и самооотношения. Эмпирически связи нарушений границ личности с самооотношением, Я-концепцией и идентичностью выявлены в условиях депривации пространства личности [12], в контурах ее нарциссической [16; 17; 19 и др.], психотической, невротической, пограничной тенденций, «шизоидного способа бытия-в-мире» [11],

Неспособность чрезмерно уязвимых, слабо защищенных границ контролировать и защищать внешнее и внутреннее пространства Я порождает защитно-компенсаторные механизмы [20]:

- недоверие к миру, стыд или демонстрацию самодостаточности и агрессии при дефицитарном внутреннем, по G. Ammon [23], и деструктивном внешнем Я-отграничениях (Я-тип границ);
- постоянное чувство вины, беспомощности, подчиненности при дефицитарном внешнем и деструктивном внутреннем Я-отграничениях (Мы-тип границ).

Построению устойчивых границ, кристаллизации субъектности и самосознания могут препятствовать сниженная резистентность личности, психотравматизация и избыточность (слишком легкий внешний мир,

технологическая «переразвитость»). Результатом становится «культурная патология» в формах дезадаптации и деперсонализации [18]. Дисфункции границ Я блокируют развитие внешней и внутренней реальности личности и становятся источником формирования дезадаптивных схем – устойчивых отрицательных убеждений самопоражающего характера в отношении себя, других людей, окружающего и происходящего [24].

На деструктивность функций границ указывают: полярность стремлений человека к доминированию – подчинению, самопожертвованию; низкий самоконтроль и самодисциплина – сверхбдительность; эмоциональное самоподавление – хронический поиск одобрения; и т.д. В результате страдает Я-концепция (дефицит автономии, зависимость, некомпетентность, диффузия и недоразвитие Я), а самооотношение наполняется переживаниями покидания, нестабильности, недоверия, насилия, неполноценности и стыда за них.

В отборе и анализе диагностического инструментария самооотношения и близких к нему феноменов мы руководствовались возможностями методик продемонстрировать и оценивать характеристики и функции границ Я.

*Потенциал методик диагностики Я-концепции в анализе характеристик границ Я*, исходя из определения самооотношения как относительно устойчивого переживания, пронизывающего самовосприятие и Я-образ (А.А. Бодалев, В.В. Столин), мы видим в способности этих методик выявлять:

- структуру Я-концепции: число и конкретный состав Я-репрезентаций/автопредикаций «я есть то» (независимость, самодетерминация) и «я не есть то» (инфантилизм, неустойчивость, способность подойти к позитивному лишь через отрицание не-Я), его когнитивная сложность и дифференцированность;
- степень внутренней цельности (согласованность или противоречивость) образа Я, отсутствие жесткой идентифицированности с одним из суб-Я.

Для построения «модели себя» необходимо с помощью интроспекции и наблюдения за другими людьми опознавать «личностную» информацию, руководствоваться ею и при необходимости синтезировать цели, планы и жизненную историю для получения хороших результатов [13].

**Методики структурно-содержательного анализа Я-концепции** – тест М. Куна и Т. Макпартленда «Кто Я?», его модификации Т.В. Румянцевой и В.И. Юрченко, методика косвенного измерения системы самооценок (КИСС) Е.О. Федотовой, тест «Самооценка» Л.Д. Столяренко, опросник личностной и социальной идентичности (ЛиСи) В. Урбановича и др. – позволяют выявлять и соотносить структуру и разновидности ролевых аспектов и сфер автопредикаций (объективные и субъективные, позитивные и негативные, личностные и общеатрибутивные) относительно Я персонального и социального.

Очевидно, что число, сложность и обобщенность автопредикаций (и сложность самоотношения личности) прямо связаны со *структурными* характеристиками границ Я: степень когнитивной сложности, дифференцированности и интегрированности Я-концепции определяют достаточность, сохранность, прочность границ и т.д. или их обратные полюса.

*Контактные* характеристики границ – проницаемость, открытость, контролируемость и т.д. – больше влияют на меру осознанности суб-Я и их взаимоотношений, проблемность или ситуативность Я-концепции. Их роль отчетливо видна в эмоциональной полярности, уравновешенности или неустойчивости личности, в ее уверенности в себе, самоуважении и т.д. Тем самым специфика структуры Я-концепции и характера автопредикаций личности позволяет сделать вывод о конструктивности/деструктивности структурных и контактных характеристик границ Я.

**Методики качественного анализа Я-концепции и самоинтерпретаций** делают доступным обнаружение гибкости и упругости границ, их способности адекватно сужаться и расширяться, проницаемости и защищенности, баланса контролируемости и спонтанности в диалоге с не-Я – структурных, контактных и динамических характеристик границ, характерных для Я-концепции лиц, не склонных к самообвинению и ожидающих позитивного отношения к себе.

Степень выраженности связи Я с другими людьми и коммуникации Я и не-Я внешнего раскрывает специфику *динамических* (гибкость, подвижность) и *структурных* (проницаемость, открытость и т.д.) характеристик границ Я с помощью, например, опросников измерения взаимозависимой/независимой самоинтерпретации (SCS, Т. Сингелис), «Родственная Я-концепция» и «Независимая и коллективная Я-концепция» (валидизирована Е.А. Дорошевой с соавторами) [3] и т.д.

Особенности аутокоммуникации Я представляют Опросник субъективного отчуждения Е.Н. Осина (ОСОТЧ; формы вегетативности, бессилия, нигилизма, авантюризма, стремления к риску) [10], Шкала экзистенции А. Лэнгле и К. Орглера [8], тест С.А. Будасси на самооценку Я-реального и Я-идеального и др.

Синдром «размытости границ Я» [16] в диалоге Я и не-Я, их высокая проницаемость не позволяет им выполнить функцию защиты внутреннего пространства, определяя его нестабильность. Так, Я-концепция погранично-нарциссической личности постоянно флуктуирует и искажается, сочетая «грандиозность Я» и глубокую уязвимость самооценки; дисгармония восприятия Я и значимых Других парасуицидальной личностью сопрягается со систематическим сдвигом в сторону негативной эмоциональной окрашенности их образов.

*Возможности методик диагностики самоотношения* рассмотрены нами с позиций оценки функций границ личности.

Диагностическая ценность стандартизированных и нестандартизированных методик, самоотчетов, идеографических и проективных техник изучения самооотношения – шкалы Я-концепции (Теннесси) и самоуважения М. Розенберга, Тест самоактуализации (САТ), методики Дембо–Рубинштейн и «Не-Я» А.В. Визгиной, свободное самописание (МСС), рисуночная проба «Мой мир», Проективный метод депривации структурных звеньев самосознания (В.С. Мухина, К.А. Хвостов) и др. – возрастает при использовании их в комплексе.

**Функции границ по обеспечению ими диалога Я и не-Я** отчетливо проявляются в классических Методике исследования самооотношения (МИС) С.Р. Пантилеева и Опроснике самооотношения (ОСО) В.В. Столина и С.Р. Пантилеева [15]. Интеркорреляции значений, измеряемых ими эмоционально и семантически различных модальностей, определяют независимые факторы:

1. Самоуважение/оценка Я по отношению к социальным нормам = внутренняя честность + самоуверенность, саморуководство, зеркальное Я (МИС); = внутренняя последовательность + самопонимание, самоуверенность (ОСО).

2. Аутосимпатия/эмоциональное отношение к Я = самооценочность + самопринятие + самопривязанность (МИС); = диапазон от самоодобрения до самообвинения Я (ОСО).

3. Внутренняя неустойчивость (МИС) = внутренняя конфликтность + самообвинение, не зависящее от аутосимпатии и самоуважения,

4. Интегральное чувство «за» или «против» Я (ОСО) = самоинтерес + ожидаемое отношение от других + самоуважение и аутосимпатия.

Поскольку ориентация в эмоциональных/оценочных и позитивных/негативных модальностях самооотношения опирается на разграничение Я и не-Я для идентификации с Я, оформление автопредикаций и установление их связей для интеграции, постольку характер связей между модальностями зависит от степени функциональности границ между ними. Так, сцепленная, слитная, аморфная или повышено хрупкая связь интегрирует модальности до «монолитности», потому даже незначительное изменение одного из компонентов деформирует самооотношение в целом. «Спаянность», слитность одной из бинарных пар модальностей определяет недифференцированность Я и самооотношения, а их негативный или конфликтный смысл – отрицательная связь между модальностями.

**Эффективность границ Я в обеспечении контроля диалога Я и не-Я** способны определять методики, обнаруживающие в самооотношении характер связей Я и не-Я в их аутокоммуникации (уважение–неуважение, симпатия–антипатия, близость–отдаленность, интегрированность–конфликтность), контролируемой границами Я: опросники уровня субъективного контроля Дж. Роттера (модиф. Е.Ф. Бажиным с соавторами) и кризисной идентичности Н.В. Дмитриевой и Н.А. Самойлик, тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева и др.

От эффективности функции контроля границ прямо зависит выявляемое Шкалой экзистенции А. Лэнгле и К. Орглера [8] субъективное ощущение экзистенциальной исполненности/неисполненности жизни личности в сферах:

- самодистанцирования: создание внутренней дистанции по отношению к Я и способность освобождаться от плена аффектов, предубеждений, желаний или, напротив, – отсутствие свободного внутреннего пространства, внутренняя запутанность и фиксация на аффектах, стереотипах и т.д., редуцированность и селективность восприятия внешнего мира;
- самотрансценденции: «участное бытие» с внутренней и внешней осмысленностью жизни ради чего-то или кого-то/эмоциональная необязательность, плоская аффилированность, отсутствие чувств и отношений.
- свободы: способность/неспособность решаться; уверенность в решении/непереносимость любых ограничений.
- ответственности: обязательность, персональная включенность, чувство долга/необязательность либо чувство долга, натренированное воспитанием или страхами.

Примером сверхконтроля границ в аутокоммуникации может служить нарциссизм с его сверхценностью Я и стремлением к «жизни без границ». Жесткий внутренний императив удержания завышенной самооценки и «самоусовершенствования» в сочетании с нарциссической раной детерминирует непрерывную активность по трансформации Я и шлифовку «блестящего» фасада репрезентируемого Я [16]. Нарциссическая рана, или травма, образуется в случаях «неподтвержденности» человека как защитная идентификация с неким образом: он гарантирует безопасность, но его лакуны в личностном содержании заставляют постоянно искать подтверждения собственной ценности у других и не доверять им. В Структурном тесте G. Ammon [23] нарциссизм и Я-отграничения связываются в трех модальностях: адекватный нарциссизм с принятием своих слабостей коррелирует с конструктивным Я-отграничением; деструктивный связан с нереалистичной самооценкой, уходом в себя и нарциссической фрустрацией; дефицитарный – с отсутствием контакта с Я и положительного самоотношения, с дефицитарным внешним Я-отграничением и деструктивным внутренним.

**В оценках функциональности границ личности в обеспечении защит Я в диалоге с не-Я** мы исходим из выделения двух приоритетных объектов защиты: а) позитивного самоотношения и б) стабильного образа наличного Я, в т.ч. негативного. Самопонимание и самоотношение выстраиваются из когнитивного аспекта образа Я и его переживания, в разной степени рефлексированных. Возможно, на когнитивном уровне человек стремится к стабильности образа Я, на аффективном – к повышению самооценки [25]. С другой стороны, выбор объекта защиты может быть связан с разными потребностями: субъективным предпочтением позитивных переживаний или компенсаторной потребностью в самоконтроле [4].

Наше пилотажное исследование самоотношения Я студентов (n=42, средний возраст испытуемых – 21 год; 2018 г.) выявило высокие значения по фактору аутосимпатии (71%) и низкую внутреннюю конфликтность (76%), согласованные между собой. Системообразующим параметром аутосимпатии оказалась самооценочность (73%): заинтересованность в своем Я и безусловная любовь к себе. Механизмом поддержания и защиты позитивного самоотношения испытуемых, согласнорезультатам диагностики их границ, можно считать: а) высокую энергичность (заряженность смыслом) и развитие невпускающей функции границ – защиты пространства Я от внешних воздействий (62%); б) слабость и несформированность спокойно-нейтральной границы, отвечающей за баланс внешних влияний и внутренних импульсов, а также за допуск возможного в контакте (его близости, продолжительности и т.д.), выбор его формы и уход от него (76%). Статистическая значимость выявленных взаимосвязей подтверждена на уровне  $p \leq 0,05$ .

Для защиты Я и самоотношения от конфликта смыслов, повышенной хрупкости, зависимости, нестабильности необходимы отчуждение и вынесение в Не-Я неприемлемых личностных аспектов. Функции границ Я в этих процессах в обобщенном виде представлены сопротивлением изменению границ, предотвращением доступа к Я и побуждением осваивать компенсаторные формы поведения. Для выяснения эффективности и конструктивности этих функций можно использовать индикаторы баланса и качества отношений когнитивных и аффектов в защитах Я. Степень их психологической дифференциации представляет собой полярное измерение [17].

- Высокой степени четкости границ, автономности, иерархизированности подструктур Я-концепции и относительной устойчивости, упорядоченности и сбалансированности их взаимодействия соответствует большая осознанность и подконтрольность аффектов и телесного опыта, их опосредованность языком значений и индивидуальных смыслов.

- «Размытость» границ, синкретизм, низкая специализация, отсутствие иерархических связей и сбалансированных взаимодействий подструктур Я – системообразующее свойство «пограничного самосознания». В нем низкая степень расчлененности аффективной и когнитивной «образующих» сопрягается, с одной стороны, со сверхзависимостью от эмоционального отношения и оценок значимых других, уязвимостью Я-концепции по отношению к эмоционально травмирующему опыту, с другой – с узостью и уплощенностью системы индивидуальных Я-репрезентаций.

Преимущественно когнитивный стиль характеризует высокий уровень когнитивной опосредованности защит Я и контроля не-Я путем отчуждения неких субъектов аутокоммуникации и конструирования компенсаторной Я-концепции в пользу идеализированного или ложного Я [5]. Редукция самоопозиции, прерывание контакта с не-Я (проекция, интроекция, ретрофлексия, дифлексия, конфлюэнция), усиление защиты Я и ригидный отказ от самоизменения

основываются на эксплуатации рациональных («логических», «научных») аргументов и ссылок на объективные достижения. Широко используется инверсия недостатков и акцентирование достоинств (реальных или желаемых) вплоть до аффекта неадекватности.

В психодиагностике когнитивной защитного стиля, помимо очевидных методик психологических защит и копинг-стратегий, могут использоваться опросники каузальных ориентаций Э. Деси и Р. Райан [2] и толерантности–интолерантности к неопределенности С. Баднера [7]; шкалы аналитичности–холистичности (АНС) [1] и безнадежности (ВН) А. Бека; методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман [14] и диагностики наличия и выраженности иррациональных установок А. Эллиса и др.

Преобладание в защитах *аффективной составляющей* соотносится со стилем «эмоциональной подпитки или утоления эмоционального голода» с помощью Другого (не-Я): человек искажает его образ в субъективно-выгодном свете, усиливает непохожесть, дискредитирует не-Я или сверхидеализирует его, не веря в потенциальное самоизменение. Здесь же наблюдаются аутоинфантилизация и аутоинвалидация [17]. Для диагностики аффектов защитного стиля применимы, например, опросники Эмоционального интеллекта (ЭМИн) Д.В. Любина и Самооценки психических состояний личности Г. Айзенка, методика «Онтологическая уверенность» Н.В. Коптевой [6], Торонтская алекситимическая шкала, Тест диспозиционного оптимизма Ч. Карвера и М. Шейера и т.п.

Итак, в целях диагностики и изучения характеристик и функций границ Я мы систематизировали их и показали их связь в концептах здоровья и «болезней» личности. В контексте инструментальной роли границ в Я-концепции и самоотношении был определен круг методик диагностики последних, адекватный поставленной цели: продемонстрировать биполярность характеристик и эффективность функций границ Я. Анализ диагностического инструментария позволил систематизировать его в кластеры:

- структурно-содержательные и качественные показатели Я-концепции – степень ее когнитивной сложности, интегрированности и дифференцированности, сложность и обобщенность ее автопредикаций, характер коммуникации/аутокоммуникации Я с не-Я – коррелируют с конструктивностью/деструктивностью характеристик структурных, динамических и контактных границ Я;

- общие и частные показатели самоотношения – характер связей его модальностей, параметры связей Я и не-Я, приоритетные объекты и способы защиты Я – способны репрезентировать эффективность функций границ Я в обеспечении и контроле его диалога с не-Я, а также в защите Я в этом диалоге.

В заключение считаем нужным отметить необходимость учета в интерпретации функциональности границ Я возрастных рамок применения описанных и названных выше методик. Здесь выделяются два аспекта отражения онтогенетических закономерностей.



С одной стороны, методики диагностики Я-концепции, самооотношения, самооценки сензитивны к особенностям индивидуального восприятия, ясности индивидуального самосознания и наличию символов для его выражения, чувству личной адекватности индивида и др. (Р. Бернс). Самосознание и способность к описанию субъективной реальности структурируются в онтогенезе в подростковом, раннем юношеском возрасте и, возможно, у части лиц позже (диффузия или мораторий идентичности по Э. Эриксону, Дж. Марсиа). Тем самым использование соответствующих диагностических инструментов корректно не ранее подросткового возраста и должно учитывать специфику каждого возрастного периода в становлении личности.

С другой стороны, рождение и развитие границ Я (описанные Т.С. Леви, С.К. Нартовой-Бочавер, О.С. Силиной) проходит достаточно длительный путь: от бессознательного выделения и ощущения границ внешней и внутренней реальности к избирательности в контактах, наполнению границ социальным смыслом, их осознанию и превращению в средство саморегуляции и механизм адаптации, наконец, к символическому означиванию границ в подростковом возрасте. Таким образом, оценку функциональности границ Я (как и Я-концепции и самооотношения) можно считать корректной, начиная с подросткового возраста.

Становление и развитие границ Я как личностного феномена происходят в закономерно сменяющихся друг друга процессах интеграции–дифференциации личности и соответствуют стабильным и кризисным периодам ее развития (и состояниям, например, «смущения идентичности», по Э. Эриксону). Очевидно, что в разных периодах границы Я будут в разной степени проявлять свою функциональность/дисфункциональность, что также должно учитываться при интерпретации данных диагностики Я-концепции и самооотношения. Предложенный в статье аналитический обзор не претендует на полноту, но имеет прогностическую ценность и позволяет выстраивать исследовательские стратегии в изучении как самих границ Я, так и самооотношения и его составляющих прежде всего в клинико-психологическом аспекте.

## Литература

1. Апанович В.В., Знаков В.В., Александров Ю.И. Апробация шкалы аналитичности-холистичности на российской выборке // Психологический журнал. 2017. Т. 38. № 5. С. 80–96. doi: 10.7868/S0205959217050075
2. Дергачева О.Е., Дорфман Л.Я., Леонтьев Д.А. Русскоязычная адаптация опросника каузальных ориентаций // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2008. № 3. С. 91–106.
3. Дорошева Е.А., Князев Г.Г., Корниенко О.С. Валидизация русскоязычных версий двух опросников Я-концепции // Психологический журнал. 2016. Т. 37. № 3. С. 99–112.

4. *Колышко А.М.* Психология самоотношения. Гродно: ГрГУ, 2004. 102 с.
5. *Коптева Н.В.* Два способа «не быть собой» в концепциях К.Хорни и Р. Лэйнга // Вопросы психологии. 2016. № 3. С. 127–137.
6. *Коптева Н.В.* Онтологическая уверенность: дисс. ... док. психол. наук. Екатеринбург, 2012. 350 с.
7. *Корнилова Т.В., Чумакова М.А.* Шкалы толерантности и интолерантности к неопределенности в модификации опросника С. Баднера [Электронный ресурс] // Экспериментальная психология. 2014. Т. 7. №1. С. 92–110. URL: <http://psyjournals.ru/exp/2014/n1/68181.shtml>
8. *Кривцова С.В., Лэнгле А., Орглер К.* Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер // Экзистенциальный анализ. Бюллетень. 2009. № 1. С. 141–170.
9. *Левы Т.С., Краснова О.В.* Взаимосвязь психологической границы и самосознания личности (на примере подросткового возраста) // Знание. Понимание. Умение. 2013. № 4. С. 232–235.
10. *Личностный потенциал: структура и диагностика/ Под ред. Д.А. Леонтьева.* М.: Смысл, 2011. 680 с.
11. *Майкова Э.Ю.* Автономия личности: вектор социального сопротивления // Вестник Тверского государственного университета. Серия: «Философия». 2013. № 4. С. 39–48.
12. *Нартова-Бочавер С.К.* Человек суверенный: психологическое исследование субъекта в его бытии. СПб.: Питер, 2008. 400 с.
13. *Новикова М.А., Корнилова Т.В.* «Психологическая разумность» в структуре интеллектуально-личностного потенциала (адаптация опросника) // Психологический журнал. 2014. Т. 35. № 1. С. 63–78.
14. *Падун М.А., Котельникова А.В.* Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман// Психологический журнал. 2008. Т. 29. № 4. С. 98–106.
15. *Пантилеев С.Р.* Самоотношение как эмоционально-оценочная система. М.: изд-во МГУ, 1991. 110 с.
16. *Соколова Е.Т.* Нарциссизм как клинический и социокультурный феномен // Вопросы психологии. 2009. № 1. С. 67–80.
17. *Соколова Е.Т., Николаева В.Н.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995. 352 с.
18. *Тхостов А.Ш., Сурнов К.Г.* Влияние современных технологий на развитие личности и формирование патологических форм адаптации: обратная сторона социализации // Психологический журнал. 2005. Т. 26. № 6. С. 16–24.

Шаповал И.А., Фоминых Е.С. Возможности психодиагностики Я-концепции и самоотношения в демонстрации характеристик и функциональности границ Я  
Клиническая и специальная психология  
2018. Том 7. № 4. С. 44–60.

Shapoval I.A., Fominykh E.S. Possibilities of Diagnostics of Self-Concept and Self-Attitude to Demonstration of the Features and to Functionality of I-Boundaries  
Clinical Psychology and Special Education  
2018, vol. 7, no. 4, pp. 44–60.

19. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Нарциссизм, перфекционизм и депрессия [Электронный ресурс] // Консультативная психология и психотерапия. 2004. №1. С. 18–35. URL: [http://psyjournals.ru/mpj/2004/n1/Holmogorova\\_Garanian.shtml](http://psyjournals.ru/mpj/2004/n1/Holmogorova_Garanian.shtml)
20. Шамшикова О.А., Шамшикова Е.О. Нарциссические проявления личности как образующие континуума переходных форм существования «границ я» // Мир науки, культуры, образования. 2009. Т. 19. № 7. С. 265–270.
21. Шаповал И.А. Функции и дисфункции границ Я: эффекты самоорганизации и самодезорганизации системы [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. № 1. С. 19–32. doi: 0.17759/psyclin.2016050102
22. Шаповал И.А., Фоминых Е.С. Самоотношение как феноменологическое поле диагностики психологических границ личности и ее здоровья [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7. № 1. С. 13–27. doi:10.17759/crse.2018070102
23. Ammon G. Handbuch der Dynamischen Psychiatric. München: Er. Reinhardt Verlag, 1982. Bd. 2. 967 p.
24. Jounq J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. Guilford Press, 2003. 436 p.
25. Swann W.B., Griffin J.J., Predmore S.C., Gaines B. The cognitive-affective crossfire: when self-consistency confronts self-enhancement // Journal of Personality and Social Psychology. 1987. Vol. 52. № 5. Pp. 881–889.

# Possibilities of Diagnostics of Self-Concept and Self-Attitude to Demonstration of the Features and to Functionality of I-Boundaries

**Shapoval I.A.,**

*Doctor in Education, Professor, Department of special psychology, Orenburg state pedagogical University, Orenburg, Russia, irinashapoval@yandex.ru*

**Fominykh E.S.,**

*PhD. in Psychology, assistant professor, Department of special psychology, Orenburg state pedagogical University, Orenburg, Russia, fominyh.yekaterina@yandex.ru*

---

The article continues the theme of the possibilities of mediated psychodiagnostics of the characteristics and functions of the psychological boundaries of personality in the context of self-attitude and provides an overview of potentially suitable techniques. Within the concepts of the individual's health and "illnesses" authors systematize the characteristics of I-boundaries in the system of bipolar measurements (structural, energy, dynamic, contact) and show the possibility of their detection and determination by means of structurally-substantial and qualitative analysis of the Self-concept and self-interpretations. The functions of I-boundaries in the provision and control of the dialogue between I and non-I are examined among techniques for diagnostic of self-attitude, subjective control, crisis identity, existence etc. Constructiveness of boundaries in defenses of I analyzed in the area of priority of self-attitude protection objects: psychodiagnostics of cognitions and affects of defense style.

**Keywords:** psychological boundaries, personality, identity, Self-concept, self-relationship, dialogue between I and non-I, self-interpretation, constructiveness, destructiveness, psychodiagnostics.

---

## References

1. Apanovich V.V., Znakov V.V., Alexandrov Yu. I. Aprobaciya shkaly analitichnosti-holistichnosti na rossijskoj vyborke [Approbation of the Russian-language version of Analytic-Holistic Scale]. *Psikhologicheskii Zhurnal [Psychological Journal]*, 2017, vol. 38, no. 5, pp. 80–96. (In Russ., abstr. In Engl.)

2. Dergacheva O.E., Dorfman L.Ya., Leontiev D.A. Russkoyazychnaya adaptatsiya oprosnika kauzal'nyh orientacij [Russian adaptation of the General Causality Orientation Scale]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14: Psihologiya [Moscow University Psychology Bulletin. Series 14. Psychology]*, 2008, no. 3, pp. 91–106. (In Russ., abstr. In Engl.)

3. Dorosheva E.A., Knyazev G.G., Kornienko O.S. Validizatsiya russkoyazychnykh versij dvuh oprosnikov YA-konceptii [Validation of two Russian-language versions of Self-conception questionnaires]. *Psikhologicheskii Zhurnal [Psychological Journal]*, 2016, vol. 37, no. 3, pp. 99–112. (In Russ., abstr. In Engl.)

4. Kolyshko A.M. Psihologiya samootnosheniya [Psikhologiya samootnosheniya]. Grodno, 2004. 102p. (In Russ.).

5. Kopteva N.V. Dva sposoba «ne byt' soboj» v koncepciyah K. Horni i R. Lejnga [Two ways to "not be yourself" in K. Horney and R. Laing's concepts]. *Voprosy psikhologii [Questions of Psychology]*, 2016, no. 3, pp. 127–137. (In Russ., abstr. In Engl.)

6. Kopteva N.V. Ontologicheskaya uverenost': diss. ... dok. psihol. nauk [Ontological confidence. Doctor thesis]. Ekaterinburg, 2012. 350 p. (In Russ.).

7. Kornilova T.V., Chumakova M.A. Shkaly tolerantnosti i intolerantnosti k neopredelennosti v modifikacii oprosnika S. Badnera [Tolerance and intolerance of ambiguity in the modification of Budner's questionnaire]. *Ekspierimental'naiia psikhologiya [Experimental Psychology]*, 2014, no. 1, pp. 92–110. (In Russ., abstr. In Engl.)

8. Krivtsova S.V., Lengle A., Orgler K. Shkala ekzistentsii (Existenzskala) A. Lengle i K. Orgler [The scale of existence (Existenzskala) A. Langley and C. Orgler]. *Ekzistentsial'nyi analiz: Byulleten' [Existential Analysis: Bulletin]*, 2009, no. 1, pp. 141–170.

9. Levi T.S., Krasnova O.V. Vzaimosviaz' psikhologicheskoi granitsy i samosoznaniia lichnosti (na primere podrostkovogo vozrasta) [The Interrelation between Person's Psychological Boundary and Self-consciousness (A Case Study of Adolescence)]. *Znanie. Ponimanie. Umenie [Knowledge. Understanding. Skill]*, 2013, no. 4, pp. 232–235. (In Russ., abstr. In Engl.)

10. Lichnostnyj potencial: struktura i diagnostika [Personal potential: structure and diagnostic. D.A. Leontiev (ed.)]. Moscow: Smysl. 2011. 680 p. (In Russ.).

11. Majkova E.Yu. Avtonomiya lichnosti: vektor social'nogo soprotivleniya [The Autonomy of the individual: vector of social resistance]. *Vestnik Tverskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: «Filosofiya» [Tver State University Bulletin. Series: Philosophy]*, 2013, no. 4, pp. 39–48. (In Russ., abstr. In Engl.)

12. Nartova-Bochaver S.K. Chelovek suverennyi: psikhologicheskoe issledovanie sub"ekta v ego bytii [Human sovereign: a psychological study of the subject in his being]. Saint-Petersburg: Piter. 2008. 400 p. (In Russ.).

13. Novikova M.A., Kornilova T.V. «Psihologicheskaya razumnost'» v strukture intellektual'no-lichnostnogo potenciala (adaptatsiya oprosnika) [“Psychological

mindedness” in the structure of intellectual and personal potential (adaptation of questionnaire)]. *Psichologicheskij zhurnal [Psychological Journal]*, 2014, vol. 35, no. 1, pp. 63–78. (In Russ., abstr. In Engl.)

14. Padun M.A., Kotel'nikova A.V. Modifikatsiya metodiki issledovaniya bazisnykh ubezhdenii lichnosti R. Yanoff-Bul'man [Modification of the methods of investigation of the basic beliefs of the individual]. *Psichologicheskij zhurnal [Psychological Journal]*, 2008, vol. 29, no. 4, pp. 98–106.

15. Panteleev S.R. Samootnoshenie kak emotsional'no-otsenchnaya sistema [Self-relation as emotionally grade system]. Moscow: Publ. of MSU, 1991. 110 p. (In Russ.).

16. Sokolova E.T. Narcissism as clinical and socio-cultural phenomenon [Narcissism as a clinical and socio-cultural phenomenon]. *Voprosy psichologii [Questions of Psychology]*, 2009, no. 1, pp. 67–80.

17. Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. Osobennosti lichnostipripogranichnykh rasstroistvakh i somaticheskikh zabolevaniyakh [Personality traits in borderline disorders and somatic diseases]. Moscow: SvR-Argus, 1995, 352 p. (In Russ.).

18. Tkhostov A.Sh., Surnov K.G. Obratnaya storona sotsializatsii. Vliyanie sovremennykh tekhnologiy na razvitie lichnosti i formirovanie patologicheskikh form adaptatsii [The impact of modern technology on personal development and formation of pathological forms of adaptation: the reverse side of socialization]. *Psichologicheskij zhurnal [Psychological Journal]*, 2005, vol. 26, no. 6, pp. 16–24.

19. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. Nartsissizm, perfektsionizm i depressiya [Narcissism, perfectionism and depression]. *Konsul'tativnaya psichologiya i psihoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2004, no. 1, pp. 18–35.

20. Shamshikova O.A., Shamshikova E.O. arcissicheskie proyavleniya lichnosti kak obrazuyushchie kontinuuma perekhodnyh form sushchestvovaniya «granic ya» [Narcissistic manifestations of personality as forming continuum of transitional forms of existence "borders I"]. *Mirnauki, kul'tury, obrazovaniya [The World of Science, Culture, Education]*, 2009, vol. 19, no. 7, pp. 265–270.

21. Shapoval I.A. Funkcii i disfunkcii granic YA: ehffekty samoorganizatsii i samodezorganizatsii sistemy [Function and Dysfunction of Borders I: The Effects of Self-Organization and Self-Disorganization System]. *Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija [Clinical Psychology and Special Education]*, 2016, vol. 5, no. 1, pp. 19–32. doi: 0.17759/psycljn.2016050102 (In Russ., abstr. In Engl.)

22. Shapoval I.A., Fominykh E.S. Samootnoshenie kak fenomenologicheskoe pole diagnostiki psichologicheskikh granic lichnosti i ee zdorov'ya [Self-attitude as a Phenomenological Field of Diagnosis of Psychological Boundaries of the Personality]. *Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija [Clinical Psychology and Special Education]*, 2018, vol. 7, no. 1, pp. 13–27. doi:10.17759/cpse.2018070102. (In Russ., abstr. in Engl.)

Шаповал И.А., Фоминых Е.С. Возможности психодиагностики Я-концепции и самоотношения в демонстрации характеристик и функциональности границ Я  
Клиническая и специальная психология  
2018. Том 7. № 4. С. 44–60.

Shapoval I.A., Fominykh E.S. Possibilities of Diagnostics of Self-Concept and Self-Attitude to Demonstration of the Features and to Functionality of I-Boundaries  
Clinical Psychology and Special Education  
2018, vol. 7, no. 4, pp. 44–60.

23. Ammon G. Handbuch der Dynamischen Psychiatric. München: Er. Reinhardt Verlag, 1982. Bd. 2. 967 p.

24. Jounq J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. Guilford Press, 2003. 436 p.

25. Swann W.B., Griffin J.J., Predmore S.C., Gaines B. The cognitive-affective crossfire: when self-consistency confronts self-enhancement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, vol. 52, no. 5, pp. 881–889.

# Dynamics of Intermodal Partial Functions and Body Scheme Orientation in Children and Pupils of 5-8 Years

**Valenta M.**

*Doctor in Psychology, professor, head of the Department of expressive psychotherapy and personal and social development, Palacky University Olomouc, Olomouc, Czech Republic, valentam22@seznam.cz*

---

The article provides insight into the procedural aspect and theoretical framework of investigating the factors which influence educability and school success/failure rate in children in a research project of the Faculty of Education, Palacký University in Olomouc. The article focuses on the structure and dynamics of the function of body scheme orientation and on partial functions of an intermodal nature in children during their last year at nursery school and their first two years of primary school.

**Keywords:** educability, pupils with the need for support measures, partial function deficits, school failure, basic research, intermodal functions, body schema orientation.

---

**For citation:**

Valenta M. Dynamics of Intermodal Partial Functions and Body Scheme Orientation in Children and Pupils of 5-8 Years [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 4, pp. 61–75. doi: 10.17759/psycljn.2018070404 (In Engl., abstr. in Russ.)

**Для цитаты:**

Валента М. Динамика интермодальных парциальных функций и ориентации схемы тела у детей и учеников в возрасте от 5 до 8 лет [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 4. С. 61–75. doi: 10.17759/psyclin.2018070404

## An introduction to the issues

The article evaluates partial results of ongoing research carried out at the Institute of Special Education Studies within the Faculty of Education in Olomouc. The research has



been focused on factors which affect the dynamics of educability in children and pupils with the need for special-education support measures; i.e. with special education needs. It focuses on (for the needs of this study) the dynamics of the following partial (basal) functions:

- spatial orientation (body scheme orientation);
- auditive-visual intermodal connections – words;
- visual-auditive intermodal connections – images.

Theoretical framework is based on the grounded theory of deficits in partial (basic) functions (further DBF) Affolter F. [1] and Sindelar B. [11] and on empirical evidence provided by these authors extended with the empirical evidence of so called partial reduction in performance by Scharinger and Scharinger [9]. Theoretical foundation of the research is based on neuropsychology, cognitive psychology and ontogenetic psychology.

The necessity to look into this subject arises from the lack of similar research in our country, while deficits of basic functions – according to foreign research projects [1; 8; 11] – affect 15–20% of school population and have their share in school failures, and also, in the role of determinants, in specific learning disorders, behavioural disorders, and a range of emotional disorders developed in childhood or adolescence. Reasonable estimate for our country gives the absolute number of two hundred thousand children and pupils as the population of interest. The actual prevalence is not known – to obtain this number is a part of our research project.

However, foreign studies repeatedly point out the fact that reinforcing partial cognitive functions, as so called phonemic awareness, morphological awareness, visual differentiating etc. have the impact on learning and practicing reading and writing skills [e.g. 2-3; 7; 15]. In other words, supporting the development and minimizing the above mentioned deficits often play a key role later in learning the three Rs (reading, writing, arithmetics) and directly affect pupils' school success. Moreover, all the mentioned skills can be further segmented into actual basic components. For example, the research by Carroll and colleagues showed that the development of phonemic awareness is preceded by the development of syllabication skill, the beginning sound identification skill, and also development of language (articulation) skills [3]. A similar relationship is also emphasized by the study of Russian scientists Goryacheva and Makarova, who support the development of the sensorimotor experience and specific skills, when the latter contribute to their transfer to the cognitive activity of the child and its development [4].

Adequate maturation and balanced development of basic functions are prerequisites for the development of more complex processes and skills as, for example, three Rs – reading, writing, and arithmetics. That means that deficits of basic functions are one of the causes of specific learning and behavioural disorders which can then be included in the symptomatology of DBF (here, it is necessary to state that, for example, dyslexia is not a deficit of basic function – it can be caused by a set of deficits that form an individual's

specific profile and show in difficulties related to reading and writing performance). That is why DBF show themselves mostly in school settings, although their prodromal signals can be detected even in preschool age children (drawing performance inadequate to the age, accompanied by graphomotor ineptitude, dysgrammatism, difficulties with game rules, etc.).

J. Graichen defines DBF as a decline in the performance in separate factors or elements of a larger functional system that is necessary for handling certain complex processes of adaptation [5]. Nevertheless, such general concept of the phenomenon included too wide a range of disorders so narrowing and specification of the whole concept was adopted for practical consultation and special educational needs.

### **Methodology Aspects of the Investigation**

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

This is a complex and multi-year research project; the published part is only a fraction of this research. The study design uses cross-sectional approach. *The partial aim of the survey*, which is the subject of this article, was to find out differences in test results in the hypotheses below (spacial orientation and intermodal connection).

The quantitative design of the investigation was applied to the data collections using the variable “test battery DPF Sindelar internationally reeducational and diagnostic exercises” [12] focused on the below stated markers. For the comparison (and the analysis of factors which affect the dynamics of individual basal functions, thus also affecting the educability of a child or pupil) between the target groups (nursery school – first grade of primary school - second grade of primary school) a unified stimulus material was used (“mid” material from the testing tasks for the target group of the first grade of primary school):

- A. spatial orientation (body scheme orientation);
- B. auditive-visual intermodal connections – words;
- C. visual-auditive intermodal connections – images.

The research has been carried out through investigation of children (pupils) from four Moravian regions and Prague in the form of longitudinal research – the children are observed from their last (preparatory) year of pre-school education (nursery school) to the second grade of primary school (i.e. children and pupils ranging between 5 – 8 years of age).

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

Table I

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

*Note:* The number in brackets indicates the number of boys and girls, respectively.

The statistical analysis did not demonstrate any difference in the performance of girls and boys in the monitored subtests. The sample included intact children and pupils with no DPF diagnosed (nor any deficit suspected). The table also indicates how many and how old the children were attending the nursery school and both grades of primary school – the statistical analysis of the collected data worked with these differentiations as well.

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

*The research problem and the question of the published stage of investigation* were phrased in the following way:

Is there some dynamics in the development of auditory partial functions in intact children and pupils on the continuum preparatory year at nursery school – first grade primary school – second grade primary school? If so, what are its dynamics?

The factual hypotheses were verified by statistical processing of quantitative data aimed at the differences in maturation of the observed partial functions in intact children of the preparatory year at nursery school and in intact pupils of the first and second grade of primary school.

*Statistical hypotheses* (without null H):

H1: There is a statistically significant difference in the results of spatial orientation – the body scheme orientation subtest in intact children of the preparatory year of nursery school and in intact pupils of the first and second grades of primary school.

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

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

**A. Stimulus material for the subtest of spatial orientation (body scheme orientation),** subtest E of the test battery:

The pupil copies the movements we show, while we sit or stand next to him or her so that he or she can see us as well; we look in his or her direction.

*Instructions:* I will show you some movements, watch me carefully and then copy me as accurately as possible.

Movements to be copied:

1. right hand on right hip and left hand on left ear
2. right hand on head and left hand on left shoulder
3. right hand on right shoulder and left hand on chin
4. right hand on chin and left hand on head
5. right hand on left shoulder and left hand on left knee
6. right hand on right shoulder and left hand on right ear
7. right hand on head and left hand on right shoulder
8. right hand on left knee and left hand on chin
9. right hand on left ear and left hand on right shoulder.

*Assessment:* each mistake (regardless of whether only one or both hands take a wrong position) is subtracted as one point from a maximum score of 9 points. If the pupil corrects the wrong position on his or her own, we do not count the mistake.

**B. Stimulus material for the subtest of auditive-visual intermodal connections (words),** subtest H of the test battery.

We say seven words to the pupil with a pause of one second after each word: *a tower – a caterpillar – a tractor – a lamp – curtains – a cube – an alarm clock.*

*Opening instructions:* I will say some words to you, try to remember them.

We then present a set of 28 picture cards to the pupil (seven cards show the words we said to the pupil); showing one card after another we ask the pupil if we named the object in the picture. If the pupil does not know what the picture shows, we ask first: *What do you think?* We only name the picture if the pupil does not know. We put the cards aside on two piles – one with the words named and the second with the words not named at the beginning of the exercise. Stimulus material see in Appendix A.

*Instructions:* I will show you some pictures now, tell me if there are things which I named and which you remembered.

*Assessment:* For each correct answer (a card) we add one point, for a wrong answer we subtract one point (max. 7 points).

The weakness of the stimulus material is the possibility of mixing up the pairs: a bulb – a lamp, a cube – a domino, a tower – a church. Therefore, if the pupil makes a mistake in these words and then (when presented with the second picture from the pair) he or she subsequently corrects him or herself, we do not count the mistake. The stimulus material for the subtest was composed of semantic Czech words; there is a need with other languages to create a set of words which stem from the grammar of the particular language, while the number of words as well as the sound monitored might be equal with the presented investigation.

***C. Stimulus material for the subtest of visual-auditive connections (images),*** subtest CH of the test battery.

We place a set of eight pictures in front of the pupil with an interval of two seconds per picture. The pictures show an umbrella, pliers, a flower, a wellington boot, a bird, a spoon and a bell.

*Opening instructions:* I will show you some pictures, try to remember all of them. Stimulus material see Appendix B.

We then read a set of 29 words to the pupil: a dog – a cup – an apple – *an umbrella* – a girl – a hare – *pliers* – a hammer – a fork – a finger – plums – a tree – a house – *a flower* – a car – *a wellington boot* – a shoe – a table – a radio – the sun – *a bird* – a chair – a knife – a clock – *a spoon* – a bag – *a bell* – a stove – a door.

We pause after reading each word so that the pupil can say whether it is a word – an object in the picture or not, while we avoid eye-contact with the pupil and naturally say all the words with the same diction.

*Instructions:* I will now say some words to you and you will tell me if you saw them in the pictures or not.

*Assessment:* For each correct answer (a card), we add one point, for a wrong answer we subtract one point (max. 7 points).

The weakness of the stimulus material is the possibility of mixing up the pairs: a wellington boot – a shoe. If the pupil makes a mistake with these words and then (when the second word of the pair is said) he or she subsequently corrects him or herself, we do not count the mistake. The stimulus material for the subtest was composed of semantic Czech words; there is a need with other languages to create a set of words which stem from the grammar of the particular language, while the number of words as well as the sound monitored might be equal with the presented investigation.

### Results of investigation

In this subchapter, the results of the survey can be found in the form of a table of statistical significance and a clear graph.

1. *Spatial orientation (body scheme orientation)*, subtest E of the test battery. We compared the distribution of different age groups with respect to a to the median of an analysis variable using the nonparametric Mann–Whitney test (see Table 2-3, Graph 1). The statistically significant differences in spatial orientation scores were obtained in groups of children from nursery and first grade primary school, and in pupils of 7-8 years in the first and second grades.

Table 2

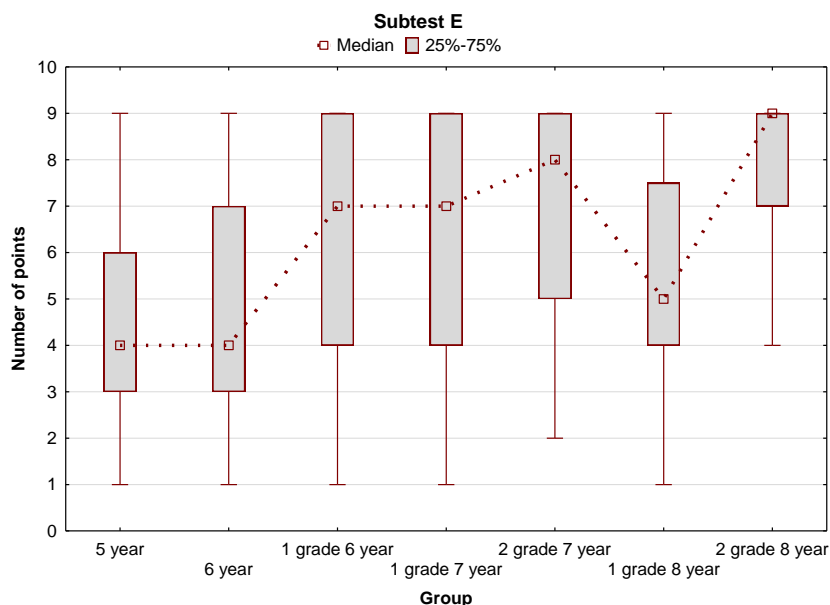
**Median of Spatial orientation variable in different age groups**

GROUPS	nursery 5yrs	nursery 6yrs	first grade 6yrs	first grade 7yrs	second grade 7yrs	first grade 8yrs	second grade 8yrs
<i>medians</i>	4.0	4.0	7.0	7.0	8.0	5.0	9.0

Table 3

**P-values when comparing median of Spatial orientation in the groups  
 (for Mann–Whitney test)**

GROUPS	nurs. 5yrs: nurs. 6yrs	nurs. 6yrs: first gr. 6yrs	first gr. 6yrs: first gr. 7yrs	first gr. 7yrs: second gr. 7yrs	second gr. 7yrs: first gr. 8yrs	first gr. 8yrs: second gr. 8yrs	All groups mutually
<i>p</i>	0.32	0.00	0.72	0.16	0.03	0.00	0.000



Graph 1. The results of the subtest E

2. *Auditive-visual intermodal connections (words)*, subtest H of the test battery. We compared the distribution of different age groups with respect to a to the median of an analysis variable using the nonparametric Mann-Whitney test (see Table 4-5, Graph 2). The statistically significant differences in *auditive-visual intermodal connections(words)* scores were obtained in groups of children from nursery and first grade primary school (6 year), and in pupils of 8 years in the first and second grades.

Table 4

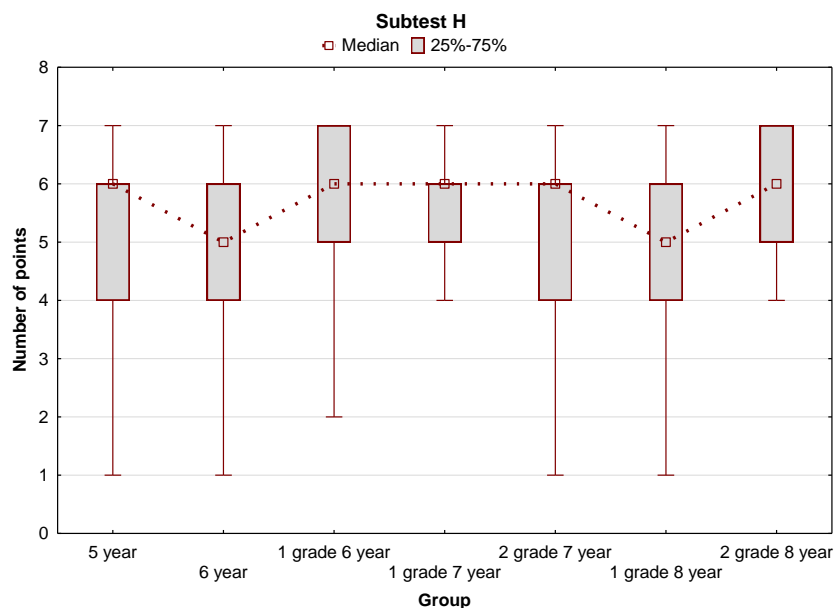
**Median of Auditive-visual intermodal connections in different age groups**

GROUPS	nursery 5yrs	nursery 6yrs	first grade 6yrs	first grade 7yrs	second grade 7yrs	first grade 8yrs	second grade 8yrs
<i>medians</i>	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	6.0	5.0

Table 5

**P-values when comparing Auditive-visual intermodal connections in the groups (for Mann-Whitney test)**

GROUPS	nurs. 5yrs: nurs. 6yrs	nurs. 6yrs: first gr. 6yrs	first gr. 6yrs: first gr. 7yrs	first gr. 7yrs: second gr. 7yrs	second gr.7yrs: first gr. 8yrs	first gr. 8yrs: second gr. 8yrs	All groups mutually
<i>p</i>	0.07	0.00	0.92	0.44	0.60	0.01	0.000



Graph 2. The results of the subtest H

3. *Visual-auditive connections (images)*, subtest CH of the test battery. We compared the distribution of different age groups with respect to a to the median of an analysis variable using the nonparametric Mann-Whitney test (see Table 6-7, Graph 3). We did not find statistically significant differences.

Table 6

**Median of Visual-auditive connections in different age groups**

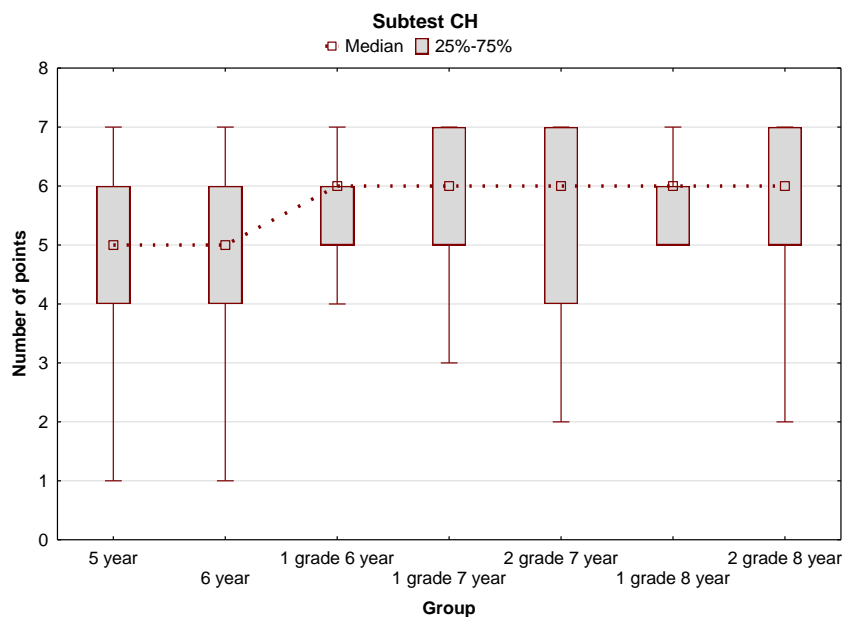
GROUPS	nursery 5yrs	nursery 6yrs	first grade 6yrs	first grade 7yrs	second grade 7yrs	first grade 8yrs	second grade 8yrs
<i>medians</i>	5.0	5.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0

Table 7

**P-values when comparing Visual-auditive connections in the groups (for Mann-Whitney test)**

GROUPS	nurs. 5yrs: nurs. 6yrs	nurs. 6yrs: first gr. 6yrs	first gr. 6yrs: first gr. 7yrs	first gr. 7yrs: second gr. 7yrs	second gr. 7yrs: first gr. 8yrs	first gr. 8yrs: second gr. 8yrs	All groups mutually
<i>p</i>	0.84	0.26	0.13	0.96	0.91	0.73	0.000





Graph 3. The results of the subtest CH

### Discussion of the investigation results and a conclusion

The above stated quartile graphs reveal in a relatively clear way the data distribution in samples which focused on intermodal partial functions and body scheme orientation. The Mann-Whitney test tables then show the statistical significance of differences on the level of significance .05. The dynamics of the observed functions is evident from the graphs with the fact that:

- in case of body scheme orientation (subtest E) there is a clear rising trend in the maturation of the function in time with the fact that the quartile graph recorded a drop in the case of 8-year-old pupils in the first grade of primary school. This might be explained by potential issues in the area of school readiness (and deferred entry to primary school in these children).

- in auditive-visual intermodality (subtest H), there is a noticeable moderately rising trend in maturation of the partial function with a drop in the maturation of the function in 6-year-old children at nursery school (compared with 5-year-old children) and in 8-year-old pupils in the first grade of primary school (compared with 7-year-old second graders). The explanation seems to be the same as with the previous basal function.

- visual-auditive intermodality is characterized by a steady course over time; an exception is the boundary of 6-year-old children at nursery school and 6-year-old first graders at primary school, where there is a noticeable rise in the function.

It can be stated in conclusion that is it possible to reject (under the entire sample) null hypotheses of all three hypothetical statements.

The above stated results represent the third published part of an extensive investigation. The previous research reports focused on visual differentiation and memory, auditory differentiation of figure and background on the level of consonants, auditory memory and differentiation of speech on a verbal level.

## References

1. Affolter F. Aspekte der Entwicklung und Pathologie von Wahrnehmungsfunktionen Padiatrische Fortbildung K. *Praxis*, 1972, no. 34.
2. Arnbak E., Elbro C. The effects of Morphological Awareness Training on the Reading and Spelling Skills of Young Dyslexics. *Scandinavian Journal fo Educational Research*, 2000, vol. 44, no. 3, pp. 229–251.
3. Carroll J.M., Snowling, M. J., Hulme C., et al. The Development of Phonological Awareness in Preschool Children. *Developmental Psychology*, 2000, vol. 39, no. 5, pp. 913–923.
4. Goryacheva T.G., Makarova O.N. Kharakteristika vozrastnoi dinamiki prostranstvennykh predstavlenii u detei 6–9 let [Characterization of age dynamics of spatial representations in children 6–9 years old]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2013. no. 2, pp. 76–86. (In Russ., abstr. in Engl.)
5. Graichen J. Teilleistungsschwächen dargestellt an Beispielen aus dem Bereich der Sprachbenützung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 1973, vol. 1, pp. 113–143.
6. Graichen J. Teilleistungsschwächen in den hierarchisch-sequentiellen auditiven, kinästhetischen und rhythmischen Regulationssystemen der Sprachproduktion; in: G. Lotzmann (Hg.) Aspekte auditiver rhythmischer und sensomotorischer Diagnostik, erziehung und Therapie. München/Basel: Beiheft der Zeitschrift Psychologie in Erziehung und Unterricht, 1978, pp. 9–13.
7. Janzen T.M.; Saklofske D.H., Das J.P. Cognitive and Reading profiles of Two Samples of Canadian First Nations Children: Comparing Two Models for Identifying Reading Disability. *Canadian Journal of School Psychology*, 2013, vol. 28, no. 3, pp. 323–344.
8. Roloff H. Klinisch-psychologische Untersuchung zur Epidemiologie der Teilleistungsschwachen im Kindersalter, unveröffentl. Diss. Rostock, 1989.
9. Scharinger W., Scharinger J. Dílčí oslabení výkonu a jeho vliv na školní praxi. Praha: Atem, 1995.
10. Sindelar B. Deficity dílčích funkcí (Teoretická část). Bratislava-Brno: Psychodiagnostika, 2007. 101 p.
11. Sindelar B. Diagnosis and treatment practices in the field of ADD/ADHD/HD in Europe. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2000.

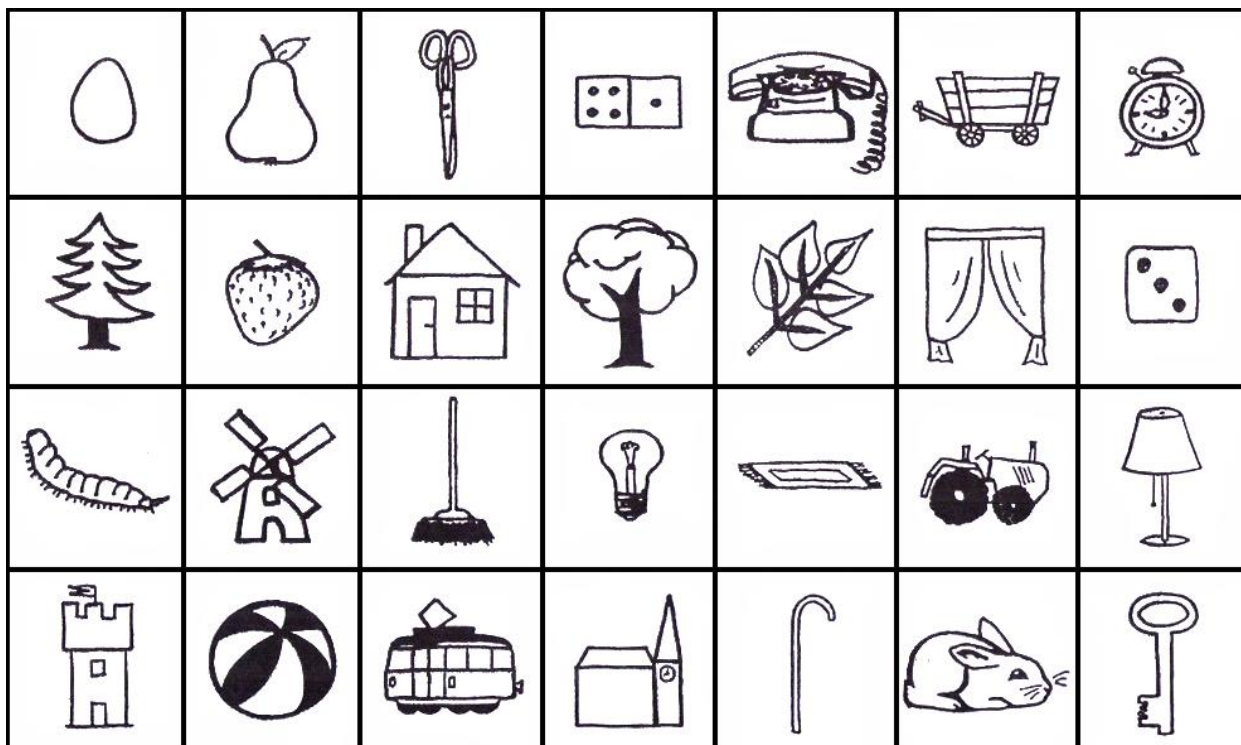
*Valenta M.* Dynamics of Intermodal Partial Functions and Body Scheme Orientation in Children and Pupils of 5-8 Years  
Clinical Psychology and Special Education  
2018, vol. 7, no. 4, pp. 61–75.

*Валента М.* Динамика интермодальных парциальных функций и ориентации схемы тела у детей и учеников в возрасте от 5 до 8 лет  
Клиническая и специальная психология  
2018. Том 7. № 4. С. 61–75.

12. Sindelar B. Diagnostická metoda k zjišťování deficitů dílčích funkcí u školních dětí (příručka). Bratislava-Brno: Psychodiagnostika, 2007. 94 p.
13. Sindelar B. Předcházíme poruchám učení. Praha: Portál, 2007.
14. Sindelar B. Vefahren zur Effassung von Teilleistungsschwächen, Eigenferlag. Wien: Verlag Austria Press, 1985. 138 p.
15. Vygotsky L. Psikhologiya razvitiya cheloveka [Human development psychology]. Moscow: Smisl, Eksmo, 2005. 1136 p. (In Russ.).

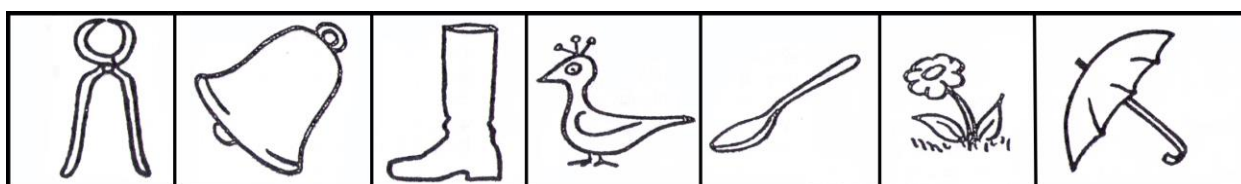
APPENDIX A

Stimulus material for subtest H



APPENDIX B

Stimulus material for subtest CH



# Динамика интермодальных парциальных функций и ориентации схемы тела у детей и учеников в возрасте от 5 до 8 лет

**Валента М.,**

*доктор психологии, профессор, заведующей кафедрой экспрессивной психотерапии, личного и социального развития, Университет Палацког в Оломуце, Оломуц, Чешская Республика, valentam22@seznam.cz*

---

Настоящая статья дает понимание процедурного аспекта и теоретических основ исследования факторов, влияющих на обучаемость и школьную успеваемость/неуспеваемость у детей, включенных в исследовательский проект факультета образования Университета Палацкого в Оломуце. Статья посвящена структуре и динамике функции ориентации схемы тела, а также парциальным функциям, носящим интермодальную природу у детей последнего года обучения в детском саду и первых двух лет обучения в начальной школе.

**Ключевые слова:** обучаемость; ученики, требующие сопровождения; нарушения парциальных функций, школьная неуспеваемость, базовое исследование, интермодальные функции, ориентация схемы тела.

---

## Литература

1. *Affolter F.* Aspekte der Entwicklung und Pathologie von Wahrnehmungsfunktionen Padiatrische Fortbildung K. // Praxis. 1972. № 34.
2. *Arnbak E., Elbro C.* The effects of Morphological Awareness Training on the Reading and Spelling Skills of Young Dyslexics // Scandinavian Journal of Educational Research. 2000. Vol. 44. № 3. P. 229–251.
3. *Carroll J.M., Snowling, M. J., Hulme C., et al.* The Development of Phonological Awareness in Preschool Children // Developmental Psychology. 2000. Vol. 39. № 5. P. 913–923.

4. Горячева Т.Г., Макарова О.Н. Характеристика возрастной динамики пространственных представлений у детей 6–9 лет // Психологическая наука и образование. 2013. № 2. С. 76–86.
5. Graichen J. Teilleistungsschwächen dargestellt an Beispielen aus dem Bereich der Sprachbenützung // Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie. 1973. Vol. 1. P. 113–143.
6. Graichen J. Teilleistungsschwächen in den hierarchisch-sequentiellen auditiven, kinästhetischen und rhythmischen Regulationssystemen der Sprachproduktion; in: G. Lotzmann (Hg.) Aspekte auditiver rhythmischer und sensomotorischer Diagnostik, erziehung und Therapie. München/Basel: Beiheft der Zeitschrift Psychologie in Erziehung und Unterricht, 1978, pp. 9–13.
7. Janzen T.M.; Saklofske D.H., Das J.P. Cognitive and Reading profiles of Two Samples of Canadian First Nations Children: Comparing Two Models for Identifying Reading Disability. // Canadian Journal of School Psychology. 2013. Vol. 28. №. 3. P. 323–344.
8. Roloff H. Klinisch-psychologische Untersuchung zur Epidemiologie der Teilleistungsschwächen im Kindersalter, unveröffentl. Diss. Rostock, 1989.
9. Scharinger W., Scharinger J. Dílčí oslabení výkonu a jeho vliv na školní praxi. Praha: Atem, 1995.
10. Sindelar B. Deficity dílčích funkcí (Teoretická část). Bratislava-Brno: Psychodiagnostika, 2007. 101 p.
11. Sindelar B. Diagnosis and treatment practices in the field of ADD/ADHD/HD in Europe. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2000.
12. Sindelar B. Diagnostická metoda k zjišťování deficitů dílčích funkcí u školních dětí (příručka). Bratislava-Brno: Psychodiagnostika, 2007. 94 p.
13. Sindelar B. Předcházíme poruchám učení. Praha: Portál, 2007.
14. Sindelar B. Vefahren zur Effasung von Teilleistungsschwächen, Eigenferlag. Wien: Verlag Austria Press, 1985. 138 p.
15. Выготский Л.С. Психология развития человека. М.: Изд-во Смысл; Эксмо, 2005. 1136 с.

# Особенности психологического здоровья первоклассников с наличием медико-биологических факторов риска в раннем развитии

**Казакова Е.В.,**

*кандидат биологических наук, доцент кафедры психологии, Высшая школа психологии, педагогики и физической культуры, Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова, Архангельск, Россия, kaz-elena10@yandex.ru*

**Соколова Л.В.,**

*доктор биологических наук, заведующая кафедрой биологии человека и биотехнических систем, Высшая школа естественных наук и технологий, Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова, Архангельск, Россия, sluida@yandex.ru*

---

В статье приводятся данные исследования характеристик психологического здоровья учащихся первых классов разных групп в зависимости от преобладания количества медико-биологических факторов риска в раннем онтогенезе. Было обследовано 193 первоклассника школ города Архангельска с применением комплекса из шестнадцати методик, позволяющих подойти к описанию характеристик психологического здоровья на физиологическом, психофизиологическом, психологическом, социально-психологическом уровнях. Статистический анализ проводился с применением методов описательных статистик и пошагового дискриминантного анализа. Обработка проводилась с помощью пакета программ SPSS 22.00. На основании полученных результатов авторы приходят к заключению, что с увеличением количества медико-биологических факторов риска дизонтогенеза в анамнезе ребенка наблюдается возрастание сферы их влияния на разные уровни и характеристики психологического здоровья обследованных школьников. Первоклассники группы с наименьшим количеством медико-биологических факторов риска отличаются более высокими характеристиками психологического здоровья. Сочетанное воздействие медико-биологических факторов риска в ранние периоды онтогенетического развития первоклассников могут стать причиной процессов дезадаптации в физиологической, психофизиологической, когнитивной, эмоциональной, регуляторной, коммуникативной, духовно-нравственной сферах, а также различных нарушений соматического здоровья и возникновения школьных трудностей. Количество медико-биологических факторов риска в раннем онтогенезе

является прогностичным индикатором нарушений психологического здоровья, что в свою очередь требует своевременной профилактики и коррекции.

**Ключевые слова:** психологическое здоровье, медико-биологические факторы риска, первоклассники, дизонтогенез, дезадаптация.

**Для цитаты:**

Казакова Е.В., Соколова Л.В. Особенности психологического здоровья первоклассников с наличием медико-биологических факторов риска в раннем развитии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 4. С. 76–99. doi: 10.17759/psyclin.2018070405

**For citation:**

Kazakova E.V., Sokolova L.V. Characteristics of Psychological Health of First-Graders with the Biomedical Risk Factors in Early Development [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia], 2018, vol. 7, no. 4, pp. 76–99. doi: 10.17759/psycljn.2018070405 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

Проблема здоровья населения и вопросы предупреждения неблагополучия в развитии личности стали предметом наиболее пристального внимания специалистов XX века. Определенную тревогу исследователей вызывают как общее состояние психического и психологического здоровья взрослого населения и его динамика, так и значительное распространение среди детей (прежде всего в школьном возрасте) отклонений в психологическом здоровье [11; 24].

Первым, кто попытался дать определение психологическому здоровью был один из основателей гуманистической психологии А. Маслоу. Индивид для него – субъект жизнедеятельности, распорядитель своих собственных сил и способностей [20]. С точки зрения А. Маслоу, психологически здоровые люди – это люди с высоким уровнем самоактуализации.

В отечественную психологию термин «психологическое здоровье» был введен в 1998 году И.В. Дубровиной [25], для которой основу данного понятия составляло полноценное психическое развитие на всех этапах индивидуального развития. Однако личностное здоровье ребенка и взрослого различается совокупностью полноценных личностных новообразований, которые еще не сформировались у ребенка, но должны обнаруживаться у взрослого. Психологическое здоровье – это прижизненное образование, обладающее свойством постоянно меняться, более того, формироваться под воздействием внутренних, индивидуально-психологических и внешних социальных факторов; это способность человека к сильным чувствам и переживаниям, способность к риску; ответственность, вера в себя, разборчивость в средствах достижения цели [15; 16].



В настоящее время изучаются различные аспекты психологического здоровья: структура, содержание, черты, проблемы. Анализ научных работ показал, что большинство ученых отмечают следующие критерии психологического здоровья: целеустремленность, автономия, независимость, работоспособность, самоактуализация, ответственность, способность радоваться, нравственность [11; 38]. Так, Т.Ю. Артюхова определяет данный феномен как «...интегральную характеристику, проявляющуюся в сильной эмоциональной устойчивости и возможности регулировать свое психическое состояние в любых жизненных условиях» [4, С. 50]; В.Э. Пахальян – как «динамическое состояние внутреннего благополучия (согласованности) личности, которое составляет ее сущность и позволяет актуализировать свои индивидуальные и возрастно-психологические возможности на любом этапе развития» [24, С. 28].

Ряд исследователей [10; 11; 33] отмечают, что в настоящее время существует тенденция комплексного, системного изучения психологического здоровья. Системный подход к его изучению предполагает наличие динамической системы, образуемой взаимодействием и согласованностью компонентов различных уровней, реализующих функции внутренней регуляции и внешнего обмена личности с окружающей средой. Опираясь на положения системного подхода «интегральной индивидуальности» В.С. Мерлина [21], комплексного подхода к индивидуальности Б.Г. Ананьева [3], подхода системного описания онтогенеза человека В.А. Ганзена, Л.А. Головей [13], можно рассмотреть данный феномен с разных сторон, учитывая физиологический, психофизиологический, психологический и социально-психологический уровни. В нашей работе под психологическим здоровьем младших школьников мы понимаем динамическое интегральное состояние субъективного благополучия личности, в котором сбалансированы коммуникативные, когнитивные, эмоциональные, рефлексивные, духовно-нравственные, поведенческие аспекты, соответственно возрастно-психологическим возможностям младших школьников.

В рамках изучения психологического здоровья наибольший акцент направлен на исследования, которые раскрывают проблемы, связанные с влиянием различных факторов риска на личностное благополучие [32; 33; 36]. Однако встречается небольшое количество научных работ, посвященных влиянию медико-биологических факторов риска раннего развития на характеристики психологического здоровья детей [12; 18; 29]. Именно этим факторам, по мнению их исследователей, принадлежит большая роль повреждающего воздействия на психическое развитие и психологическое здоровье подрастающего поколения. Так, например, из выявленных факторов риска в формировании здоровья учащихся образовательных школ г. Архангельска медико-биологические составляли 45,8%, социальные – 16,8%, сочетанные – 37,4% [12]. Среди медико-биологических факторов риска на долю осложнений течения беременности и родов приходится 79,59% [17]. Обнаружена взаимосвязь ранней беременности у женщин до 18 лет с задержками соматических, поведенческих и развивающихся функций; искусственного вскармливания с рождения с эмоциональным неблагополучием [39; 40; 41]. Исследования Института психологии РАН подчеркивают значимость

пренатального периода для формирования психологического здоровья ребенка. Показано, что дети, в анамнезе которых отмечалось неблагоприятное течение беременности, отличались более низкой оценкой контроля своего поведения, низкой способностью регулировать свои состояния [18; 29].

Таким образом, *цель исследования* – выявление особенностей психологического здоровья первоклассников с наличием медико-биологических факторов риска дизонтогенеза. Основными задачами данной работы являлись: 1) установить наиболее часто встречающиеся медико-биологические факторы риска в раннем развитии у обследованных детей; 2) выявить особенности психологического здоровья у первоклассников, относящихся к группам наименьшего, умеренного и повышенного риска.

## Методика

### *Участники исследования*

В исследовании приняли участие 193 первоклассника двух общеобразовательных школ города Архангельска, среди них 80 девочек и 113 мальчиков в возрасте 7-8 лет. Родители участников исследования были проинформированы о проводившемся исследовании и дали письменное согласие на участие в нем своих детей. Обследование детей проводилось в первой половине дня с соблюдением всех принципов Хельсинкской декларации 2013 г. Все дети, поступившие в школу, проходили медицинский осмотр с заполнением документа «История развития ребенка по форме 112/у» [27]. Согласно этому документу, участники исследования были практически здоровы, не имели в анамнезе хронических или острых заболеваний центральной нервной системы, выраженных неврологических нарушений и психических расстройств.

### *Процедура исследования*

На первом этапе исследования проводилось анкетирование и интервьюирование родителей и учителей начальных классов с целью изучения особенностей раннего развития детей и выделения медико-биологических факторов риска дизонтогенеза. На втором этапе исследования проводилась индивидуальная диагностика характеристик психологического здоровья обследуемых школьников.

### *Используемые методики*

Согласно системному подходу в изучении психологического здоровья, исследовались показатели, характеризующие его физиологический, психофизиологический, психологический, социально-психологический уровни. Для получения необходимых эмпирических данных применялся комплекс методов и методик (табл. 1). Показатели, характеризующие параметры психологического здоровья, рассчитывались в баллах. За каждый правильный ответ ребенок получал 1 балл.

Таблица 1

**Уровни, характеристики и методы исследования психологического здоровья**

№	Уровни психологического здоровья	Характеристики психологического здоровья	Применяемые методы и методики
1	Физиологический	Энергетический баланс организма (способность организма к энергозатратам или энергосбережению)	Домики (О.А. Орехова) [22]
		Субъективное ощущение физической комфортности внутреннего состояния	Самочувствие. Активность. Настроение (САН) [6]
2	Психофизиологический	Способность внутренней нейрофизиологической организации факторов психической деятельности	Диагностика психоневрологической симптоматики учащихся [1]
3	Психологический	Оптимистическое отношение к жизни	Опросник субъективного благополучия детей младшего школьного возраста Т.В. Архиреевой [5]
3.1	Эмоциональный	Способность формировать положительный эмоциональный фон жизнедеятельности	Домики (О.А. Орехова) [22]
		Способность к эмоциональной адаптации, способность эмоционально «вписаться» в ситуацию, в которой находится ребенок	Лица (Н.В. Лукьянченко, Т.Л. Ядрышникова) [19]
3.2	Когнитивный	Продуктивность речевого развития и отсутствие его дефицита	Определение уровня речевого развития и вербального мышления (Л.А. Ясюкова) [37]
		Продуктивность зрительно-пространственного восприятия и отсутствие его дефицита	Определение уровня развития зрительного восприятия (М.М. Безруких и Л.В. Морозова) [8]
		Продуктивность словесно-логического мышления и отсутствие его дефицита	Четвертый лишний [35]
		Продуктивность темповой деятельности и отсутствие его дефицита	Тест Тулуз-Пьерона [37]
3.3	Регуляторный	Способность к произвольной саморегуляции и самоконтролю	«Дом – дерево – человек» с использованием симптомокомплексов Р.Ф. Беляускайте [28]
		Способность использовать актуально адекватную прогностическую оценку своих учебных действий	Оценка уровня сформированности учебной деятельности (Г.В. Репкина, Е.В. Заика) [26]
		Способность управлять жизнью (оценка возможности организовывать и управлять своей жизнью)	Опросник субъективного благополучия детей младшего школьного возраста Т.В. Архиреевой [5]
		Способность управлять делом (удовлетворенность успехами в учебной деятельности)	

№	Уровни психологического здоровья	Характеристики психологического здоровья	Применяемые методы и методики
4	<b>Социально-психологический</b>		Определение социально-психологической адаптации ребенка к школе (Э.М. Александровской, Н.Г. Лускановой) [2]
		4.1	
4.2	Здоровое общение	Депрессивность как показатель неадекватно эффективного общения	«Дом – дерево – человек» с использованием симптомокомплексов Р.Ф. Беляускайте [28]
		Чувство неполноценности как показатель неадекватно эффективного общения	
		Тревожность как показатель неадекватно эффективного общения	
		Враждебность как показатель неадекватно эффективного общения	
4.3	Духовное здоровье	Адекватность и нравственная нормативность поведения	Беседа с первоклассниками для изучения соответствия представлений детей о нравственно-волевых качествах возрасту 7-8 лет [30]
		Важность для человека гуманистических ценностей (ценность человеческой жизни, природы)	Что такое хорошо и что такое плохо? [31]
		Ориентация сознания и поведения на идеалы добра, справедливости, долга, совести	Как поступать? [14]

Для выяснения медико-биологических факторов риска развития в период раннего развития были проведены анализ медицинских карт учащихся и анкетирование родителей «Особенности раннего развития ребенка» [9], за каждый фактор риска начислялся определенный балл.

Учитывая многообразие факторов, оказывающих отрицательное воздействие на развитие и формирование детского организма, в своем исследовании мы остановились на наиболее значимых, таких как: возраст родителей, наследственность, патология беременности, заболеваемость матери и ребенка и др. Всего проанализировано 49 медико-биологических факторов риска. Чем выше оценка, тем больше вероятность негативного влияния этого фактора [9; 23].

### Выделение контрольной и экспериментальных групп исследования

На основе ранее примененных подходов [23] была составлена прогностическая шкала риска возникновения дизонтогенетических проявлений обследованных школьников.

При обработке анкетных данных был получен суммарный балл, характеризующий особенности развития ребенка и наличие медико-биологических

факторов риска за весь анализируемый период онтогенеза. Для составления шкалы рассчитывались среднее значение ( $M$ ) суммарных оценок и стандартное отклонение ( $\delta$ ) для всей выборки. Данные расчеты позволили отнести ребенка к той или иной группе риска: наименьшего ( $<M-\delta$ ), умеренного ( $M\pm\delta$ ), повышенного ( $>M+\delta$ ). Согласно полученной шкале распределения участников были определены три группы: одна контрольная и две экспериментальные.

В контрольную группу 1 (наименьшего риска) были включены 72 первоклассника (36 девочек и 36 мальчиков) – дети с минимальным количеством медико-биологических факторов риска в раннем онтогенезе (до 49 баллов). В экспериментальную группу 2 (умеренного риска) были включены 96 учащихся первых классов (39 девочек и 57 мальчиков) – дети с небольшим количеством медико-биологических факторов риска в раннем онтогенезе (от 49 до 62 баллов). В экспериментальную группу 3 (повышенного риска) вошли 25 первоклассников (5 девочек и 20 мальчиков) дети с большим количеством факторов риска в анамнезе (свыше 62 баллов).

### Статистические процедуры

При обработке эмпирических данных проводился количественный и качественный анализ с применением пакета компьютерных программ «SPSS Statistics 22.00» for Windows. Были использованы методы описательных статистик и пошагового дискриминантного анализа. Пошаговый вариант дискриминантного анализа проводился для выявления различий между группами обследованных; он позволил выделить из общего набора данных наиболее существенные переменные для каждой группы. В качестве зависимой переменной выступили группы с разным количеством медико-биологических факторов риска в раннем развитии, в качестве независимой переменной – характеристики психологического здоровья. Значимость отличий по долевого соотношению конкретного медико-биологического фактора риска в исследуемых группах оценивалась при помощи непараметрического критерия  $\chi^2$  сопряженных таблиц (при  $p < 0,05$ ).

### Результаты

Обработка данных о раннем развитии всех участников исследования выявила наиболее часто встречающиеся медико-биологические факторы риска раннего дизонтогенеза: возраст матери более 26 лет – 49,7%, курение отца и матери – соответственно 37,4% и 14,7%, принятие лекарственных средств во время беременности – 22,5%, кесарево сечение – 18,9%, токсикоз матери в первой половине беременности – 17,6%, здоровье матери во время беременности – 14%, искусственное вскармливание с рождения – 14%. Расчет долевого соотношения медико-биологических факторов риска в группах обследования показал значимое увеличение их представленности в группах умеренного и повышенного риска. В таблице 2 представлена частота встречаемости медико-биологических факторов риска раннего развития, имеющих статистически значимые различия в анализируемых группах.

Таблица 2

**Частота встречаемости (%) некоторых медико-биологических факторов риска у первоклассников разных групп**

Медико-биологические факторы риска	Группы			$\chi^2$
	1	2	3	
Проблемы со здоровьем у матери	0	17	17	0,045
Курение отца	29,2	34,3	60,8	0,038
Принятие лекарственных средств во время беременности	4,2	20,2	48	0,001
Заболевание щитовидной железы у матери во время беременности	0	5,3	16	0,046
Инфекционные заболевания у матери во время беременности	0	7,4	16	0,036
Осложненные роды	0	9,6	20	0,008
Гипоксия плода	4,2	6,6	21,7	0,001

Применение дискриминантного анализа позволило выделить две канонические функции, которые классифицируют переменные, определив характеристики психологического здоровья с наибольшим вкладом по величине (Приложение 1).

При этом статистически значимый результат дают обе канонические функции, достигающие значимых показателей  $\lambda$ -Вилкса ( $p \leq 0,000$ ), поэтому дальнейший анализ групп проводили по ним. Уровень предсказания принадлежности к группе составил 100%. Значения канонических функций для групповых центроидов представлены в табл. 3. Так, по первой канонической функции максимально отличаются группа 3 (47,994), центроиды которой расположены на положительном полюсе этой функции, и группа 1 (-46,909), центроид которой находится на отрицательном полюсе.

Таблица 3

**Значения канонических функций для групповых центроидов**

Группы риска по медико-биологическим факторам	Функция	
	1	2
Группа 1 (наименьшего риска)	-46,909	12,874
Группа 2 (умеренного риска)	3,977	-7,402
Группа 3 (повышенного риска)	47,994	22,324

Примечание: ненормированные канонические дискриминантные функции вычислены в центроидах групп.

Несколько меняется распределение по второй канонической функции: максимально отличаются группа 3 (22,324) и группа 2 (-7,402), центры которых расположены на противоположных полюсах. Распределение характеристик психологического здоровья первоклассников исследуемых групп согласно каноническим функциям представлено на рис. 1.



Рис. 1. Результаты распределения центроидных групп с характеристиками психологического здоровья первоклассников: 1 – с наименьшим риском; 2 – с умеренным риском; 3 – с повышенным риском.

Полученные данные подтверждаются не только нормированными коэффициентами канонических функций по результатам дискриминантного анализа, но и показателями характеристик психологического здоровья в каждой группе (табл. 4). Так, в группе детей с повышенным риском обнаружены более низкие показатели характеристик психологического здоровья.

Таблица 4

**Результаты статистического анализа характеристик психологического здоровья обследуемых групп первоклассников (при зависимой переменной – количество медико-биологических факторов риска)**

Параметры	Значение нормированных коэффициентов канонической дискриминантной функции	M ± Q			Норма по методике
		Группа 1	Группа 2	Группа 3	
Способность к адаптации к изменениям социальной среды	14,918	29,00±4,99	26,02±5,02	20,28±8,82	24-25
Способность управлять жизнью	-3,773	3,54±0,75	2,92±1,00	2,78±1,86	3-3,5
Продуктивность речевого развития и отсутствие его дефицита	-20,539	15,25±2,96	14,10±2,56	12,92±2,11	10-14
Адекватность и нравственная нормативность поведения	-15,591	8,16±2,79	7,52±1,99	6,85±1,86	5-6
Ориентация сознания и поведения на идеалы добра, справедливости, долга	10,203	3,08±1,31	3,00±1,19	2,71±0,75	2-4
Способность формировать положительный эмоциональный фон жизнедеятельности	-0,856	3,21±1,00	3,14±1,06	2,16±1,02	3
Депрессивность как показатель неадекватного эффективного общения	-0,619	2,66±2,10	3,95±2,99	1,42±1,39	1-2
Продуктивность темповой деятельности и отсутствие его дефицита	-1,968	35,32±11,13	30,00±7,24	29,75±7,21	28-36
Важность для человека гуманистических ценностей	2,973	4,41±2,64	3,78±1,76	1,42±1,39	2-6
Чувство неполноценности как показатель неадекватного эффективного общения	1,762	2,91±2,35	3,64±2,97	2,57±1,51	1-2
Продуктивность зрительно-пространственного восприятия и отсутствие его дефицита	10,782	78,33±7,78	71,90±9,93	71,42±8,01	75-100
Способность к эмоциональной адаптации, способность эмоционально «вписаться» в ситуацию, в которой находится ребенок	-5,816	2,66±0,49	2,42±0,54	2,42±0,54	2



Параметры	Значение нормированных коэффициентов канонической дискриминантной функции	M ± Q			Норма по методике
		Группа 1	Группа 2	Группа 3	
Способность к адаптации к изменениям социальной среды	14,918	29,00±4,99	26,02±5,02	20,28±8,82	24-25
Тревожность как показатель неадекватного эффективного общения	-4,955	5,26±4,11	6,28±3,90	6,33±2,99	2-5
Способность внутренней нейрофизиологической организации факторов психической деятельности	3,084	1,00±0,00	1,07±0,26	1,28±0,48	1
Субъектное ощущение физической комфортности внутреннего состояния	9,266	3,00±0,00	2,95±0,21	2,85±0,31	3
Способность использовать актуально адекватную прогностическую оценку своих учебных действий	-1,787	3,25±1,13	1,85±1,06	2,95±1,30	2
Оптимистическое отношение к жизни	-1,245	2,79±0,39	3,24±0,11	2,37±0,91	2,5-3
Способность управлять делом (удовлетворенность успехами в учебной деятельности)	6,489	3,00±0,73	2,93±1,01	2,78±0,94	3-4
Враждебность как показатель неадекватного эффективного общения	-1,717	2,66±2,93	3,50±2,39	4,17±3,05	1-3
Продуктивность словесно-логического мышления и отсутствие его дефицита	4,782	11,91±1,78	11,66±2,19	11,62±2,06	10

### Обсуждение результатов

Проведенное исследование позволило выявить особенности психологического здоровья для каждой группы обследованных.

Первая группа первоклассников с наименьшим риском отличается: более высокой эмоциональной адаптацией как устойчивого эмоционально-положительного самочувствия ребенка в учебном учреждении, когда учащийся способен эмоционально «вписаться» в любую ситуацию; высокой продуктивностью речевого развития как умения обобщать вербальный материал, увеличивать словарный запас; высокой оценкой возможности организовывать и грамотно управлять своей жизнью, желая нести ответственность за нее; высокой нравственной нормативностью поведения, что выражается в бескорыстном отношении к другому человеку с ориентацией на идеалы добра, справедливости, долга. Данная группа первоклассников характеризуется более высокой регуляцией поведения и гармоничным эмоциональным, когнитивным, духовным здоровьем.

Вторая группа первоклассников с умеренным риском характеризуется преобладанием депрессивности, в результате чего у первоклассника часто снижается настроение и желание учиться; чувством неполноценности как совокупности психологических и эмоциональных ощущений человека, выражающихся в чувстве собственной ущербности; пессимистическим отношением к жизни; низкой способностью использовать прогностическую оценку своих учебных действий, особенно в учебном процессе; непониманием важности для человека гуманистических ценностей, которые составляют нравственную сферу ребенка. Школьники данной группы отличаются «затрудненным» общением, нарушением эмоционального, социально-психологического и духовного здоровья.

Третья группа первоклассников с повышенным риском отличается нарушением субъективного ощущения физической комфортности внутреннего состояния; нарушением в энергетическом балансе организма, отсутствием энергосбережения; нарушением внутренней нейрофизиологической организации факторов психической деятельности человека, что способствует психическому и когнитивному дисбалансу; отклонением в развитии когнитивных функций – зрительно-пространственного восприятия и скорости переработки информации; повышенной тревожностью и низкой способностью формировать положительный эмоциональный фон жизнедеятельности; низкой способностью к адаптации в школьной среде, что проявляется в социальной дезадаптации (нарушении взаимодействия ребенка со средой, характеризующемся невозможностью осуществления им в конкретных микросоциальных условиях своей позитивной социальной роли, соответствующей его возможностям). Такая группа учащихся характеризуется нарушениями психологического здоровья на всех его уровнях.

Анализ особенностей развития обследованных детей в дошкольный период онтогенеза показал увеличение частоты встречаемости медико-биологических факторов риска дизонтогенеза от 1 к 3 группе. Следует отметить, что совокупно-количественное воздействие медико-биологических факторов риска увеличивает сферу их влияния на психологическое здоровье детей, что ярко подтверждает характеристика группы школьников повышенного риска.

## Выводы

1. Среди часто встречающихся медико-биологических факторов риска дизонтогенеза обследованных школьников отмечают: возраст матери более 26 лет, курение отца и матери, принятие лекарственных средств во время беременности, кесарево сечение, токсикоз матери в первой половине беременности, здоровье матери во время беременности, искусственное вскармливание с рождения. Долевое соотношение медико-биологических факторов риска в группах обследуемых свидетельствует о значимом увеличении их представленности от первой к третьей группе.

2. Выявлены отличия в характеристиках психологического здоровья первоклассников разных групп исследования. Дети группы с наименьшим риском отличаются более высокой регуляцией поведения и гармоничным эмоциональным, когнитивным, духовным здоровьем. Первоклассники из группы умеренного риска характеризуются затрудненным общением, нарушением эмоционального, социально-психологического, духовного здоровья. Учащиеся из группы с повышенным риском отличаются нарушениями психологического здоровья на всех его уровнях: физиологическом, психофизиологическом, психологическом, социально-психологическом.

### **Заключение**

Таким образом, можно утверждать, что количество медико-биологических факторов риска в раннем онтогенезе является индикатором, позволяющим прогнозировать риски в отклонениях психологического здоровья. Первоклассники группы наименьшего риска отличаются более высокими показателями личностного здоровья на психологическом и социально-психологическом уровнях, что дает возможность успешно учиться в школе, не испытывая трудности в образовании и социализации. Ученики группы умеренного риска в большей степени испытывают трудности в коммуникативных, эмоциональных и духовных аспектах личностного здоровья. Большое количество повреждающих факторов в ранние периоды онтогенетического развития детей (группа детей повышенного риска) могут стать причиной процессов дезадаптации в физиологической, психофизиологической, когнитивной, эмоциональной, регуляторной, коммуникативной, духовно-нравственной сферах психологического здоровья.

Проведенное исследование дает общее представление о возможных последствиях негативного воздействия медико-биологических факторов риска раннего онтогенеза на формирование психологического здоровья младших школьников. Однако следует учитывать, что воздействие изучаемых факторов риска дизонтогенеза часто сочетается с негативным влиянием и других повреждающих факторов. Поэтому можно согласиться с исследователями, утверждающими, что психологической службе образовательных учреждений при осуществлении коррекционно-профилактической работы с детьми, имеющими отклонения в психологическом здоровье, необходимо осуществлять не только диагностику нарушений личностного здоровья, но и анализ раннего развития ребенка и выявление факторов риска дизонтогенеза [7; 33; 34].

### **Финансирование**

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта Российского фонда гуманитарных исследований (проект №17-06-00967-ОГ «Психологическое здоровье и когнитивная деятельность младших школьников с факторами риска дизонтогенеза в условиях современной образовательной среды»).

## Благодарности

Авторы выражают искреннюю признательность и благодарность за содействие в проведении исследования администрации, педагогам и психологам общеобразовательных школ №50 и №9 г. Архангельска. Авторы благодарят профессора, доктора психологических наук Н.Н. Симонову за помощь в консультировании по статистическому анализу результатов исследования.

## Литература

1. Агеева Л.Ф., Вольтов А.В., Купреничева Т.В. и др. Исследование комфортности и безопасности условий обучения: диагностический портфель. Серия «Здоровья в школе». Вып. 4. СПб.: ГБС(К)ОУ школ-интернат № 9, 2013. 93 с.
2. Александровская Э.М. Социально-психологические критерии адаптации к школе // Школа и психическое здоровье учащихся / Под ред. С.М. Громбаха. М.: Медицина, 1988. С. 35–37.
3. Ананьев Б.Г. Психология и проблемы человекознания: избр. психол. тр. / Под ред. А.А. Бодалева. М.: Изд-во «Ин-т практ. психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. 382 с.
4. Артюхова Т.Ю. Адаптационные возможности как показатель психологического здоровья участников образовательного процесса // Сибирский психологический журнал. 2005. № 22. С. 49–53.
5. Архиреева Т.В. Структура и динамика изменения субъективного благополучия младших школьников // Царскосельские чтения. 2015. № 19. С. 342–345.
6. Барканова О.В. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум. Красноярск: Литера-принт, 2009. 237 с.
7. Безруких М.М. Здоровьесберегающая школа. М.: Московский психолого-социальный институт, 2004. 240 с.
8. Безруких М.М., Морозова Л.В. Методика оценки уровня развития зрительного восприятия детей 5–7,5 лет: руководство по тестированию и обработке результатов. М.: Новая школа, 1996. 48 с.
9. Безруких М.М., Сонькин В.Д., Фарбер Д.А. Возрастная физиология: (Физиология развития ребенка). М.: Академия, 2003. 416 с.
10. Будиянский Н.Ф., Данчева Т.Д. Психологическое здоровье личности как многомерный феномен // Материалы Международной конференции, посвященной 80-летию А.В. Брушлинского «Человек, субъект, личность в современной

психологии» / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. Т. 2. М.: Изд-во Института психологии РАН, 2013. С. 393–394.

11. Воловикова М.И., Галкина Т.В. Психологическое здоровье личности и нравственные проблемы общества // Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества / Отв. ред. А.Л. Журавлев, М.И. Воловикова, Т.В. Галкина. М.: Изд-во института психологии РАН, 2014. С. 5–15.

12. Волокитина Т.В. Роль биологических и социальных факторов в развитии и формировании здоровья детей // Вестник Поморского университета. 2001. № 3. С. 5–10.

13. Ганзен В.А., Головей Л.А. К системному описанию онтогенеза человека // Психологический журнал. 1980. Т. 1. № 1. С. 42–53.

14. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. СПб.: Речь, 2002. 176 с.

15. Дубровина И.В. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы. Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 176 с.

16. Дубровина И.В. Психологическое здоровье личности в контексте возрастного развития // Развитие личности. 2015. № 2. С. 67–95.

17. Казакова Е.В., Соколова Л.В. Психофизиологический статус детей-северян с факторами риска в раннем развитии: монография. Архангельск: КИРА, 2012. 179 с.

18. Ковалева Ю.В., Сергиенко Е.А. Контроль поведения при различном течении беременности // Психологический журнал. 2007. Т. 28. № 1. С. 70–82.

19. Лукьянченко Н.В. Диагностика эмоционального отношения первоклассников к школе // Психология и школа. 2009. № 1. С. 39–44.

20. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики / Под ред. Н.Н. Акулиной. СПб.: Евразия, 1999. 432 с.

21. Мерлин В.С. Психология индивидуальности: избранные психологические труды. М.: изд-во МПСИ, Воронеж: МОДЭК, 2005. 544 с.

22. Орехова О.А. Цветовая диагностика эмоций. Типология развития: монография. СПб.: Речь; М.: Сфера, 2008. 176 с.

23. Оценка физического развития и состояния здоровья детей и подростков, изучение медико-социальных причин формирования отклонений в здоровье: метод. рекомендации (утв. Госкомсанэпиднадзором РФ 17.03.1996 № 01-19/31-17) [Электронный ресурс] //URL: <http://rudocctor.net/medicine2009/bz-fv/med-wqzuh/index.htm> (дата обращения: 30.05.2017).

24. Пахальян В.Э. Развитие и психологическое здоровье: Дошкольный и школьный возраст. М.: Питер, 2006. 294 с.
25. Практическая психология образования: учебное пособие / Под ред. И.В. Дубровиной. СПб.: Питер, 2004. 592 с.
26. Репкина Г.В., Заика Е.В. Оценка уровня сформированности учебной деятельности. В помощь учителю начальных классов. Томск: Пеленг, 1993. 61 с.
27. Самарина В.Н., Воронцов И.М. История развития ребенка. СПб.: СпецЛит СПб, 2016. 223 с.
28. Семенова З.Ф., Семенова С.В. Психологические рисуночные тесты. Методика «Дом – Дерево – Человек». М.: АСТ; СПб.: Сова, 2007. 190 с.
29. Сергиенко Е.А., Виленская Г.А. Динамика изменений раннего психического развития: психогенетический и онтогенетический аспекты // Вестник Российского гуманитарного научного фонда. 2004. Т. 37. № 4. С. 105–118.
30. Урунтаева Г.А., Афонькина Ю.А. Практикум по дошкольной психологии. М.: Академия, 2000. 293 с.
31. Фридман Г.М., Пушкина Т.А., Каплунович И.Я. Изучение личности учащегося и ученических коллективов. М.: Просвещение, 1988. 207 с.
32. Хатуева М.М. Развитие личностного потенциала как условие психологического здоровья младших школьников // Вестник Пятигорского государственного лингвистического университета. 2015. № 3. С. 239–243.
33. Хухлаева О.В. Коррекция нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников. М.: Академия, 2003. 176 с.
34. Хухлаева О.В. Формирование психологического здоровья младших школьников: дисс. ... д-ра пед. наук. Москва, 2001. 299 с.
35. Чередникова Т.В. Проверьте развитие ребенка. 105 психологических тестов. СПб.: Речь, 2007. 304 с.
36. Черкасова С.А. Психолого-педагогические условия благоприятного психологического развития детей с ослабленным здоровьем детей младшего школьного возраста [Электронный ресурс] // Прикладная психология и психоанализ. 2012. № 3. С. 12. URL: <https://ppip.idnk.ru/index.php/-4-2012/9-2011-02-24-12-27-14/-3-2011/285-2011-09-29-10-54-12> (дата обращения: 16.12.2018).
37. Ясюкова Л.А. Методика определения готовности к школе. Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе. СПб.: Иматон, 1999. 184 с.
38. Dhar N., Chaturvedi S.K. Spiritual health, the fourth dimension: a public health perspective // WHO South-East Asia J Public Health. 2013. Vol. 2. Issue 1. P. 3–5.

Казакова Е.В., Соколова Л.В. Особенности психологического здоровья первоклассников с наличием медико-биологических факторов риска в раннем развитии  
Клиническая и специальная психология  
2018. Том 7. № 4. С. 76–99.

Kazakova E.V., Sokolova L.V. Characteristics of Psychological Health of First-Graders with the Biomedical Risk Factors in Early Development  
Clinical Psychology and Special Education  
2018, vol. 7, no. 4, pp. 76–99.

39. *Levitina E.V.* Effect of mexidol on clinical and biochemical parameters of perinatal hypoxia in newborn children // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2001. Т. 64. № 5. С. 34–36.

40. *Smith J.P., Thompson J.F., Ellwood D.A.* System costs of artificial infant feeding: estimates for the Australian Capital Territory // Australian and New Zealand Journal of Public Health. 2002. Vol. 26. № 6. P. 543–551.

41. *Stoelhorst G.M., Martens S.E., Rijken M. et al.* Behaviour at 2 years of age in very preterm infants (gestational age < 32 weeks) // Acta paediatrica. 2003. Vol. 92. № 5. P. 595–601.

Приложение 1

**Распределение характеристик психологического здоровья по каноническим функциям**

Характеристики психологического здоровья	Функция	
	1	2
Способность к адаптации к изменениям социальной среды	0,011*	0,009
Способность управлять жизнью	-0,009*	0,006
Продуктивность речевого развития и отсутствие его дефицита	-0,009*	-0,001
Адекватность и нравственная нормативность поведения	-0,007*	-0,004
Ориентация сознания и поведения на идеалы добра, справедливости, долга	-0,003*	-0,002
Способность формировать положительный эмоциональный фон жизнедеятельности	0,001*	0,000
Депрессивность как показатель неадекватного эффективного общения	-0,003	-0,031*
Темповая деятельность	-0,007	0,018*
Важность для человека гуманистических ценностей	-0,014	-0,017*
Чувство неполноценности как показатель неадекватного эффективного общения	-0,001	-0,016*
Продуктивность зрительно-пространственного восприятия и отсутствие его дефицита	-0,009	0,014*
Способность к эмоциональной адаптации, способность эмоционально «вписаться» в ситуацию, в которой находится ребенок	-0,005	0,013*
Энергетический баланс организма (способность организма к энергозатратам или энергосбережению)	-0,010	0,012*
Тревожность как показатель неадекватного эффективного общения	-0,001	0,011*
Способность внутренней нейрофизиологической организации факторов психической деятельности	0,009	0,010*
Субъектное ощущение физической комфортности внутреннего состояния	-0,001	0,010*
Способность использовать актуально адекватную прогностическую оценку своих учебных действий	-0,007	-0,009*
Оптимистическое отношение к жизни	0,000	-0,008*
Способность управлять делом (удовлетворенность успехами в учебной деятельности)	-0,001	0,008*
Враждебность как показатель неадекватного эффективного общения	0,003	0,007*
Продуктивность словесно-логического мышления и отсутствие его дефицита	-0,002	0,002*

Примечание: \* – показатель наибольшего вклада по величине.



# Characteristics of Psychological Health of First-Graders with the Biomedical Risk Factors in Early Development

**Kazakova E.V.,**

*Ph.D. in Biology, Associate Professor of the chair of Psychology, Higher School of Psychology, Pedagogy and Physical Education, Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov, Arkhangelsk, Russia. kaz-elena10@yandex.ru*

**Sokolova L.V.,**

*Doctor of Biological Sciences, Head of the Department of Human Biology and Biotechnical Systems, Higher School of Natural Sciences and Technologies, Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov, Arkhangelsk, Russia. sluida@yandex.ru*

---

The article presents data on the psychological health characteristics of the first-graders of different groups, depending on the prevalence of the number of medical and biological risk factors in early ontogeny. 193 first-graders of Arkhangelsk schools were examined with a set of sixteen techniques that allow describe the characteristics of personal health at the physiological, psychophysiological, psychological, and socio-psychological levels. Statistical analysis carried out with the methods of descriptive statistics and stepwise discriminant analysis. Data processing performed using SPSS 22.00 software package. Based on the results obtained, the authors conclude that with an increase in the number of biomedical risk factors of dysontogenesis in a child's anamnesis, there is an increase in the scope of their influence on the different levels and characteristics of the psychological health of the sampled schoolchildren. First-graders of the group with the least amount of biomedical risk factors are characterized by higher characteristics of personal health. A combination of biomedical risk factors in the early periods of ontogenetic development of first-graders can lead to disadaptation processes in the physiological, psychophysiological, cognitive, emotional, regulatory, communicative, spiritual and moral spheres, various somatic health disorders and school difficulties. The number of biomedical risk factors in early ontogeny is a barometer for predicting personal health impairments, which, in turn, requires timely prevention and correction.

**Keywords:** psychological health, medical and biological risk factors, first-graders, dysontogenesis, disadaptation.

## Funding

The work supported by the grant from the Russian Foundation for Humanitarian Research (project No. 17-06-00967-OG “Psychological health and cognitive activity of young schoolchildren with risk factors of dysontogenesis in the conditions of the modern educational environment”).

## Acknowledgment

The authors express sincere appreciation and gratitude for the assistance in carrying out the study to the administration, teachers and psychologists of schools №50 and №9 in Arkhangelsk. The authors thank Professor Simonova N.N., Doctor of Psychological Sciences, for assistance in consulting on statistical analysis of research results.

## References

1. Ageeva L.F., Vol'tov A.V., Kuprenicheva T.V. i dr. Issledovanie komfortnosti i bezopasnosti uslovii obucheniya: diagnosticheskii portfel' [Study of comfort and safety of training conditions: a diagnostic portfolio]. *Seriya «Zdorov'ya v shkole». Vyp. 4. [A series of "Health in the School"]*. Saint-Petersburg: GBS(K)OU shkol-internat, no. 9, 2013, 93 p.
2. Aleksandrovskaya E.M. Sotsial'no-psikhologicheskie kriterii adaptatsii k shkole [Socio-psychological criteria for school adaptation]. In Grombakha S.M. (ed.) *Shkola i psikhicheskoe zdorov'e uchashchikhsya [School and Mental Health of Students]*. Moscow: Meditsina, 1988, pp. 35–37.
3. Anan'ev B.G. Psikhologiya i problemy chelovekoznaniya: izbr. psikhol. tr. [Psychology and problems of human knowledge: selected psychological works]. In A.A. Bodalev (ed.). Moscow: publ. of Institute of Practical Psychology; Voronezh: NPO MODEK, 1996, 382 p.
4. Artyukhova T.Yu. Adaptatsionnye vozmozhnosti kak pokazatel' psikhologicheskogo zdorov'ya uchastnikov obrazovatel'nogo protsessa [Adaptive capabilities as an indicator of the psychological health of participants of the educational process]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal [Siberian Psychological Journal]*, 2005, no. 22, pp. 49–53.
5. Arkhireeva T.V. Struktura i dinamika izmeneniya sub"ektivnogo blagopoluchiya mladshikh shkol'nikov [Structure and dynamics of changes in the subjective well-being of younger schoolchildren]. *Tsarskosel'skie chteniya [The Tsarskoye Selo Readings]*, 2015, no. 19, pp. 342–345.
6. Barkanova O.V. Metodiki diagnostiki emotsional'noi sfery: psikhologicheskii praktikum [Methods for diagnosing the emotional sphere: psychological practice]. Krasnoyarsk: Litera-print, 2009, 237 p.

7. Bezrukikh M.M. Zdorov'esberegayushchaya shkola [Health-saving school]. Moscow: publ. of Moscow Psychological and Social Institute, 2004, 240 p.

8. Bezrukikh M.M., Morozova L.V. Metodika otsenki urovnya razvitiya zritel'nogo vospriyatiya detei 5–7,5 let: rukovodstvo po testirovaniyu i obrabotke rezul'tatov [Methods for assessing the level of development of visual perception of children 5-7.5 years: a guide to testing and processing of results]. Moscow: Novaya shkola, 1996, 48 p.

9. Bezrukikh M.M., Son'kin V.D., Farber D.A. Vozrastnaya fiziologiya: Fiziologiya razvitiya rebenka [Developmental physiology: Physiology of child development]. Moscow: Akademiya, 2003, 416 p.

10. Budiyanskii N.F., Dancheva T.D. Psikhologicheskoe zdorov'e lichnosti kak mnogomernyi fenomen [Psychological health of a person as a multidimensional phenomenon]. In A.L. Zhuravlev (ed.). *Materialy Mezhdunarodnoi konferentsii, posvyashchennoi 80-letiyu A.V. Brushlinskogo «Chelovek, sub"ekt, lichnost' v sovremennoi psikhologii» [Proceedings of the International Conference, dedicated to the 80th anniversary of A.V. Brushlinsky "Man, subject, personality in modern psychology"]*. Vol. 2. Moscow: Publ. of Institute of Psychology of RAS, 2013, pp. 393–394.

11. Volovikova M.I., Galkina T.V. Psikhologicheskoe zdorov'e lichnosti i npravstvennye problemy obshchestva [Psychological health of the individual and moral problems of society]. In A.L. Zhuravlev (ed.). *Psikhologicheskoe zdorov'e lichnosti i dukhovno-npravstvennye problemy sovremennogo rossiiskogo obshchestva [Psychological health of the individual and spiritual and moral problems of modern Russian society]* Moscow: Publ. of Institute of Psychology of RAS, 2014, pp. 5–15.

12. Volokitina T.V. Rol' biologicheskikh i sotsial'nykh faktorov v razviti i formirovanii zdorov'ya detei [The role of biological and social factors in the development and formation of children's health]. *Vestnik Pomorskogo universiteta [Bulletin of the Pomor University]*, 2001, no. 3, pp. 5–10.

13. Ganzen V.A., Golovei L.A. K sistemnomu opisaniyu ontogeneza cheloveka [To the systemic description of human ontogeny]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 1980, vol. 1, no. 1, pp. 42–53.

14. Dermanova I.B. Diagnostika emotsional'no-npravstvennogo razvitiya [Diagnosis of emotional and moral development]. Saint-Petersburg: Rech', 2002, 176 p.

15. Dubrovina I.V. Psikhicheskoe zdorov'e detei i podrostkov v kontekste psikhologicheskoi sluzhby [Mental health of children and adolescents in the context of psychological service]. Ekaterinburg: Delovaya kniga, 2000, 176 p.

16. Dubrovina I.V. Psikhologicheskoe zdorov'e lichnosti v kontekste vozrastnogo razvitiya [Psychological health of the individual in the context of age development]. *Razvitie lichnosti [Personal development]*, 2015, no. 2, pp. 67–95.

17. Kazakova E.V., Sokolova L.V. Psikhofiziologicheskii status detei-severyan s faktorami riska v rannem razvitii: monografiya [Psychophysiological status of children-northerners with risk factors in early development: monograph]. Arkhangel'sk: KIRA, 2012, 179 p.
18. Kovaleva Yu.V., Sergienko E.A. Kontrol' povedeniya pri razlichnom techenii beremennosti [Behavior control in different conditions of pregnancy development]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 2007, vol. 28, no. 1, pp. 70–82.
19. Luk'yanchenko N.V. Diagnostika emotsional'nogo otnosheniya pervoklassnikov k shkole [Diagnosis of the emotional attitude of first-graders to school]. *Psikhologiya i shkola [Psychology and School]*, 2009, no. 1, pp. 39–44.
20. Maslou A. Dal'nie predely chelovecheskoi psikhiki [The Far Limits of the Human Psyche]. In N.N. Akulina (ed.). Saint-Petersburg: Evraziya, 1999, 432 p.
21. Merlin V.S. Psikhologiya individual'nosti: izbrannye psikhologicheskie Trudy [Psychology of individuality: selected psychological works]. Moscow: publ. of MPSI; Voronezh: MODEK, 2005, 544 p.
22. Orekhova O.A. Tsvetovaya diagnostika emotsii. Tipologiya razvitiya: monografiya [Color diagnostics of emotions. Typology of development: monograph.]. Saint-Petersburg: Rech'; Moscow: Sfera, 2008, 176 p.
23. Otsenka fizicheskogo razvitiya i sostoyaniya zdorov'ya detei i podrostkov, izuchenie mediko-sotsial'nykh prichin formirovaniya otklonenii v zdorov'e: metod. rekomendatsii (utv. Goskomsanepidnadzorom RF 17.03.1996 № 01-19/31-17) [Assessment of the physical development and health status of children and adolescents, the study of medico-social reasons for the formation of abnormalities in health: a method. recommendations (approved by the State Committee on Sanitary and Epidemiological Supervision of the Russian Federation on 17.03.1996 No. 01-19 / 31-17)]. URL: <http://rudocor.net/medicine2009/bz-fv/med-wqzuh/index.htm> (Accessed: 30.05.2017).
24. Pakhal'yan V.E. Razvitie i psikhologicheskoe zdorov'e: Doshkol'nyi i shkol'nyi vozrast [Development and psychological health: Preschool and school age]. Moscow: Piter, 2006, 294 p.
25. Prakticheskaya psikhologiya obrazovaniya: uchebnoe posobie [Practical psychology of education: a tutorial] In I.V. Dubrovina (ed.). Saint-Petersburg: Piter, 2004, 592 p.
26. Repkina G.V., Zaika E.V. Otsenka urovnya sformirovannosti uchebnoi deyatel'nosti. V pomoshch' uchitelyu nachal'nykh klassov [Assessment of the level of the formation of educational activities. To help a primary school teacher.]. Tomsk: Peleng, 1993, 61 p.
27. Samarina V.N., Vorontsov I.M. Istoriya razvitiya rebenka [Child development history]. Saint-Petersburg: SpetsLit SPb, 2016, 223 p.

28. Semenova Z.F., Semenova S.V. Psikhologicheskie risunochnye testy. Metodika "Dom – Derevo – Chelovek" [Psychological drawing tests. Method "House - Tree - Man"]. Moscow: AST; Saint-Petersburg: Sova, 2007, 190 p.

29. Sergienko E.A., Vilenskaya G.A. Dinamika izmenenii rannego psikhicheskogo razvitiya: psikhogeneticheskii i ontogeneticheskii aspekty [Dynamics of changes in early mental development: psychogenetic and ontogenetic aspects]. *Vestnik Rossiiskogo gumanitarnogo nauchnogo fonda* [Bulletin of the Russian Humanitarian Scientific Foundation], 2004, vol. 37, no. 4, pp. 105–118.

30. Uruntaeva G.A., Afon'kina Yu.A. Praktikum po doshkol'noi psikhologii [Workshop on pre-school psychology]. Moscow: Academia, 2000, 293 p.

31. Fridman G.M., Pushkina T.A., Kaplunovich I.Ya. Izuchenie lichnosti uchashegosya i uchenicheskikh kollektivov [Studying the personality of the student and student groups]. Moscow: Prosveshchenie, 1988, 207 p.

32. Khatueva M.M. Razvitie lichnostnogo potentsiala kak uslovie psikhologicheskogo zdorov'ya mladshikh shkol'nikov [Development of personal potential as a condition of psychological health of younger schoolchildren]. *Vestnik Pyatigorskogo gosudarstvennogo lingvisticheskogo universiteta* [Bulletin of Pyatigorsk State Linguistic University], 2015, no. 3, pp. 239–243.

33. Khukhlaeva O.V. Korrektsiya narushenii psikhologicheskogo zdorov'ya doshkol'nikov i mladshikh shkol'nikov [Correction of disturbances of psychological health of preschool children and younger schoolchildren]. Moscow: Akademiya, 2003, 176 p.

34. Khukhlaeva O.V. Formirovanie psikhologicheskogo zdorov'ya mladshikh shkol'nikov. Diss. doct. Ped. Nauk. [Formation of psychological health of younger schoolchildren: Dr. Sci. (Pedagogy) diss.]. Moscow, 2001. 299 p.

35. Cherednikova T.V. Prover'te razvitie rebenka. 105 psikhologicheskikh testov [Check the development of the child. 105 psychological tests.]. Saint-Petersburg: Rech', 2007, 304 p.

36. Cherkasova S.A. Psikhologo-pedagogicheskie usloviya blagopriyatnogo psikhologicheskogo razvitiya detei s oslablennym zdorov'em detei mladshego shkol'nogo vozrasta [Psychological and pedagogical conditions of favorable psychological development of children with weakened health of children of primary school age]. *Prikladnaya psikhologiya i psikhoanaliz* [Applied Psychology and Psychoanalysis], 2012, no. 3, p. 12. URL: <https://ppip.idnk.ru/index.php/-4-2012/9-2011-02-24-12-27-14/-3-2011/285-2011-09-29-10-54-12> (Accessed: 16.12.2018).

37. Yasyukova L.A. Metodika opredeleniya gotovnosti k shkole. Prognoz i profilaktika problem obucheniya v nachal'noi shkole [Methodology for determining readiness for school. Forecasting and prevention of problems in primary school.]. Saint-Petersburg: Imaton, 1999, 184 p.

Казакова Е.В., Соколова Л.В. Особенности психологического здоровья первоклассников с наличием медико-биологических факторов риска в раннем развитии  
Клиническая и специальная психология  
2018. Том 7. № 4. С. 76–99.

Kazakova E.V., Sokolova L.V. Characteristics of Psychological Health of First-Graders with the Biomedical Risk Factors in Early Development  
Clinical Psychology and Special Education  
2018, vol. 7, no. 4, pp. 76–99.

38. Dhar N., Chaturvedi S.K., Nandan D. Spiritual health, the fourth dimension: a public health perspective. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 2013, vol. 2, no 1, pp. 3–5.

39. Levitina E.V. Effect of mexidol on clinical and biochemical parameters of perinatal hypoxia in newborn children. *Ekspierimental'naia i klinicheskaia farmakologija [Experimental and Clinical Pharmacology]*, 2001, vol. 64, no. 5, pp. 34–36.

40. Smith J.P., Thompson J.F., Ellwood D.A. System costs of artificial infant feeding: estimates for the Australian Capital Territory. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2002, vol. 26, no. 6, pp. 543–551.

41. Stoelhorst G.M., Martens S.E., Rijken M. et al. Behaviour at 2 years of age in very preterm infants (gestational age < 32 weeks). *Acta Paediatrica*, 2003, vol. 92, no. 5, pp. 595–601.

# **Зависимость структуры семейного конфликта от индивидуально-психологических особенностей родителей, участников споров о воспитании и месте жительства детей**

**Сафуанов Ф.С.,**

*доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой клинической и судебной психологии, факультет юридической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ; руководитель лаборатории психологии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский научный центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия, safuanovf@rambler.ru*

**Кулаков С.С.,**

*научный сотрудник, лаборатория психологии, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский научный центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия, novik\_010979@mail.ru*

---

Ретроспективный психологический анализ материалов 102 гражданских дел (комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза) по судебным спорам о воспитании ребенка при раздельном проживании родителей (53 отца и 47 матерей) позволил выявить зависимость между индивидуально-психологическими особенностями родителей и структурой семейного конфликта, а также особенностями детско-родительских отношений. Выявлено, что позитивным и прогностически благоприятным как в плане преодоления негативных последствий развода, так и сохранения гармоничных детско-родительских отношений выступили черты личностной зрелости у представителей обоих полов. К негативным и прогностически неблагоприятным предиспозициям можно отнести черты демонстративности у родителей обоих полов и тенденцию к аффективной ригидности у мужчин. Родители с чертами личностной незрелости составили отдельную группу, не пересекающуюся с носителями иных личностных черт, и в целом отражали проблему неготовности к брачно-семейным отношениям.

**Ключевые слова:** комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, внутрисемейный конфликт, индивидуально-психологические особенности родителей, детско-родительские отношения.

**Для цитаты:**

Сафуанов Ф.С., Кулаков С.С. Зависимость структуры семейного конфликта от индивидуально-психологических особенностей родителей, участников споров о воспитании и месте жительства детей [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 4. С. 100–116. doi: 10.17759/psyclin.2018070406

**For citation:**

Safuanov F.S., Kulakov S.S. Dependence of the Family Conflict Structure on the Personal Characteristics of Parents, Participants in Disputes About the Upbringing and Residence of the Child [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia], 2018, vol. 7, no. 4, pp. 100–116. doi: 10.17759/psycljn.2018070406 (In Russ., abstr. in Engl.)

### Постановка проблемы

В рамках производства судебно-психологической (СПЭ) и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертиз (КСППЭ) в уголовных и гражданских делах индивидуально-психологические особенности (ИПО) являются собирательным понятием, включающим направленность личности, особенности ее мотивационной, волевой, эмоциональной сфер, характера, темперамента, познавательной деятельности, стереотипов поведения и эмоционального реагирования [3].

Согласно статье № 65 Семейного кодекса Российской Федерации основная задача КСППЭ по судебным спорам о воспитании и определении места жительства детей состоит в диагностике семейных отношений. В рамках данного вида экспертизы диагностика индивидуально-психологических особенностей родителей выступает в основном в качестве предпосылки для реконструкции системы семейных отношений, однако в ряде случаев индивидуально-психологические особенности родителей выступают фактором возможного негативного влияния родителей на динамику семейного конфликта, а также на психическое состояние и психологическое развитие ребенка [4].

Вместе с тем механизмы влияния индивидуально-психологических особенностей родителей на структуру и динамику семейного конфликта в настоящее время изучены недостаточно.

В социальной психологии под конфликтом понимается столкновение несовместимых по тем или иным причинам целей, интересов, позиций, мнений



субъектов взаимодействия. При этом конфликт рассматривается не только в негативном, но и в позитивном ключе – как конструктивное решение проблемной ситуации. В зарубежной и отечественной психологии отсутствует общепринятая теория супружеских конфликтов, они изучаются в основном с точки зрения таких аспектов, как обуславливающие их факторы, их динамика и т.п. В семейной психологии выделены основные характеристики семейного конфликта. К ним относят: вид конфликта – актуальный, прогрессирующий, хронический; форма его протекания – явный, скрытый; способ разрешения – конструктивный, деструктивный [1]. Развод относится к ненормативному кризису семейной жизни [2], которому, как правило, предшествует хроническая, деструктивная, неразрешенная совокупность конфликтных ситуаций. Э. Тийт к факторам риска развода помимо истории создания семьи и условий ее функционирования, отнес также личностные факторы риска, среди которых на первый план выступают индивидуально-типологические особенности супругов [6]. Анализируя зарубежные исследования, посвященные высококонфликтным разводам (High divorce conflict), можно выделить ряд существенных характеристик родителей, оказавшихся в длительной ситуации судебного спора о воспитании и месте жительства ребенка. Так, в случае высококонфликтных разводов родители неспособны самостоятельно прийти к соглашению как о порядке общения с ребенком проживающего отдельно родителя, так и о месте жительства ребенка, и судебные разбирательства становятся новой формой борьбы между конфликтующими родителями. «Родители не способны использовать расторжение брака для решения имеющихся у них или между ними проблем и застревают в тупике. В результате спор об опеке становится новой формой их взаимоотношений» [8]. По мнению ряда авторов, при разводах, сопровождающихся судебным спором, причинами конфликта между родителями являются неспособность одного или обоих родителей принять расторжение брака, противоречивое отношение к разводу, трудности в переориентации отношений от супружеских к сородительским, фиксированность на собственных переживаниях и неспособность оградить ребенка от них и от участия в родительских конфликтах, а также неспособность сфокусироваться на потребностях детей [7; 8].

Относительно влияния индивидуально-психологических особенностей родителей в ряде зарубежных исследований указывалось, что в когорте родителей – участников высококонфликтных разводов – чаще всего выявляется заострение личностных особенностей, которые в ряде случаев достигает степени эмоциональных расстройств и расстройств личности [8; 9;10]. Считается, что высококонфликтный развод сам по себе может быть формой проявления заостренных личностных особенностей или их психопатологических эквивалентов, либо личностные и психопатологические особенности родителей являются реакцией на стрессовую субъективно значимую ситуацию [7].

Отечественные исследования, посвященные данной тематике, носят крайне ограниченный характер. В работе Ф.С. Сафуанова и О.А. Русаковской [5] личностные особенности родителей рассматривались в качестве фактора, определяющего поведение родителей в ситуации развода. Такие индивидуально-психологические особенности родителей, как доминантность, демонстративность, личностная

незрелость, эгоцентричность, низкая чувствительность к эмоциональным нюансам, повышенная чувствительность к реальным и мнимым обидам, склонность к внешнеобвиняющим реакциям, низкий самоконтроль поведения и импульсивность оказывают существенное влияние на поведение родителей, усугубляя ситуацию семейного конфликта. Напротив, личностная зрелость, интровертированность и ориентация на внутренние критерии оценки, высокая способность к эмпатии и чувствительность к эмоциональным нюансам препятствуют развитию конфликта. В целом, в статье рассматривались отдельные личностные черты родителей. На наш взгляд, в оценке влияния личностных особенностей на структуру и динамику семейного конфликта большее значение имеет рассмотрение типологических индивидуально-психологических особенностей родителей как закономерных сочетаний личностных черт.

**Цель исследования** – выявление роли индивидуально-психологических особенностей родителей в структуре семейного конфликта в контексте КСППЭ по спорам об определении места жительства и порядка общения ребенка с отдельно проживающим родителем.

### Результаты и обсуждение

На *первом этапе* исследования методом ретроспективного психологического анализа была проведена оценка 102 разведенных родителей из независимых семей (53 отцов и 47 матерей) по гражданским делам, касающихся споров о воспитании ребенка, которые составили основную выборку исследования. Из анализа исключались родители, у которых при экспертном исследовании выявлялись психические расстройства. Психологический анализ материалов гражданского дела и судебно-экспертных заключений, включающих анамнестические данные родителей и результаты личностной психологической диагностики, позволил разделить выборку на 4 типологические группы по индивидуально-психологическим особенностям как у мужчин, так и у женщин (табл. 1).

Таблица 1

#### Выделенные типы ИПО у мужчин и женщин

	Индивидуально-психологические особенности			
	лично-но зрелые	демонстративные	аффективно ригидные	лично-но незрелые
<b>Мужчины (n=53)</b>	19 (36%)	16 (30%)	13 (25%)	5 (9%)
<b>Женщины (n=49)</b>	21 (42,8%)	21 (42,8%)	2 (4,2%)	5 (10,2%)

Для зрелых мужчин были характерны эмоциональная зрелость, высокий самоконтроль поведения, чувствительность к эмоциональным нюансам, сформированность механизмов совладающего поведения.

Для мужчин, у которых в качестве ведущей тенденции выявлялся преимущественно *демонстративный тип* реагирования, были свойственны стремление продемонстрировать себя в более выгодном свете, демонстративность, доминантность, стеничность, высокая чувствительность к эмоциональным нюансам, склонность к внешнеобвиняющим реакциям, снятие с себя ответственности.

В следующую подгруппу, по представленности занимающей третье место в мужской когорте, вошли мужчины, у которых среди личностных особенностей ведущей тенденцией выступала *аффективная ригидность*. Для них были свойственны эгоцентризм, стеничность установок, упорство в отстаивании собственной позиции, повышенная чувствительность к действительным и мнимым обидам, склонность к «застреванию» на отрицательных эмоционально значимых моментах, касающихся межличностных отношений.

Мужчины с *личностной незрелостью* составили четвертую самую малочисленную подгруппу. Среди ведущих тенденций эмоционально незрелых отцов отмечались неустойчивость личностной позиции, ориентация поведения на внешнюю оценку, эгоцентризм, наличие неконформистских установок, трудности конструктивного разрешения конфликтных ситуаций, поверхностность переживаний.

Для женщин, которые характеризовались *зрелыми* чертами личности, были характерны просоциальность смысловых установок, высокий самоконтроль поведения, гибкость поведенческих стратегий в реализации межличностных контактов, самостоятельность в принятии решений.

У *демонстративных* женщин среди ведущих тенденций выявились демонстративность, склонность к позиционированию в выгодном свете, социальная желательность поведения, ориентация переживаний на внешнего наблюдателя, эгоцентричность установок, вытеснение психотравмирующих факторов из плана сознания, поверхностность переживания, склонность к доминированию в межличностных отношениях.

Для личностно *незрелых* матерей были свойственны такие личностные особенности, как эмоциональная незрелость, поверхностность переживаний, неустойчивость самооценки, склонность ориентировать поведение на внешнюю оценку, активность в установлении социальных контактов при их поверхностном характере, трудности понимания мотивов поведения окружающих. У каждой типологической группы были установлены такие усредненные параметры семейной системы как: возраст родителей, возраст детей и продолжительность семейной жизни на момент проведения экспертного исследования в рамках судебного разбирательства (табл. 2).

Таблица 2

**Усредненные параметры функционирования семейной системы на момент проведения экспертного исследования по всей выборке испытуемых**

Тип	средний возраст родителей (лет)		средняя продолжительность семейной жизни (лет)		средний возраст детей (лет)	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
<b>лично́стно зрелые</b>	41,6	37,5	9,1	9,9	8,9	7,6
<b>демонстративные</b>	42,6	38,2	9,2	7,9	7,7	7,4
<b>аффективно ригидные</b>	44,8	37,2	9,1	8,4	7,6	7,8
<b>лично́стно незрелые</b>	32,2	30,6	8,6	8,6	7,2	6,5

В целом, практически у всех групп испытуемых усредненные параметры функционирования семейной системы не обнаруживали различий, за исключением мужчин и женщин с личностной незрелостью, средний возраст которых был несколько ниже, чем у остальных групп, что объективно обусловлено более ранним возрастом вступления в брачные отношения.

На втором этапе исследования каждая подгруппа оценивалась с помощью перечня вопросов, сформированного на основе ретроспективного психологического анализа материалов гражданских дел в рамках КСППЭ по спорам о воспитании и определении места жительства ребенка. Они касались времени развода, стадии развития семьи, мотивировки причин семейного конфликта, отношения супругов друг к другу, отношения детей к родителям и родителей к детям в ситуации судебного спора, особенностей актуального взаимодействия родителей с детьми в ситуации проведения КСППЭ, особенностей стиля воспитания у родителей. Внутригрупповые различия оценивались с помощью статистического критерия  $\chi^2$ .

В группе демонстративных мужчин отмечена качественная зависимость между временем развода и стадией развития семьи: развод приходится на период жизни семьи с малолетним ребенком, достигшим возраста трех лет. Для зрелых мужчин не было выявлено качественных различий зависимости между разводом и стадией семьи, однако была выявлена тенденция увеличения количества разводов в семьях с детьми младшего и старшего дошкольного возраста. У ригидных мужчин диапазон времени развода от стадии семьи отличался широким разбросом, но с увеличением частоты разводов в период младшего и старшего дошкольного возраста детей. У мужчины с личностной незрелостью в большинстве случаев развод соответствовал ранним стадиям брака, в которых детям не исполнилось трех лет (табл. 3).

Таблица 3

**Соотношение времени развода и стадии развития семьи с ребенком в мужской группе**

Стадия семьи	Мужская группа			
	лично-стно зрелые	демонстративные	аффективно ригидные	лично-стно незрелые
<b>рождение ребенка</b>	2	3	3	2
<b>до 3 лет</b>	8	13*	5	3
<b>с 3 до 7</b>	8	0	4	0
<b>с 7 до 10</b>	1	0	1	0

*Примечание.* \* – внутригрупповая значимость различий по критерию  $\chi^2$  при  $p=0,005$ .

Личностно зрелые мужчины чаще всего в качестве причины развода указывали на пресыщение супружескими отношениями. У демонстративных мужчин, в отличие от зрелых, причины развода были полиморфны, но ведущей мотивировкой развода выступало недовольство личностными особенностями бывших супругов. В отличие от первых двух подгрупп у ригидных мужчин мотивировки развода были более вариативны. У мужчин с личностной незрелостью во всех случаях причиной развода являлся ранний возраст вступления в брак.

На момент проведения экспертного исследования в подавляющем большинстве случаев у зрелых мужчин выявлялось в целом сдержанное отношение к бывшим супругам. Напротив, как у демонстративных мужчин, так и у мужчин с аффективной ригидностью обнаруживался выраженный внешнеобвиняющий характер отношения к бывшим супругам, который сохранялся в течение длительного периода после развода. У личностно незрелых мужчин отношение к бывшим супругам не носило внешнеобвиняющего характера (табл. 4).

Таблица 4

**Отношения мужчин к бывшим супругам в ситуации судебного спора**

Отношение к супруге	Мужская группа			
	лично-стно зрелые	демонстративные	аффективно ригидные	лично-стно незрелые
<b>внешнеобвиняющее</b>	2	11*	11*	0
<b>сдержанное</b>	17*	3	2	3
<b>снятие с себя вины</b>	0	2	0	2

*Примечание.* \* – внутригрупповая значимость различий по критерию  $\chi^2$  при  $p=0,005$ .

Для зрелых и демонстративных мужчин, а также для мужчин с личностной незрелостью было характерно позитивное отношение как ребенка к родителю, так и родителя к ребенку. Несмотря на то, что к отцам с аффективной ригидностью в большинстве случаев дети сохраняли позитивное отношение, была отмечена отрицательная динамика детско-родительских отношений в виде увеличения частоты случаев дисгармоничных типов отношения к ребенку – формального и сверхценного.

Для зрелых, демонстративных мужчин и мужчин с личностной незрелостью актуальное взаимодействие родителя с ребенком протекало в продуктивном ключе, тогда как у ригидных мужчин отмечалось наличие дисгармоничных типов актуального взаимодействия – формализации и отказа детей от контакта с отцами.

У зрелых мужчин отмечалось стремление придерживаться демократического стиля воспитания, а у демонстративных мужчин выявлялся более разнонаправленный характер воспитания. У ригидных мужчин выявилось преобладание авторитарного по форме и способам реализации стиля воспитания, тогда как у мужчин с личностной незрелостью стиль воспитания в большинстве случаев носил характер попустительства (табл. 5).

Таблица 5

**Особенности стиля воспитания мужчин, участников судебных споров о воспитании ребенка**

Стиль воспитания	Мужская группа			
	лично-но зрелые	демонстративные	аффективно ригидные	лично-но незрелые
<b>авторитарный</b>	0	4	7	0
<b>демократический</b>	19*	7	3	1
<b>попустительский</b>	0	3	1	4
<b>неустойчивый</b>	0	0	1	0
<b>гиперпротекция</b>	0	0	1	0
<b>потворствующий</b>	0	2	0	0

*Примечание.* \* – внутригрупповая значимость различий по критерию  $\chi^2$  при  $p=0,005$ .

У зрелых женщин временные рамки разводов укладывались в широкий диапазон, но обнаруживали тенденцию к смещению сроков к более позднему этапу функционирования семьи, а у женщин с демонстративными чертами отмечалась зависимость увеличения частоты разводов от этапа функционирования семьи: разводы в этой группе приходились на младший дошкольный возраст детей (табл. 6).

Таблица 6

**Соотношение времени развода и стадии развития семьи с ребенком в женской группе**

Стадия семьи	Женская группа		
	лично-стно зрелые	демонстративные	лично-стно незрелые
рождение ребенка	4	3	2
до 3 лет	4	4	3
с 3 до 7	5	14*	0
с 7 до 10	8	0	0

*Примечание.* \* – внутригрупповая значимость различий по критерию  $\chi^2$  при  $p=0,005$ .

Как у зрелых, так и у демонстративных женщин мотивировки причин развода звучали дифференцировано. Лично-стно незрелые матери во всех случаях причиной развода признавали ранний возраст вступления в брак.

В постразводный период зрелые женщины сохраняли сдержанное отношение к бывшим супругам, тогда как демонстративные женщины сохраняли неоднозначное отношение к бывшим супругам (табл. 7).

Таблица 7

**Отношение к бывшим супругам на момент экспертного исследования в женской группе**

Отношение к супругу	Женская группа		
	лично-стно зрелые	демонстративные	лично-стно незрелые
внешнеобвиняющее	4	10	3
сдержанное	17*	5	2
снятие с себя вины	0	6	0

*Примечание.* \* – внутригрупповая значимость различий по критерию  $\chi^2$  при  $p=0,005$ .

У зрелых и демонстративных женщин обнаруживались статистически значимые показатели, свойственные гармоничным детско-родительским отношениям. Так, им было свойственно позитивное отношение к детям, и выявлялось взаимно позитивное отношение детей. Для лично-стно незрелых матерей также во всех случаях отмечался взаимно позитивный характер детско-родительских отношений.

У зрелых и демонстративных женщин и женщин с личностной незрелостью актуальное взаимодействие с ребенком протекало преимущественно в продуктивном ключе.

У зрелых женщин отмечалось статистически значимое стремление придерживаться демократических форм воспитания; оно же было свойственно и большинству женщин с личностной незрелостью, тогда как у демонстративных женщин отмечалось нарастание отклоняющихся стилей воспитания (табл. 8).

Таблица 8

### Особенности стиля воспитания в женской группе

Стиль воспитания	Женская группа		
	лично-стно зрелые	демонстративные	лично-стно незрелые
авторитарный	2	1	1
демократический	19*	9	3
попустительский	0	3	1
неустойчивый	0	2	0
потворствующий	0	8	0
симбиоз	0	1	0

*Примечание.* \* – внутригрупповая значимость различий по критерию  $\chi^2$  при  $p=0,005$ .

Таким образом, для зрелых мужчин было свойственно сдержанное отношение к бывшим супругам. Кроме того, зрелых мужчин отличали гармоничные параметры детско-родительских отношений в виде взаимно позитивного отношения между отцами и их детьми, а также стремления придерживаться демократических форм воспитания.

У лично-стно зрелых женщин, наряду с признанием «несовместимости характеров», одной из основных мотивировок развода выступал механизм пресыщения супружескими отношениями. А смещение временных параметров развода к более поздним этапам функционирования семьи может свидетельствовать о тенденции лично-стно зрелых женщин к сглаживанию внутрисемейных противоречий и об их стремлении к удержанию семьи от распада. Для них было характерно сдержанное отношение к бывшим супругам и гармоничный характер детско-родительских отношений.

Мужчины, среди личностных особенностей которых выявлялась ведущая тенденция в виде фактора аффективной ригидности, обнаруживали дисгармонию в семейных и детско-родительских отношениях. Их отличали высокий уровень конфликта, стойкая внешнеобвиняющая позиция по отношению к бывшим



супругам, полимотивированность причин развода. В сфере детско-родительских отношений авторитарность их стиля воспитания сочеталась, с одной стороны, с нарастанием сверхценного характера отношения к детям и обесцениванием роли матери в воспитании ребенка, а с другой – с нарастанием негативного и амбивалентного отношения детей к ригидным отцам и увеличением числа дисгармоничных типов взаимодействия с ними в виде формализации или отказа от непосредственного контакта.

**Пример.** Подэкспертный охотно вступает в контакт. В суждениях многословен, обстоятелен. В ходе беседы отмечается склонность подэкспертного к спонтанной актуализации идей исключительности собственного отношения к ребенку. Себя считает психически здоровым, по характеру описывает себя добрым и мягким. В сложившейся ситуации стремится объяснить свои действия с позиции вынужденности своих поступков: большей близости своих отношений с сыном, нежели отношений ребенка с мамой, а также желанием ребенка проживать с ним. При обсуждении иного варианта развития событий несколько дезорганизуется. Считает, что бывшей супругой движут корыстные мотивы. При затрагивании в беседе темы взаимоотношений с сыном подэкспертный эмоционально тепло и позитивно отзываясь о ребенке, при описании взаимоотношений употребляет исключительно местоимение «мы». Хорошо осведомлен о возрастно-психологических особенностях сына, его интересах и увлечениях. По характеру описывает его добрым, общительным. На фоне стремления придерживаться общепринятых норм и правил поведения для подэкспертного характерны эгоцентризм смысловых установок, высокий уровень честолюбия, упорство в отстаивании собственной позиции без достаточного учета точек зрения и мнения окружающих. У подэкспертного отмечаются подозрительность, повышенная чувствительность по отношению к действительным или мнимым обидам, злопамятность, критическое, а нередко враждебное или презрительное отношение к окружающим, чье мнение расходится с мнением и позицией подэкспертного. У подэкспертного выявляется повышенный уровень гиперпротекции, родительской заботы, склонность к максимально возможному, но не всегда критичному удовлетворению любых потребностей ребенка; к стремлению формировать симбиотические формы привязанности. Отмечается сверхценный характер отношения подэкспертного к взаимоотношениям с сыном. Отмечаются тенденции к расширению родительских чувств в виде идеализации отношений с сыном и к противопоставлению собственных отношений с ним «нарушенным» отношениям с матерью ребенка.

У мужчин демонстративного типа отмечалась стойкая внешнеобвиняющая позиция по отношению к бывшим супругам, сохранявшаяся на протяжении длительного времени после окончания совместного проживания. Выявлялась эмоциональная охваченность конфликтной ситуацией, преобладала тенденция к снятию с себя ответственности за сложившуюся ситуацию. Нередко в ходе экспертного исследования они представляли себя в качестве пострадавшей стороны, занимая позицию «жертвы» и отрицая факты, представленные в материалах гражданского дела, свидетельствующие об обратном. Их

неспособность соподчинять «принцип удовольствия» «принципу реальности» приводила к распаду семьи на ее ранних этапах функционирования. При этом мотивировки причин семейного конфликта и развода у демонстративных мужчин отличались большой вариативностью: от недовольства воспитательными методами бывших супругов до признания их лицами, страдающими психическими расстройствами. Однако в рамках детско-родительских отношений у них выявлялось позитивное отношение к детям, протекавшее в продуктивном ключе, а их родительская позиция в целом носила адекватный характер. При этом в динамике детско-родительского взаимодействия нередко отмечалась размытость межличностных границ со склонностью приписывать детям собственные эмоциональные переживания.

**Пример.** У подэкспертного в ситуации обследования отмечается эмоциональная лабильность, эмоциональные реакции не всегда адекватны. Так, подэкспертный повышает голос, проявляет гнев, перебивает, критикует предложенные задания и условия их выполнения, выражено раздражается на уточняющие вопросы психолога. Себя описывает как доброжелательного, открытого, смелого: «ненавижу, когда лгут», «соотношу действия с нормой закона». В процессе беседы подэкспертный высказывает опасения относительно здоровья сына в условиях проживания с матерью, доходящие до угрозы жизни ребенка. Также подчеркивает, что бывшая супруга не испытывает ценностного отношения к сыну, а использует ребенка только как объект для манипуляций, в том числе финансовых. В динамике беседы все больше высказывает претензий в сторону бывшей супруги, переходит на сплошную негативную оценку, обвинения, находится в аффективно заряженном состоянии. Из характеристик стиля воспитания превалирует гиперпротекция. Однако присутствуют признаки негармоничного воспитания в виде психологических особенностей отца, решаемых за счет ребенка. Выраженными являются факторы вынесения конфликта между супругами в сферу воспитания и фобии утраты ребенка, которые обуславливают воспитание по типу потворствующей гиперпротекции. Также превалирующим является предпочтение маскулиных качеств подэкспертным, что в том числе вносит вклад в формирование потворствующей гиперпротекции с пренебрежением к матери ребенка, ее феминным качествам. Взаимодействие подэкспертного с сыном носит эмоционально теплый характер, однако присутствуют черты демонстративности, выражено включение ребенка в высоко конфликтную ситуацию взаимоотношений родителей. В процессе взаимодействия с сыном подэкспертный объяснял ребенку, что его мама больна, транслировал свои умозаключения относительно супруги сыну.

У демонстративных женщин выявляется существенное влияние эмоциональной напряженности на характер и динамику течения семейного конфликта, а также на своеобразие типов отклоняющихся стилей воспитания. Так, у них отмечалась внешнеобвиняющая позиция по отношению к бывшим супругам, приписывание им исключительно отрицательных личностных качеств, охваченность негативными переживаниями. Отмечался широкий разброс мотивировок развода, в целом отражавших претенциозность занимаемой позиции. При сохранности позитивного отношения к детям и взаимно позитивном

отношении детей к матерям у демонстративных женщин имеется ряд особенностей, позволяющий отнести их родительскую позицию и стиль воспитания к отклоняющимся формам. Эмоционально насыщенные суждения относительно детско-родительских отношений сочетались у них с поверхностью переживаний. Нередко во взаимодействии с детьми отмечалась формальность контакта и нарастание отклоняющихся от гармоничных стилей воспитания – потворствующего, попустительского, неустойчивого.

**Пример.** Подэкспертная в ходе беседы при стремлении придерживаться корректных и социально приемлемых форм поведения временами ведет себя претенциозно, демонстративно, предъявляет необоснованные требования, легко раздражается при уточняющих вопросах. При корригирующих замечаниях на некоторое время меняет стиль поведения, однако придерживается его недолго. На фоне настойчивого стремления к привлечению внимания к собственным жизненным проблемам обследуемая склонна к доминированию с манипулированием эмоциональным настроением собеседника: она активно контролирует ход разговора в нужном ей русле, многократно высказывает суждения внешнеобвиняющего характера в отношении мужа и его родственников, но в то же время себе дает высокие оценки. Склонна трактовать свое положение в конфликтной с мужем ситуации как жертвы неадекватного поведения супруга. Мужа характеризует как безынициативного человека, ориентированного только на себя, не интересующегося ни ею, ни детьми, стремящегося к перекладыванию бытовых проблем на ее плечи. Отмечает, что материальные претензии к мужу она предъявляет законно, что он обязан содержать детей, а «будь он мужиком, то ушел бы жить к маме в загородный дом», а квартиру отдал бы ей. Вопрос об интересах и желаниях детей в сложившихся обстоятельствах оставила без ответа, отметив, что дети должны обязательно остаться с ней, потому что муж их обижает. В ходе взаимодействия с детьми на фоне стремления продемонстрировать заинтересованность в контакте с ними и приверженности демократическому стилю воспитания наблюдаются эмоционально холодное, формальное отношение обследуемой к потребностям и возрастным особенностям дочерей, недостаточное стремление к обеспечению их эмоционального комфорта при общении, пренебрежительное отношение к взглядам и намерениям детей.

У мужчин и женщин, у которых среди индивидуально-психологических особенностей на первый план выступали черты личностной незрелости, причиной разлада семейных отношений и распада семьи на ранних этапах ее функционирования выступала неготовность будущих родителей к супружеским отношениям. На это, с одной стороны, указывали такие черты личности как ориентация на внешнюю оценку, поиск признания и поддержки со стороны окружающих, неустойчивость самооценки, а с другой – неконформистские установки, склонность ориентироваться на собственные критерии, что в совокупности отражало слабую интериоризацию социальных норм, следовательно, и слабую дифференцированность семейных представлений. Кроме того, эгоцентризм, трудности понимания мотивов поведения окружающих и недостаточная сформированность механизмов совладающего поведения

выступали факторами сохранения напряженности в постразводный период и неспособности родителей к компромиссным вариантам разрешения сложившейся конфликтной ситуации. Вместе с тем как мужчины, так и женщины из указанной группы проявляли позитивный характер детско-родительских отношений. Однако у незрелых мужчин в большинстве случаев отмечался попустительский стиль воспитания.

### Заключение

Индивидуально-психологические особенности, представленные характерологическими типами, с одной стороны, являются основой устойчивых стереотипов взаимодействия субъекта с миром. С другой стороны, условия длительной психотравмирующей ситуации изменяют соотношения собственно характерологических, мотивационных и эмоционально-волевых параметров в сторону заострения присущих человеку ведущих характерологических тенденций. В рамках настоящего исследования количественно-качественный анализ параметров семейной системы позволил установить соответствие ряда индивидуально-психологических особенностей родителей участников споров о воспитании детей определенным специфике структуры семейного конфликта и характеру детско-родительских отношений.

Позитивными и прогностически благоприятными как в плане преодоления негативных последствий развода, так и сохранения гармоничных детско-родительских отношений выступили черты личностной зрелости у представителей обоих полов. К негативным и потенциально неблагоприятным predispositionам можно отнести родителей с чертами демонстративности у представителей обоих полов и ведущей тенденцией в виде фактора аффективной ригидности у мужчин.

В целом, полученные результаты могут послужить основой создания типологии высококонфликтных семей и найти свое применение не только в рамках судебно-экспертных исследований, но и дать ценную информацию специалистам, занимающимся вопросами семейного консультирования и психотерапии.

### Литература

1. Калинина Р.Р. Введение в психологию семейных отношений. Спб.: Речь, 2008. 351 с.
2. Карабанова О.А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования М.: Гардарика, 2007. 319 с.
3. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза в уголовном процессе: Научно-практическое пособие. М.: Гардарика, Смысл, 1998. 192 с.

Сафуанов Ф.С., Кулаков С.С. Зависимость структуры семейного конфликта от индивидуально-психологических особенностей родителей, участников споров о воспитании и месте жительства детей  
Клиническая и специальная психология  
2018. Том 7. № 4. С. 100–116.

*Safuanov F.S., Kulakov S.S. Dependence of the Family Conflict Structure on the Personal Characteristics of Parents, Participants in Disputes About the Upbringing and Residence of the Child  
Clinical Psychology and Special Education  
2018, vol. 7, no. 4, pp. 100–116.*

4. Сафуанов Ф.С., Харитонов Н.К., Русаковская О.А. Психолого-психиатрическая экспертиза по судебным спорам между родителями о воспитании и месте жительства ребенка. М.: Генезис, 2011. 192 с.

5. Сафуанов Ф.С., Русаковская О.А. Индивидуально-психологические особенности родителей как предикторы высококонфликтных разводов [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2012. № 2. URL: [http://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2012/n2/53468.shtml](http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n2/53468.shtml) (дата обращения: 19.04.2017)

6. Туйт Э. Факторы риска, вызывающие расторжение брака // Психология семьи: Хрестоматия / Сост. Д.Я. Райгородский. Самара, 2002. С. 721–733.

7. Johnston J.R. High-conflict divorce // The Future of Children and Divorce. 1994. Vol. 4. № 1. pp. 165–181.

8. Johnston J.R., Campbell E.G. Impasses of Divorce: The Dynamics and Resolution of Family Conflict. New York: The Free Press, 1988. 270 p.

9. Johnston J.R., Roseby V. Domestic violence and parent-child relationships in families disputing custody // In J.R. Johnston, V. Roseby (Eds.) The Name of the Child: A Developmental Approach to Understanding and Helping Children of Conflicted and Violent Divorce. New York: The Free Press, 1997. p. 25–45.

10. Mathis R. Couples from Hell: Undifferentiated Spouses in Divorce Mediation // Mediation Quarterly. 1998. Vol. 16. № 1. p. 37–49.

# Dependence of the Family Conflict Structure on the Personal Characteristics of Parents, Participants in Disputes About the Upbringing and Residence of the Child

## **Safuanov F.S.,**

*Doctor in Psychology, Professor, a head of chair of clinical and forensic psychology, department of legal psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia; the head of the laboratory of psychology, National medical research center of psychiatry and addiction of the Ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia, safuanovf@rambler.ru*

## **Kulakov S.S.,**

*Research fellow of the laboratory of psychology, National medical research center of psychiatry and addiction of the Ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia, novik\_010979@mail.ru*

---

A retrospective psychological analysis of materials of 102 civil matters (comprehensive judicial psychological-psychiatric examination, CJPPE) on judicial dispute about raising a child in case of separation of parents (53 fathers and 49 mothers) made it possible to identify the relationship between the individual psychological characteristics of parents and the structure of family conflict, as well as features of child-parent relationships. Revealed that the features of personal maturity in both sexes were positive and prognostically favorable both in terms of overcoming the negative effects of a divorce and in terms of preserving harmonious parent-child relationships. Negative and prognostically unfavorable predispositions can be attributed to demonstrative traits in parents of both sexes and a tendency toward affective rigidity in men. Parents with traits of personal immaturity constituted a separate group that did not intersect with carriers of other personality traits, and in general reflected the problem of unpreparedness for marriage and family relations.

**Keywords:** comprehensive judicial psychological-psychiatric examination, family conflict, individual psychological characteristics of parents; child-parent relationship.

---

## References

1. Kalinina R.R. Vvedeniye v psikhologiyu semeynykh otnosheniy [Introduction to psychology of family relations]. Saint-Petersburg: Rech. 2008. 351 p.
2. Karabanova O.A. Psikhologiya semeynykh otnosheniy i osnovy semeynogo konsultirovaniya [Psychology of family relations and basics of family counseling]. Moscow: Gardarika. 2007. 319 p.
3. Safuanov F.S. Sudebno-psikhologicheskaya ekspertiza v ugovnom protsesse: Nauchno-prakticheskoye posobiye [Forensic psychological examination in criminal proceedings: Scientific and practical guide]. Moscow: Gardarika. Smysl. 1998. 192 p.
4. Safuanov F.S., Kharitonova N.K., Rusakovskaya O.A. Psikhologo-psikhiatricheskaya ekspertiza po sudebnym sporam mezhdru roditelyami o vospitanii i meste zhitel'stva rebenka [Psychological and psychiatric examination of judicial disputes between parents on the upbringing and residence of the child]. Moscow: Genezis, 2011. 192 p.
5. Safuanov F.S., Rusakovskaya O.A. Individual'no-psikhologicheskie osobennosti roditelei kak prediktory vysokokonfliktnykh razvodov [Elektronnyi resurs] [Individually psychological features of parents as predictors of highly controversial divorces]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]* psyedu.ru. 2012, no. 2. URL: [http://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2012/n2/53468.shtml](http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n2/53468.shtml) (Accessed: 19.04.2017).
6. Tijt E.H. Faktory riska, vzyvayushchie rastorzhenie braka [Risk factors causing dissolution of marriage]. In D.Ya. Rajgorodskij (ed.) *Psihologiya sem'i: Hrestomatiya [Family Psychology: Chrestomathy]*. Samara, 2002, pp. 721–733.
7. Johnston J.R. High-conflict divorce. *The Future of Children and Divorce*. 1994, vol. 4, no. 1, pp. 165–181.
8. Johnston J.R., Campbell E.G. Impasses of Divorce: The Dynamics and Resolution of Family Conflict. N.Y.: The Free Press, 1988. 270 p.
9. Johnston J.R., Roseby V. Domestic violence and parent-child relationships in families disputing custody // In J.R. Johnston, V. Roseby (Eds.) *the Name of the Child: A Developmental Approach to Understanding and Helping Children of Conflicted and Violent Divorce*. N.Y.: The Free Press, 1997, p. 25–45.
10. Mathis R. Couples from Hell: Undifferentiated Spouses in Divorce Mediation. *Mediation Quarterly*, 1998, vol. 16, no. 1, pp. 37–49.

# Предикторы негативного самоотношения у пациентов, перенесших реконструктивное хирургическое вмешательство

**Фаустова А.Г.,**

*кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры общей и специальной психологии с курсом педагогики, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России), Рязань, Россия, anne.faustova@gmail.com*

Одним из основных мотивов обращения за медицинской помощью пластического хирурга является негативное отношение к своему внешнему облику и личности в целом у пациентов с приобретенными дефектами внешности. Коррекция физических недостатков лица и тела непроизвольно ассоциируется у пострадавших с последующим «автоматическим» ростом уверенности в себе и самопринятия. Предпринята попытка выявить и оценить факторы, определяющие уровень выраженности негативного самоотношения на разных этапах реконструктивно-восстановительного лечения. Выборку составили 58 респондентов (средний возраст – 38,8±10,7 лет), из которых 27 человек (20 женщин, 7 мужчин) – с видимыми отличиями на лице и голове; 31 человек (28 женщин, 3 мужчин) – с локализацией дефектов внешности на теле. Респонденты опрашивались за 1 неделю до начала лечения, спустя 2 недели и спустя 6-10 недель после исправления физических недостатков. Математический анализ проводился с применением непараметрических критериев и методов множественного регрессионного анализа. Отмечено статистически достоверное снижение уровней выраженности самообвинения и внутренней конфликтности ( $\chi^2$ эмп. от 9,270 до 15,876;  $p < 0,01$ ). Построены уравнения регрессии и выделены предикторы негативного самоотношения, что обеспечивает валидной информацией для создания программы психологического сопровождения таких пациентов.

**Ключевые слова:** самоотношение, дефект внешности, видимое отличие, самообвинение, внутренняя конфликтность, динамика, предиктор.

**Для цитаты:**

Фаустова А.Г. Предикторы негативного самоотношения у пациентов, перенесших реконструктивное хирургическое вмешательство [Электронный ресурс]. Clinical



Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2018, vol. 7, no. 4, pp. 117–130. doi: 10.17759/psycljn.2018070407

**For citation:**

Faustova A.G. Predictors of Negative Self-Attitude in Patients Who Tolerated a Surgical Repair [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2018, vol. 7, no. 4, pp. 117–130. doi: 10.17759/psycljn.2018070407 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

Приступая к эмпирическому изучению негативного самоотношения, исследователи вынужденно сталкиваются с плюрализмом в определении основного понятия. Наличие большого числа «феноменологически близких» категорий – самооценка, самоценность, самоуважение, чувство собственного достоинства, аутосимпатия, ненависть к себе – часто осложняет выбор объекта и предмета исследования.

Различные теоретические подходы к определению структуры и функций самоотношения в отечественной и зарубежной психологии личности содержат следующие компоненты:

- характеристика базового чувства в адрес собственной личности (ценность, эффективность, уважение и т.д.);
- когнитивная операция формирования данного чувства (оценивание, сравнение, осознание и т.д.);
- основные функции (саморегуляция, установка, самовыражение и т.д.);
- социальная детерминация механизма формирования и поддержания самоотношения.

В клинко-психологических исследованиях негативное самоотношение редко рассматривается в качестве самостоятельного психологического феномена. Нами выдвигается предположение об отсутствии актуальной потребности в его концептуализации: и ученые, и практикующие психологи а priori способны квалифицировать проявления негативного самоотношения в виде нескрываемой субъектом ненависти к себе, необъективно заниженной самооценки, негативной аутокоммуникации. Как и в ситуации с дихотомией этических категорий добра и зла, негативное отношение к собственной личности предстает исключительно в качестве оборотной стороны позитивного самоотношения, в иных случаях – вовсе как его отсутствие. На сегодняшний день в контексте доминирующей в методологическом плане концепции В.В. Столина и С.Р. Пантилеева негативное самоотношение определяется как сочетание внутренней конфликтности и самообвинения [2; 3; 7]. Внутриличностные конфликты, самоуничтожение,

дефицит самопринятия и интереса к себе в большинстве случаев включаются в механизм саморазрушающего поведения и становятся причинами развития депрессивных состояний, аддикций, социальных девиаций [6; 10].

Отклонение в сторону негативного самоотношения является одним из наиболее распространенных и предсказуемых последствий неожиданного и неконтролируемого изменения внешнего облика. Так, пациентам с косметическими дефектами кожи, последствиями лечения онкологических заболеваний или ожоговых повреждений свойственны искажения самовосприятия, неуверенность в себе и чувство неполноценности, утрата самооценности, самопринятия и самоэффективности [1; 9; 11; 16; 19]. Однако к настоящему моменту накоплено недостаточно эмпирических данных, позволяющих описать закономерности формирования негативного отношения к себе у обладателей приобретенных дефектов внешности. Можно обозначить несколько гипотез относительно того, какие переменные опосредуют влияние лично значимой ситуации изменения внешнего облика на систему компонентов самоотношения.

1. Субъективная значимость внешности. Если индивид воспринимает свой внешний облик в качестве главного ресурса для развития самоуважения и достижения определенных личных целей, то любая связанная с ним информация способна оказать воздействие и на самооценку внешности, и на интегральное самоотношение [5; 8]. При возникновении физических недостатков преувеличенная значимость внешнего облика выступает фактором, определяющим негативное влияние на чувство собственного достоинства, структуру образа тела, качество жизни, коммуникативную компетентность [4; 18].

2. Социальная установка на стигматизацию обладателей дефектов внешности. Если в конкретном социуме ценность личности ассоциируется, помимо прочего, с физической привлекательностью и возможностями для ее поддержания, и субъект конформно разделяет такое мнение, то стигма, порожденная существованием видимого отличия, закономерно приведет к снижению самооценки, утрате самооценности и самоуважения [15; 17].

3. Проблемы в организации процесса межличностного общения. «Побочным эффектом» ситуации, в которой субъект осознает негативные реакции окружающих людей на наличие у него дефекта внешности, могут стать потеря чувства собственного достоинства и снижение уровня выраженности самоуважения [12; 14]. Дефицит уверенности в себе актуализирует потребность в социальном принятии и одобрении.

Таким образом, рассмотрены три подхода к пониманию механизма влияния переживаний, связанных с приобретенными дефектами внешности, на компоненты Я-концепции и самоотношения. При этом не находится достаточных теоретических оснований и эмпирических предпосылок, чтобы объяснить с помощью этих же допущений динамику самоотношения в дальнейшем – в процессе реконструктивно-восстановительного лечения.

Цели данного эмпирического исследования – изучить изменения в уровне выраженности негативного самоотношения и выявить предикторы, опосредующие влияние изменений внешности на отношение к себе на разных этапах реконструктивно-восстановительного лечения. Понимание того, какие факторы и на каком этапе коррекции внешнего облика воздействуют на самоотношение, позитивно скажется на эффективности психологического сопровождения обладателей приобретенных физических недостатков.

### Программа исследования

*Процедура проведения.* Для проверки предположения о том, что ситуация исправления приобретенных дефектов внешнего облика отражается на уровне выраженности негативного самоотношения, экспериментальное взаимодействие с респондентами строилось в соответствии с планом реконструктивно-восстановительного лечения и подразумевало реализацию трех эмпирических срезов: за 1 неделю до начала коррекции (срез № 1), спустя 2 недели после хирургического вмешательства (срез № 2), спустя 6-10 недель после завершения коррекции внешности (срез № 3). Эмпирическое исследование проводилось на базе хирургического отделения № 2 ГБУ РО «Областная клиническая больница» (г. Рязань). Все респонденты перед участием в эмпирическом исследовании подписали стандартную форму информированного согласия.

*Описание выборки.* В эмпирическом исследовании приняли участие 58 пациентов с приобретенными физическими недостатками: 48 женщин (средний возраст – 39,7+10,2 лет), 10 мужчин (средний возраст – 34,1+12,4 лет). Дополнительно респонденты были сгруппированы на основании такого признака, как преимущественная локализация дефекта внешнего облика:

- 27 человек (20 женщин, 7 мужчин) с дефектами на голове и лице (лоб, уши, веки, щеки, губы, подбородок);
- 31 человек (28 женщин, 3 мужчин) с дефектами на теле (спина, грудь, плечи, живот).

К категории приобретенных дефектов внешности здесь относились последствия травматических повреждений (ожоги, переломы, укусы животных); результаты оперативных вмешательств, предпринятых ранее для избавления от доброкачественных новообразований; последствия процедур по «усовершенствованию» внешнего облика (неправильно установленные эндопротезы).

*Методы и методики.* Для сбора необходимых эмпирических данных применялись методы беседы, опроса и тестирования.

Переменные, описывающие негативное отношение субъекта к собственной личности, оценивались с помощью Методики исследования самоотношения (автор – С.Р. Пантеев). Данный опросник содержит 110 утверждений, которые касаются когнитивных, эмоциональных и конативных аспектов отношения к себе. От

респондента требуется выразить (не)согласие с представленными суждениями. Методика позволяет получить результаты по 9 шкалам: Открытость, Самоуверенность, Саморуководство, Отраженное самоотношение, Самопривязанность, Самоценность, Самопринятие, Внутренняя конфликтность и Самообвинение. Внутренняя конфликтность и Самообвинение составляют фактор Внутренней неустойчивости, определяющий выраженность негативного самоотношения.

Опросник «Ситуативная неудовлетворенность образом тела» (автор – Т.Ф. Кэш, в адаптации Л.Т. Баранской и С.С. Татауровой) использован для измерения негативного отношения к собственному телу при определенных жизненных обстоятельствах («когда встаю на весы», «после плотного обеда», «когда заходит разговор о внешности» и т.п.). Методика включает описание 20 ситуаций, в которых субъект может испытывать неудовлетворенность своим внешним обликом. Респондента просят оценить по шкале от 0 (никогда) до 4 (всегда) то, как часто у него возникают негативные эмоции в отношении собственного тела.

Опросник «Влияние образа тела на качество жизни» (автор – Т.Ф. Кэш, в адаптации Л.Т. Баранской и С.С. Татауровой) применялся для оценки степени и направления влияния телесного образа на удовлетворенность различными сферами жизнедеятельности (отношение к себе, межличностные отношения, физическая активность и т.п.). Всего в методике содержится описание 19 параметров качества жизни. Респондент должен оценить, какое воздействие оказывает его телесный образ на удовлетворенность жизнью, используя шкалу от -3 (негативное воздействие) до +3 (позитивное воздействие).

Для наглядного количественного представления того, как респондент относится к приобретенному дефекту внешности, использовали методический прием, описанный в руководстве А. Clarke и др. [14]. Диагностика проводится с применением следующих идеографических стимулов-вопросов: «субъективная обеспокоенность наличием физического недостатка»; «субъективная оценка заметности физического недостатка для окружающих людей». Предусмотрена оценка с помощью цифровой рейтинговой шкалы от 0 (совсем не обеспокоен / считаю незаметным) до 10 баллов (очень обеспокоен / считаю очень заметным). Представленный диагностический комплекс применялся на каждом эмпирическом срезе.

Математико-статистический анализ эмпирических данных проводился с применением программы Statistica (версия 6.0). Были использованы расчет мер центральной тенденции и мер изменчивости, W-критерий Шапиро–Уилка, U-критерий Манна–Уитни, критерий  $\chi^2$  Фридмана, множественный регрессионный анализ.

### **Результаты и их интерпретация**

Поскольку экспериментальную выборку в целом составили 48 женщин и 10 мужчин с приобретенными дефектами внешности, предварительно требовалось

исключить влияние на результаты исследования такого фактора, как биологический пол. Для этого было проведено сравнение групп мужчин и женщин с применением непараметрического U-критерия Манна–Уитни. Установлено, что на каждом из трех проведенных эмпирических срезов между мужчинами и женщинами отсутствуют статистически значимые различия по всем измеренным в исследовании переменным (ситуативная неудовлетворенность образом тела, внутренняя конфликтность, самообвинение, тип влияния образа тела на качество жизни, обеспокоенность наличием дефекта внешности, субъективная оценка заметности дефекта внешности).

Дальнейшее представление результатов строится на сопоставлении эмпирических данных, полученных в группах респондентов с различной локализацией приобретенного дефекта внешности.

Для проверки гипотезы о том, способно ли исправление приобретенных дефектов внешности одновременно оказать влияние на негативное отношение субъекта к себе, проведена оценка динамики соответствующих показателей при переходе от среза к срезу с помощью критерия  $\chi^2$  Фридмана (табл. 1).

Таблица 1

**Результаты сравнения характеристик негативного самоотношения, измеренных на разных этапах реконструктивно-восстановительного лечения**

Группа респондентов	Наименование переменной	Мх на срезе № 1	Мх на срезе № 2	Мх на срезе № 3	$\chi^2$ эмп.
с дефектами на лице и голове (n=27)	Самообвинение	4,33	4,30	3,59	9,27 p=0,01
	Внутренняя конфликтность	3,97	3,74	3,06	15,88 p=0,000
с дефектами на теле (n=31)	Самообвинение	4,19	4,00	3,45	12,38 p=0,002

Результаты эмпирического исследования, представленные в табл. 1, позволяют заключить, что обладатели видимых отличий, локализованных на голове и лице, демонстрируют тенденцию к снижению уровня выраженности самообвинения по мере прохождения реконструктивно-восстановительного лечения. Подобную тенденцию логично объяснить следующим образом. В некоторых случаях приобретенные дефекты внешности на лице и голове провоцируют у субъекта чувство вины за некоторые совершенные действия и особенные обстоятельства, которые могли привести к нежелательному изменению физического облика [13]. Следовательно, хирургическая коррекция приобретенных дефектов лица представляет своего рода «инструмент» избавления от стрессогенного фактора. При

этом в данной группе не выявлена динамика уровня выраженности внутренней конфликтности, что может быть обусловлено отсутствием каузальных и корреляционных связей между переживаниями о внешнем облике и внутриличностными конфликтами.

В то же время пациенты с дефектами внешности, локализованными на теле, показывают выраженное снижение уровня как самообвинения, так и внутренней конфликтности, что можно интерпретировать в качестве положительного влияния ситуации коррекции внешнего облика на отношение субъекта к собственной личности. Локализация приобретенных физических недостатков на теле облегчает задачу их маскировки и не вызывает сложностей в межличностном общении. Однако такая возможность скрывать видимые отличия провоцирует и рост тревожности в тех ситуациях, которые связаны с необходимостью показывать тело (примерка одежды, походы на пляж и в бассейн, интимная близость), что может стать причиной внутриличностных противоречий, ненависти к своему телу и собственной личности в целом [18].

Таким образом, переход от эмпирического среза № 1 к эмпирическим срезам № 2 и № 3, отражающий процесс физического перевоплощения пациентов с приобретенными дефектами внешности, сопровождается снижением выраженности негативного самоотношения. При этом было бы весьма самоуверенно связывать такие значительные изменения в системе отношения субъекта к собственной личности только с хирургической коррекцией внешнего облика. В связи с этим был предпринят множественный регрессионный анализ для выявления предикторов, которые способны опосредовать уровень выраженности внутренней конфликтности и самообвинения на каждом этапе восстановления внешнего облика. Применение *W*-критерия Шапиро–Уилка показало, что распределение некоторых переменных статистически отличается от нормального, в связи с чем соответствующие эмпирические данные были подвергнуты нормализующему логарифмическому преобразованию.

Интересно, что в группе пациентов с дефектами на лице и голове ни одной закономерности не выявлено. Было выдвинуто предположение, что самообвинение и внутренняя конфликтность у них не связаны с различными характеристиками телесного образа и качества жизни, но детерминированы переменными иного порядка.

Закономерности, которые описывают обусловленность негативного самоотношения параметрами самооценки внешнего облика и образа тела в группе пациентов с локализацией приобретенных дефектов внешности на теле, представлены в табл. 2.

Согласно полученным результатам, ситуативная неудовлетворенность образом тела выступает предиктором уровня выраженности как внутренней конфликтности, так и самообвинения. Данный паттерн выступает характеристикой каждого этапа реконструктивно-восстановительного лечения, рассмотренного в рамках эмпирического исследования. Наличие видимого физического недостатка

с локализацией на теле может стать причиной ситуативной неудовлетворенности телом и внешностью, что оказывает влияние на формирование суждений о собственной привлекательности и обобщенного негативного отношения субъекта к своей личности. Поскольку выявленная закономерность сохраняется независимо от того, какие манипуляции произведены с внешним обликом, выдвинута гипотеза, что субъективные оценки удовлетворенности актуальным состоянием внешнего облика взаимосвязаны с самоотношением и потенциально – с Я-концепцией, что согласуется с работами других авторов [8; 9].

Таблица 2

**Результаты множественного регрессионного анализа в группе респондентов с дефектами внешности, локализованными на теле (n=31)**

№ среза	Зависимая переменная	Независимая переменная	Регрессионное уравнение	p-value
1	Внутренняя конфликтность	Ситуативная неудовлетворенность образом тела	$y = 8,758 + 1,147 * x_1$	0,034
	Самообвинение	Ситуативная неудовлетворенность образом тела	$y = 5,001 + 1,179 * x_1$	0,035
2	Внутренняя конфликтность	Ситуативная неудовлетворенность образом тела	$y = 1,148 + 0,981 * x_1$	0,020
3	Внутренняя конфликтность	Ситуативная неудовлетворенность образом тела	$y = 11,867 + 1,311 * x_1$	0,037
	Самообвинение	Ситуативная неудовлетворенность образом тела	$y = 7,263 + 1,694 * x_1$	0,013

**Выводы**

Актуальность данного эмпирического исследования обусловлена практической потребностью в выявлении и осмыслении тех изменений, которые претерпевает самоотношение обладателей приобретенных дефектов внешности в многоэтапном процессе исправления внешнего облика. Отношение субъекта к собственной личности демонстрирует зависимость от субъективной значимости физического облика и удовлетворенности телом; способов организации межличностного общения и установки на стигматизацию людей с видимыми отличиями в конкретном социуме.

На основании полученных в эмпирическом исследовании результатов было показано, что хирургическая коррекция приобретенных дефектов внешности, локализованных на лице, связана со снижением уровня выраженности самообвинения у респондентов. У обладателей приобретенных физических недостатков, локализованных на теле, процесс реконструктивно-восстановительного лечения сопровождается редукцией уровня выраженности внутренней неустойчивости, а также самообвинения и внутренней конфликтности. Если у пациентов с видимыми отличиями на лице влияние изменений внешнего облика на самоотношение не опосредуется переменными, связанными с отношением к собственному телу, то в группе пациентов с дефектами внешности на теле предиктором, обуславливающим психологическое воздействие исправления физических недостатков на самоотношение, стала ситуативная неудовлетворенность образом тела.

Необходимо обозначить ограничения для генерализации полученных в данном эмпирическом исследовании закономерностей. Во-первых, в каждую экспериментальную выборку были включены пациенты с различной этиологией приобретенных дефектов внешности. Во-вторых, каждая экспериментальная группа насчитывала сравнительно небольшое количество респондентов. В-третьих, возрастной диапазон респондентов также был ограничен и составлял в среднем от 22 до 50 лет. В-четвертых, лонгитюдная перспектива здесь была ограничена только тремя эмпирическими срезами, что не позволяет предположить дальнейшее направление движение тренда.

Данное эмпирическое исследование может быть развито по следующим направлениям: (1) увеличение количества эмпирических срезов и выбор оптимальных временных промежутков для понимания того, как меняется отношение к себе после проведенного реконструктивного хирургического вмешательства; (2) увеличение численности выборки; (3) подбор более гомогенных в плане диагноза и этиологии групп респондентов. Поиск других предикторов негативного самоотношения у обладателей приобретенных дефектов внешнего облика подразумевает привлечение других психологических категорий, описывающих субъективный опыт индивида. Например, концепция посттравматического роста, концепция личностного потенциала.

## Литература

1. Александров А.А., Багненко Е.С. Психологические характеристики женщин с косметическими дефектами кожи лица // Вестник психотерапии. 2012. Т. 46. № 41. С. 52–66.

2. Герасимов П.Е. Психолого-педагогические аспекты формирования у студентов позитивного самоотношения // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. 2010. Т. 16. № 4. С. 50–53.



3. Кочеткова Т.Н. Смыслоразнозначные ориентации лиц с разным самоотношением // Вестник ТГПУ. 2010. Т. 92. № 2. С. 118–123.

4. Лабунская В.А. Самопрезентация личности и отношение к внешнему Я // Психология личности: учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлению и специальности «Психология» / под ред. П.Н. Ермакова, В.А. Лабунской. М.: Эксмо, 2007. Гл. 3.3. С. 265–296.

5. Лабунская В.А. Самооценка внешнего облика на различных этапах жизненного пути // Развитие психологии в системе комплексного человекознания. Материалы Всероссийской научной конференции, посвященной 40-летию Института психологии и 85-летию его основателя Б.Ф. Ломова: в 2 ч. / Под ред. А.Л. Журавлева, В.А. Кольцовой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. С. 331–338.

6. Любимова О.М. Негативное самоотношение в контексте риска воспроизводства социальных девиаций: по материалам межрегиональных исследований // Известия Алтайского государственного университета. 2011. Т. 2. № 2. С. 52–54.

7. Пантилеев С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. М.: Изд-во МГУ, 1991. 108 с.

8. Слостенина В.В. Социально-психологические характеристики женщин, прибегающих к услугам эстетической хирургии // Вестник Томского государственного университета. 2007. № 303. С. 205–208.

9. Соколова Е.Т., Баранская Л.Т. Клинико-психологические основания эффективности эстетической хирургии // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17. № 3. С. 26–33.

10. Ундуск Е.Н. Негативное самоотношение и переживание проблем асоциальных подростков // Вестник Челябинского государственного университета. 2013. Т. 317. № 26. С. 151–154.

11. Яременко А.И., Исаева Е.Р., Колегова Т.Е., и др. 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/pspe.2018070106. URL: [http://psyjournals.ru/psyclin/2018/n1/Yaremenko\\_et\\_al.shtml](http://psyjournals.ru/psyclin/2018/n1/Yaremenko_et_al.shtml). [дата обращения: 13.11.2018].

12. Bernstein N. Emotional Care of the Facially Burned and Disfigured. Boston, MA: Little, Brown, 1976. 243 p.

13. Brill S.E., Clarke A., Veale D.M., et al. Psychological Management and Body Image Issues in Facial Transplantation // Body Image. 2006. Vol. 3. № 1. P. 1–15. doi: 10.1016/j.bodyim.2005.12.002.

14. Clarke A., Thompson A.R., Jenkinson E., et al. CBT for Appearance Anxiety. Psychosocial Interventions for Anxiety due to Visible Difference. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd., 2014. 300 p.

15. *Crocker J., Quinn D.M. Social Stigma and The Self: Meanings, Situations, and Self-Esteem // The Social Psychology of Stigma / T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull (eds.). New York: Guilford Press, 2000. P. 153–183.*

16. *Rumsey N., Harcourt D. Body image & disfigurement: issues and interventions // Body Image. 2004. Vol. 1. № 1. P. 83–97. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00005-6.*

17. *Talley H.L. Saving face: disfigurement and the politics of appearance. New York: New York University Press, 2014. 256 p.*

18. *Thombs B.D., Notes L.D., Lawrence J.W., et al. From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury // Journal of Psychosomatic Research. 2008. Vol. 64. № 2. P. 205–212. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.09.003.*

19. *Thompson A., Kent G. Adjusting to disfigurement: processes involved in dealing with being visibly different // Clinical Psychology Review. 2001. Vol. 21. № 5. P. 663–682.*

# Predictors of Negative Self-Attitude in Patients Who Tolerated a Surgical Repair

**Faustova A.G.,**

*Ph.D. in Psychology, Senior teacher at the Department of General and Special Psychology with the course of Pedagogics, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, anne.faustova@gmail.com*

---

One of the main reasons for seeking a medical aid of a plastic surgeon is the negative attitude toward physical appearance and personality overall in patients with acquired defects of appearance. Correction of physical defects of a face and a body involuntarily associates with subsequent “automatic” growth in self-confidence and self-acceptance in those affected. The attempt undertaken to identify and evaluate factors that determine a level of the negative self-attitude on different stages of reconstructive-restorative treatment. The sample consisted of 58 respondents (mean age – 38,8 + 10,7 years), 27 persons (20 female, 7 male) were with visible differences on a face and a head, 31 persons (28 female, 3 male) were with defects of appearance located on a body. Respondents were interviewed one week before the treatment began, 2 weeks and 6-10 weeks after correcting physical defects. The mathematical analysis carried out using non-parametric tests as well as multiple regression analysis techniques. There was a statistically significant decrease in the levels of self-accusation and internal conflict ( $\chi^2_{emp}$  from 9,270 to 15,876;  $p < 0,01$ ). The regression equations are constructed and predictors of the negative self-attitude selected, which provides with valid information for creating a program of psychological support for such patients.

Keywords: self-attitude, defect of appearance, visible difference, self-accusation, internal conflict, dynamics, predictor.

---

## References

1. Aleksandrov A.A., Bagnenko E.S. Psihologicheskie karakteristiki zhenshin s kosmeticheskimi defektami kozhi lica [Psychological characteristics of women with cosmetic defects of skin on the face]. *Vestnik psihoterapii [Herald of Psychotherapy]*, 2012, vol. 46, no. 41, pp. 52–66. (In Russ.).
2. Gerasimov P.E. Psihologo-pedagogicheskie aspekty formirovaniya u studentov pozitivnogo samootnosheniya [Psychological and pedagogical aspects of the formation of a

positive self-attitude in students]. *Vestnik KGU im. N.A. Nekrasova. Serija: Pedagogika. Psihologija. Social'naja rabota. Juvenologija. Sociokinetika* [Vestnik of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Social work. Juvenology. Socio-kinetics], 2010, vol. 16, no. 4, pp. 50–53. (In Russ.).

3. Kochetkova T.N. Smyslozhiznennye orientacii lic s raznym samootnosheniem [Life-meaning orientations in people with different self-attitude]. *Vestnik TGPU [Tomsk State Pedagogical University Bulletin]*, 2010, vol. 92, no. 2, pp. 118–123. (In Russ.).

4. Labunskaja V.A. Samoprezentacija lichnosti i otnoshenie k vneshnemu Ja [Personality self-presentation and relation to the external Self]. In P.N. Ermakov, V.A. Labunskaja (eds.) *Psihologija lichnosti: ucheb. posobie dlja studentov vuzov, obuchajushhihsja po napravleniju i special'nosti «Psihologija»* [Personality Psychology: the textbook for university students studying in the field and specialty "Psychology"]. Moscow: Jeksmo, 2007, Ch. 3.3, pp. 265–296. (In Russ.).

5. Labunskaja V.A. Samoocenka vneshnego oblika na razlichnyh jetapah zhiznennogo puti [Self-evaluation of the external appearance at various stages of the life path]. In A.L. Zhuravlev, V.A. Kol'cova (eds.) *Razvitie psihologii v sisteme kompleksnogo chelovekoznanija. Materialy Vserossijskoj nauchnoj konferencii, posvjashhennoj 40-letiju Instituta psihologii i 85-letiju ego osnovatelja B. F. Lomova: v 2 chastjah.* [Development of psychology in the system of complex human science. Proceedings of the All-Russian Scientific Conference, dedicated to the 40th anniversary of the Institute of Psychology and the 85th anniversary of its founder B.F. Lomov: in 2 parts]. Moscow: Publ. of Institute of Psychology RAS, 2012, pp. 331–338. (In Russ.).

6. Ljubimova O.M. Negativnoe samootnoshenie v kontekste riska vosproizvodstva social'nyh deviacij: po materialam mezhregional'nyh issledovanij [Negative self-attitude in the context of the reproduction of social deviations: on materials of interregional research]. *Izvestija Altajskogo gosudarstvennogo universiteta [Izvestiya of Altai State University]*, 2011, vol. 2, no. 2, pp. 52–54. (In Russ.).

7. Pantileev S.R. Samootnoshenie kak jemocional'no-ocenochnaja Sistema [Self-attitude as the emotional-evaluative system]. Moscow: Publ. of MSU, 1991. 108 p. (In Russ.).

8. Slastenina V.V. Social'no-psihologicheskie harakteristiki zhenshin, pribegajushhih k uslugam jesteticheskoi hirurgii [Social and psychological characteristics of women who use the services of aesthetic surgery]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta [Tomsk State University Journal]*, 2007, no. 303, pp. 205–208. (In Russ.).

9. Sokolova E.T., Baranskaja L.T. Kliniko-psihologicheskie osnovanija jeffektivnosti jesteticheskoi hirurgii [Clinical-psychological basis of efficacy of aesthetic surgery]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija [Social and Clinical Psychiatry]*, 2007, vol. 17, no. 3, pp. 26–33. (In Russ.).

10. Undusk E.N. Negativnoe samootnoshenie i perezhivanie problem asocial'nyh podrostkov [Negative self-attitude and experiencing of problems in anti-social

adolescents]. *Vestnik Cheljabinskogo gosudarstvennogo universiteta [Vestnik of Chelyabinsk State University]*, 2013, vol. 317, no. 26, pp. 151–154. (In Russ.).

11. Iaremenko A., Isaeva E., Kolegova T., Sitkina E., Vasilieva Yu. Satisfaction with Quality of Life in Patients with Minimum Cicatricial Damage of the Face and Neck [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia [Clinical Psychology and Special Education]*, 2018, vol. 7, no. 1, pp. 75–90. doi:10.17759/cpse.2018070106. (In Russ., abstr. in Engl.). URL: [http://psyjournals.ru/psyclin/2018/n1/Yaremenko\\_et\\_al.shtml](http://psyjournals.ru/psyclin/2018/n1/Yaremenko_et_al.shtml). [Accessed: 13.11.2018].

12. Bernstein N. *Emotional Care of the Facially Burned and Disfigured*. Boston, MA: Little, Brown, 1976. 243 p.

13. Brill S.E., Clarke A., Veale D.M., Butler P.E.M. Psychological Management and Body Image Issues in Facial Transplantation. *Body Image*, 2006, vol. 3, no. 1, pp. 1–15. doi:10.1016/j.bodyim.2005.12.002.

14. Clarke A., Thompson A.R., Jenkinson E., Rumsey N., Newell, R. *CBT for Appearance Anxiety. Psychosocial Interventions for Anxiety due to Visible Difference*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd., 2014. 300 p.

15. Crocker J., Quinn D.M. Social Stigma and The Self: Meanings, Situations, and Self-Esteem. In T.F. Heatherton, R.E. Kleck, M.R. Hebl, J.G. Hull (eds.), *The Social Psychology of Stigma*. New York: Guilford Press, 2000. pp. 153–183.

16. Rumsey N., Harcourt D. Body image & disfigurement: issues and interventions. *Body Image*, 2004, vol. 1, no. 1, pp. 83–97. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00005-6.

17. Talley H.L. *Saving face: disfigurement and the politics of appearance*. New York: New York University Press, 2014. 256 p.

18. Thombs B.D., Notes L.D., Lawrence J.W., Magyar-Russell G., Bresnick M.G., Fauerbach J.A. From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *Journal of Psychosomatic Research*, 2008, vol. 64, no. 2, pp. 205–212. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.09.003.

19. Thompson A., Kent G. Adjusting to disfigurement: processes involved in dealing with being visibly different. *Clinical Psychology Review*, 2001, vol. 21, no. 5, pp. 663–682.

# Эмоциональное состояние и стратегии совладания подростков с онкогематологическими заболеваниями

**Хаин А.Е.,**

*заведующая отделением клинической психологии, Федеральное бюджетное государственное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева), Москва, Россия, khain.alina@gmail.com*

**Холмогорова А.Б.,**

*доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ ФМИЦПН им. В.П. Сербского); декан факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, kholtmogorova-2007@yandex.ru*

**Абабков В.А.,**

*доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии, факультет психологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Россия, valababkov@mail.ru*

---

В статье приводятся данные исследования характеристик эмоционального состояния и стратегий совладания подростков в стрессовой ситуации лечения онкогематологических заболеваний. Были обследованы две группы пациентов 11–18 лет, уравненных по социодемографическим и клиническим параметрам. Экспериментальную группу составили 28 подростков, проходящие лечение методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) ( $M_{\text{возр.}}=14,25$ ,  $SD_{\text{возр.}}=2,20$ ; 57,1% женского пола). Контрольную группу составили 30 подростков, проходящих химиотерапевтическое лечение ( $M_{\text{возр.}}=13,71$ ,  $SD_{\text{возр.}}=2,12$ ; 46,7% женского пола). По сравнению с состоянием подростков контрольной группы психологическое состояние подростков в процессе лечения методом ТГСК характеризуется значимо более высоким уровнем дистресса и тревоги. Получены значимые различия в использовании стратегий совладания со стрессом пациентами

двух групп. Подростки экспериментальной группы используют менее широкий репертуар продуктивных стратегий совладания, чаще используют такую неэффективную стратегию, как «разрядка». Данные различия могут быть связаны с меньшей доступностью различных ресурсов совладания, а также нарастанием их истощения в особых условиях лечения методом ТГСК. Результаты исследования подтвердили, что ТГСК является объективно и субъективно более стрессовым видом лечения, что свидетельствует о необходимости дополнительного мониторинга как психологического состояния, так и потребности в психологической помощи для пациентов данной группы, разработки специализированных программ психологического сопровождения трансплантации.

**Ключевые слова:** психологическая адаптация, эмоциональный дистресс, стратегии совладания, подростковый возраст, детская онкология/гематология, трансплантация гемопоэтических стволовых клеток.

**Для цитаты:**

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

**For citation:**

Khain A.E., Kholmogorova A.B., Ababkov V.A. Emotional State and Coping Strategies of Adolescents with Oncohematological Diseases [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 4, pp. 131–149. doi: 10.17759/psycljn.2018070408 (In Russ, abstr. in Engl.)

## Введение

Существует большое поле исследований психической адаптации человека к трудным жизненным ситуациям, в том числе связанным с хроническим, угрожающим жизни заболеванием и его лечением [1; 2; 4; 10]. Последние десятилетия связаны с особенно активным развитием психологических исследований в таких областях, как онкология и онкогематология [5; 6; 9; 14]. Рост исследований связан с совершенствованием различных видов терапии и увеличением числа пациентов, находящихся на различных этапах реабилитации, а также с активной работой профессиональных, пациентских и благотворительных организаций, ставящих вопросы о важности качества жизни болеющего и членов его семьи на всех этапах лечения.

Изменение традиций коммуникации в сторону большей открытости и сотрудничества, роли пациента и семьи в лечебном процессе в целом, повышение

внимания к качеству жизни больного привели также к пониманию необходимости включения различных специалистов психосоциального профиля в мультидисциплинарную команду сотрудников клиники. Международные онкологические и онкопсихологические организации подчеркивают необходимость разработки основанных на результатах исследований стандартов оказания психологической помощи в данной области [18].

Особенно актуальным представляется изучение характеристик совладания на различных этапах длительного и многокомпонентного лечения онкогематологических и онкологических заболеваний. В зарубежной онкопсихологии в последнее десятилетие также активно дискутируется необходимость учета контекста развития и особого внимания к группе подростков и молодых взрослых, проходящих лечение от онкологических заболеваний [15; 16; 21]. Переживающие в этот период значительные физические и психологические изменения подростки сталкиваются с рядом уникальных вызовов. В сравнении с более младшими детьми развитие способности к абстрактному мышлению у подростков позволяет им лучше понимать как особенности болезни и ее значение, так и возможные последствия лечения. Вместе с тем дефицит ресурсов совладания со стрессовой ситуацией, а также нестабильность формирующейся идентичности создает дисбаланс когнитивных и эмоциональных, личностных компонентов переживания болезни [10].

### **Сравнительные характеристики стрессовых ситуаций лечения методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) и химиотерапии**

Р. Лазарусом впервые было представлено понимание адаптации к стрессу не как специфической реакции на неспецифическое воздействие, но как отношения между индивидуумом и средой. Ключевую роль в этих отношениях играет когнитивная оценка человеком воздействия среды, придание ему того или иного значения по отношению к собственному благополучию [20]. В своих более поздних работах Р. Лазарус и другие представители когнитивного направления продолжили развитие теории адаптации, отойдя от преимущественно когнитивной, субъективной ориентации при концептуализации реакции на стресс [19; 20]. В процессе адаптации к стрессу были выделены не только субъективные, но и объективные характеристики, такие как характер ограничений, временные аспекты, особенности социальной поддержки. Когнитивная субъективная оценка ситуации стала сопоставляться с ее объективными характеристиками для понимания того, какие именно ее аспекты были выбраны индивидом для трансформации.

В своем теоретическом обзоре современных подходов к пониманию и изучению адаптации к стрессу В.А. Абабков и М. Перре также подчеркивают, что исходным пунктом рассмотрения является характеристика стрессоров [1]. Авторы отмечают важность проведения более конкретных описательных исследований в данной области, которые позволят клиницистам понять, как пациенты



справляются со специфическими стрессорами. Были выделены и описаны объективные и субъективные параметры стрессовой ситуации, позволяющие более точно и полно учитывать как характеристики ситуации, так и ее субъективное значение для индивида. Данный подход является востребованным при проведении психологических исследований адаптации к стрессу в условиях лечения различных соматических заболеваний.

Несмотря на успехи последних десятилетий, онкологические и онкогематологические заболевания все еще остаются жизнеугрожающими, связанными с высокими рисками различных неблагоприятных последствий для здоровья и благополучия человека, а их лечение представляет собой длительное и тяжелое испытание для всей семьи. Являясь кризисным по своей природе, опыт болезни и лечения в онкологических клиниках имеет свою специфику [7; 12; 10]. Прежде всего следует отметить высокий уровень субъективной и объективной опасности для жизни, большое число страхов и мифов, которые существуют в обществе по отношению к данной группе заболеваний [11].

Факторы, непосредственно связанные с болезнью и лечением, характеризуются высокой долей неопределенности, большим числом инвазивных процедур, длительностью лечения, болевым синдромом, а также различными побочными эффектами терапии (изменения внешности, тошнота и рвота, астения). Ситуация стационарного лечения приводит к ограничению социальной активности и значимых контактов, ощущению изоляции, что влияет на психологическое состояние пациентов. Многие авторы отмечают, что условия лечения онкологического заболевания становятся для ребенка не менее, а иногда и более травматичными, чем само заболевание [7; 10].

Различные виды лечения онкогематологических заболеваний имеют свою специфику как в организационном, клиническом, так и в психологическом аспектах. Химиотерапевтическое лечение является традиционной, первой линией терапии. Оно длится в среднем 6-9 месяцев и может сопровождаться различными побочными эффектами терапии. В периоды восстановления гемопоза, а также при отсутствии выраженных соматических проблем пациенты могут продолжать обучение, а также покидать свою палату для общения и прогулок.

Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) представляет собой один из самых современных и активно развивающихся видов лечения в онкогематологии. Во всем мире ежегодно проводится 50-60 тысяч трансплантаций, и их количество постоянно увеличивается. В России также постепенно растет число пациентов, направляемых на ТГСК. Возможности данного вида терапии позволяют продолжить лечение пациентам с повторно рецидивирующими либо хронически прогрессирующими заболеваниями, являясь для них нередко последней надеждой на выздоровление. С необходимостью принятия решения о трансплантации чаще всего сталкиваются пациенты с онкогематологическими заболеваниями, испытавшие неудачу при проведении химиотерапевтического лечения, либо с заболеванием, имеющим высокий риск

рецидива. Эти обстоятельства, а также высокие риски и тяжелые условия данного вида лечения делают его, несмотря на достигнутые успехи, одним из наиболее стрессовых опытов в лечении как для самого пациента, так и для семьи в целом [17; 22]. Период госпитализации в отделении трансплантации связан с большей изоляцией и более строгими ограничениями в сравнении с химиотерапевтическим лечением, что может вызывать у пациентов ощущение потери свободы и контроля и проявляться в попытках сверхконтроля различных условий (питание, гигиена) и отношений. Высокая доля непредсказуемости индивидуальной реакции на трансплантацию и на последующий курс восстановления гемопоза сталкивает пациента и ухаживающих за ним родственников с необходимостью переносить неопределенность, сохраняя доверие и оптимизм по отношению к персоналу и выбранному лечению. Соматическое состояние пациентов в этот период может быть осложнено развитием побочных эффектов терапии, сопровождающихся неприятными и болезненными ощущениями (тошнота и рвота, мукозит, диарея, кожный зуд, астения). Боли могут достигать интенсивности, предполагающей назначение высоких доз наркотических обезболивающих. Объективные трудности при прогнозе интенсивности, длительности и последствий побочных эффектов лечения, по мнению А.Ф. Патенауд (Patenaude A.F.), являются одной из причин возникающих проблем в отношениях врач–пациент–семья и нарушений комплаентности [24].

В зарубежных психоонкологических исследованиях вопросы психологических аспектов трансплантации гемопоэтических стволовых клеток и особенностей адаптации к данному виду лечения вызывают возрастающий интерес. Особые условия при прохождении трансплантации делают ее важным полем для исследований и разработки программ психологического сопровождения, отвечающих особым нуждам пациентов ТГСК и их семей [17; 18]. В рамках исследований детей, проходящих ТГСК, наиболее часто изучается эмоциональное состояние пациентов на различных этапах лечения. В. Пакман (Packman W.) отмечает существующую неоднозначность и противоречивость полученных данных относительно уровня дистресса, депрессии, тревоги, а также наличия симптомов посттравматического стрессового расстройства у пациентов до, а также на различных сроках посттрансплантационного периода [22].

Сравнительно немногочисленны исследования особенностей совладания со стрессом детей, получающих ТГСК. Понимание специфики совладающего поведения в процессе ТГСК в сравнении с традиционным химиотерапевтическим лечением, его связи с другими факторами адаптации требует дальнейшего изучения.

### **Программа исследования**

*Цель исследования:* изучение характеристик эмоционального состояния и стратегий совладания в процессе химиотерапевтического лечения и лечения методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у пациентов подросткового возраста с онкогематологическими заболеваниями.

*Задачи исследования:*

1. Провести сравнительное исследование эмоционального состояния у подростков контрольной (Химиотерапия) и экспериментальной (ТГСК) групп в процессе лечения.
2. Провести сравнительное исследование стратегий совладания у подростков контрольной (Химиотерапия) и экспериментальной (ТГСК) групп в процессе лечения.
3. Провести сравнительный анализ эмоционального дистресса и стратегий совладания у подростков контрольной и экспериментальной групп.

*Гипотеза исследования:* ситуация лечения методом ТГСК в сравнении с лечением при проведении химиотерапии сопровождается более высоким уровнем эмоционального дистресса и тревоги, более выраженными трудностями совладания у подростков экспериментальной группы по сравнению с группой, проходящей химиотерапевтическое лечение.

*Материалы исследования.* В экспериментальную группу, обследованную в процессе лечения методом ТГСК (+3 неделя от начала данного этапа лечения), было отобрано 28 пациентов с онкогематологическими заболеваниями 11–18 лет ( $M_{\text{возр.}}=14,25$ ,  $SD_{\text{возр.}}=2,20$ ; 57,1% мужского пола и 42,9% женского). Контрольную группу составили 30 пациентов с онкогематологическими заболеваниями, проходящих химиотерапевтическое лечение ( $M_{\text{возр.}}=13,71$ ,  $SD_{\text{возр.}}=2,12$ ; 53,3% мужского пола и 46,7% женского). Группы были уравнены по полу, возрасту и клиническим характеристикам (онкогематологические заболевания). Все подростки сопровождалась в процессе лечения матерями.

*Методы исследования*

1. Шкала оценки дистресса (DRS) С.К. Пател (S.K. Patel) [23] (в адаптации Н.С. Никольской, А.Е. Хаин и др. [26]);
2. Опросник детской депрессии М. Ковак (Kovacs M.) (в адаптации С.В. Воликовой, О.Г. Калины, А.Б. Холмогоровой [13]);
3. Интегративный тест тревожности (ИТТ) Л.И. Вассермана, А.П. Бизюка, Б.В. Иовлева [3];
4. Стратегии совладания подростков – Юношеская копинг-шкала (ЮКШ) Э. Фрайденберга, Р. Льюиса (Frydenberg E., Lewis R., 1993) (в адаптации Т.Л. Крюковой [8]).

Для статистической обработки данных были использованы методы непараметрической статистики: для сравнения двух независимых выборок применен критерий Манна–Уитни, для сравнения двух связанных выборок –

критерий Уилкоксона, для проверки связи между показателями выборки применен коэффициент ранговой корреляции Ч. Спирмена. Статистический анализ данных проводился с использованием программ IBM SPSS Statistics 20 и Excel XP.

### Результаты исследования и их обсуждение

Результаты, представленные на рисунке 1, охватывают основные характеристики эмоционального состояния – выраженность депрессивных и тревожных переживаний, а также интегральную характеристику субъективного ощущения эмоционального благополучия/неблагополучия – эмоциональный дистресс у подростков двух групп.

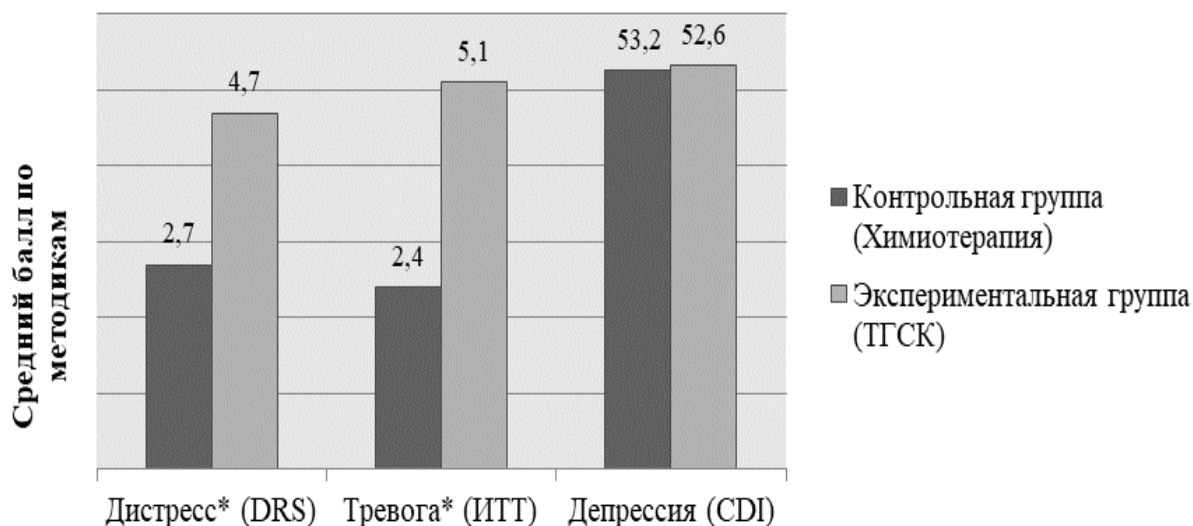


Рис. 1. Различия в эмоциональном состоянии и уровне дистресса подростков экспериментальной и контрольной групп

Примечание: \* – различия значимы при  $p < 0,05$ .

Авторы Шкалы оценки дистресса (DRS) выделяют три уровня дистресса – низкий (от 0 до 4 баллов по шкале), умеренный (от 5 до 7 баллов) и высокий (от 8 до 10 баллов) [23]. Современные руководства рекомендуют при использовании DRS в качестве инструмента для оценки общего уровня эмоционального благополучия и потребности в психологической помощи в онкологическом стационаре выделять группу пациентов, отмечающих баллы 4 и выше [18]. Адаптация Шкалы оценки дистресса на российской выборке также подтвердила, что критическое значение в четыре балла показывает хорошую предсказательную способность русскоязычного варианта теста и верно определяет потребность детей в психологической помощи [26]. Исходя из этого, можно охарактеризовать уровень дистресса подростков в процессе лечения методом ТГСК как умеренный, а уровень дистресса в процессе химиотерапии – как легкий. Данные показатели согласуются с результатами, полученными зарубежными авторами [25].

Результаты исследования уровня эмоционального дистресса в контрольной и экспериментальной группах также свидетельствуют о значимо более высоком уровне дистресса подростков ( $U = 249,000$ ;  $p = 0,003$ ) в процессе лечения в экспериментальной группе в сравнении с контрольной (табл. 1).

Таблица 1

**Сравнительные характеристики психологического состояния подростков в процессе ТГСК и подростков в процессе химиотерапевтического лечения**

	Экспериментальная группа (ТГСК)		Контрольная группа (Химиотерапия)		Достоверность различий P
	M	SD	M	SD	
<b>Общий балл DRS</b>	4,7	2,56	2,69	2,66	<b>0,003**</b>
<b>CDI</b>					
<b>Негативное настроение</b>	52,38	10,71	53,82	8,43	0,12
<b>Межличностные проблемы</b>	56,71	3,27	56,54	7,23	0,09
<b>Неэффективность в школе</b>	43,14	3,62	52,71	6,50	<b>0,02*</b>
<b>Ангедония</b>	56,67	3,02	53,73	5,73	0,49
<b>Негативная самооценка</b>	49,52	1,94	48,13	3,52	0,08
<b>Общий балл CDI</b>	53,14	2,64	52,62	5,82	0,12
<b>ИТТ</b>					
<b>Эмоциональный дискомфорт</b>	4,68	2,30	3,24	2,12	<b>0,02*</b>
<b>Астенический компонент</b>	6,50	2,24	4,73	2,54	<b>0,006**</b>
<b>Фобический компонент</b>	4,36	2,30	3,09	2,47	0,051
<b>Тревожная оценка перспектив</b>	4,04	2,70	3,51	2,19	0,57
<b>Социальные реакции защиты</b>	4,73	2,55	4,67	2,61	0,93
<b>Общий балл ИТТ</b>	5,09	2,11	3,72	2,28	<b>0,02*</b>

Средние показатели уровня дистресса подростков в экспериментальной группе (в процессе ТГСК) выше четырех баллов, что свидетельствуют об актуальности оценки их потребности в психологической помощи и необходимости организации консультаций специалистов психосоциальных служб при данном виде лечения. В контрольной и экспериментальной группах не обнаружено значимых различий в уровне дистресса по переменным пол и возраст (11–14/15–18 лет) подростка.

Возрастание уровня эмоционального дистресса подростков в процессе ТГСК сопровождается увеличением числа эмоциональных и физических проблем, отмечаемых пациентами в Листе проблемных областей DRS. Сравнительный анализ наполненности Листа проблемных областей Шкалы оценки дистресса подростком (DRS) показывает увеличение процента пациентов экспериментальной группы в сравнении с контрольной, отметивших у себя такие эмоциональные проблемы, как скука, грусть, чувство одиночества, раздражительность, нервозность, злость, а также такие физические проблемы, как тошнота, боль, сухость кожи и носа, проблемы со сном, приемом пищи, передвижением, гигиеной ( $p < 0,05$ ).

Исследование эмоционального дистресса было дополнено изучением депрессивных и тревожных переживаний подростков в контрольной (Химиотерапия) и экспериментальной (ТГСК) группах. Исследование не выявило значимых различий по общим показателям депрессии по Опроснику детской депрессии (CDI): общий балл депрессии у подростков экспериментальной группы –  $53,2 \pm 12,1$ , у подростков контрольной группы –  $52,6 \pm 10,2$ . Общий нормальный показатель по CDI на русскоязычной выборке может варьировать от 0 до 54 баллов, 50 – это критическое значение, после которого глубина симптоматики возрастает [13]. Уровень депрессивной симптоматики в обеих группах можно обозначить как средний. Наибольшее значение в обеих группах получено по таким параметрам опросника, как: а) *межличностные проблемы*, проявляющиеся в негативизме, протестном, агрессивном поведении; б) *ангедония*, характеризующая уровень истощаемости, астенизации; в) *негативное настроение* – общее снижение настроения, негативная оценка собственной эффективности. Значимое различие получено по параметру *неэффективность в школе* ( $U = 219,00$ ;  $p = 0,023$ ). У подростков контрольной группы эти показатели выше ( $52,7 \pm 10,1$ ), что может быть обусловлено тем, что пациенты экспериментальной группы в большинстве случаев не могут оценить наличие проблем в обучении в связи перерывом в школьных занятиях в условиях лечения в отделениях ТГСК.

Сравнительное исследование показателей тревожности подростков двух групп проводилось с помощью Интегративного теста тревожности (ИТТ). Данная методика рекомендуется авторами в качестве вспомогательного метода анализа уровня психической дезадаптации и факторов, влияющих на эмоциональное состояние детей и подростков [3]. Показатели шкал методики ИТТ ниже четырех станайнов авторы предлагают оценивать как низкий уровень тревожности, показатели 4,5-6 станайнов – как нормальный или умеренный, оценка в 7 станайнов и выше свидетельствует о высоком уровне тревожности.

Результаты оценки показателей тревожности согласуются с результатами оценки уровней эмоционального дистресса. Для подростков экспериментальной группы характерен умеренный уровень тревожности, тогда как для подростков контрольной группы характерен низкий уровень. Обнаружены значимые различия по таким показателям, как *эмоциональный дискомфорт* ( $U = 233,500$ ;  $p = 0,024$ ); *астенический компонент* ( $U = 204,00$ ;  $p = 0,006$ ); *общий балл* ( $U = 234,00$ ;  $p = 0,024$ ),

которые оказались выше у подростков экспериментальной группы, проходящих лечение методом ТГСК.

В структуре тревожности подростков экспериментальной и контрольной групп преобладает *астенический компонент*, свидетельствующий о выраженности усталости, пассивности, быстрой утомляемости. Астеническое состояние может быть связано как с проявлением основного заболевания, так и с побочными эффектами лечения. Значимое увеличение в экспериментальной группе показателя по шкале *эмоциональный дискомфорт* по сравнению с контрольной группой свидетельствует о наличии более выраженного эмоционального напряжения, неудовлетворенности жизненной ситуацией, элементов ажитации у подростков в процессе ТГСК. Результаты корреляционного анализа показателей эмоционального дистресса, депрессии и тревоги в экспериментальной и контрольной группах представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Корреляции показателей дистресса (DRS), депрессии (CDI) и тревоги (ИТТ) подростков в экспериментальной и контрольной группах**

	Шкала оценки дистресса (DRS, балл)	
	Экспериментальная группа	Контрольная группа
<b>CDI</b>		
Негативное настроение	0,797**	0,108
Межличностные проблемы	0,632**	0,263
Неэффективность	0,093	-0,065
Ангедония	0,790**	0,358*
Негативная самооценка	0,625**	-0,126
Общий балл CDI	0,792**	0,150
<b>ИТТ</b>		
Эмоциональный дискомфорт	0,731**	0,402*
Астенический компонент	0,273	0,466**
Фобический компонент	0,490*	0,304
Тревожная оценка перспектив	0,664**	0,244
Социальные реакции защиты	0,417	0,070
Общий балл ИТТ	0,743**	0,516**

Примечание: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ .

Полученные результаты демонстрируют, что в стрессовой ситуации трансплантации субъективное ощущение эмоционального дискомфорта – эмоциональный дистресс – значимо положительно коррелирует с тревожно-фобическими переживаниями, негативной оценкой собственной эффективности в целом. Чем выше дистресс подростков в процессе ТГСК, тем больше выражены также негативизм и проблемы в межличностном взаимодействии. Тогда как в процессе химиотерапевтического лечения повышение эмоционального дистресса коррелирует с ростом истощения, астенизацией.

Таким образом, результаты сравнительного исследования параметров эмоционального состояния подростков двух групп демонстрируют различия уровней и характеристик эмоционального дистресса и тревоги у пациентов на химиотерапевтическом лечении и пациентов в процессе ТГСК, что является косвенным подтверждением большей стрессогенности особой ситуации трансплантации. Уровень нарушений в эмоциональном состоянии является умеренным, однако данная степень его выраженности позволяет говорить о необходимости дополнительного мониторинга как психологического состояния, так и потребности в психологической помощи для данной группы.

Результаты сравнительного исследования стратегий совладания со стрессом подростков экспериментальной и контрольной групп с помощью Юношеской копинг-шкалы (ЮКШ) представлены на рисунке 2.

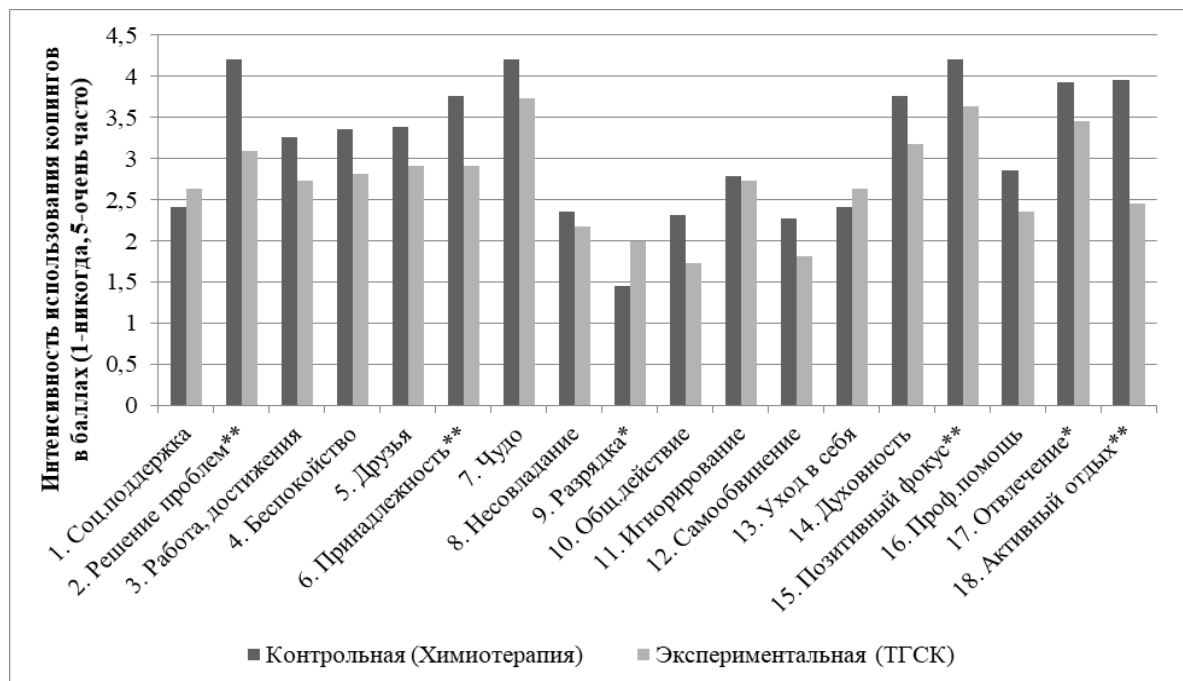


Рис. 2. Интенсивность использования подростками различных стратегий совладания на химиотерапевтическом лечении и в процессе ТГСК

Примечание: \* – различия значимы при  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ .



По результатам адаптации ЮКШ на российской выборке Т.Л. Крюкова обозначила широкий диапазон средних значений для всей выборки: от  $1,53 \pm 0,73$  для наименее используемой стратегии – общественные действия – до  $4,73 \pm 0,98$  для наиболее предпочитаемой стратегии – решение проблем [8]. Представленные в восемнадцати шкалах стратегии образуют, по мнению разработчиков методики, три стиля совладающего поведения: 1) продуктивный стиль (решение проблемы, работа и достижения, духовность, позитивный фокус); 2) непродуктивный (игнорирование, уход в себя, чудо, разрядка, самообвинение, беспокойство, несовладание, отвлечение, активный отдых); 3) социальный стиль, который нередко относят к продуктивному (социальная поддержка, друзья, принадлежность, общественные действия, профессиональная помощь). Результаты, полученные на российской выборке, показали более дробные, противоречивые стили совладания, что может свидетельствовать как о несформированности совладающего со стрессом поведения в подростковом возрасте, так и об их большей зависимости от окружающих, инфантильности в сравнении с австралийской выборкой [8].

Результаты исследования подростков с онкогематологическими заболеваниями, проходящими химиотерапевтическое лечение или ТГСК, также продемонстрировали выбор ими различных, порой конфликтных стратегий совладания. Подростки контрольной группы в стрессовой ситуации химиотерапевтического лечения предпочитали использовать такие стратегии, как *решение проблем, чудо, позитивный фокус, отвлечение, активный отдых*. Подростки экспериментальной группы в стрессовой ситуации ТГСК предпочитали использовать такие стратегии, как *чудо, позитивный фокус, отвлечение, духовность*. Обращает на себя внимание потребность в поддержании оптимистического настроения, надежде, а также более пассивная позиция у подростков экспериментальной группы, предположительно связанная с возрастанием ощущения неопределенности и угрозы.

Результаты исследования продемонстрировали значимые различия в использовании стратегий совладания подростками в стрессовых ситуациях различных видов терапии онкогематологических заболеваний – ТГСК и химиотерапевтического лечения. Подростки контрольной группы более активно используют такие стратегии совладания, как: решение проблем ( $U=68,000$ ;  $p=0,002$ ), принадлежность ( $U=68,000$ ;  $p=0,002$ ), позитивный фокус ( $U=82,500$ ;  $p=0,008$ ), активный отдых ( $U=45,000$ ;  $p=0,000$ ), отвлечение ( $U=91,000$ ;  $p=0,017$ ). Меньше используется одна из неэффективных стратегий совладания – разрядка ( $U=103,500$ ;  $p=0,048$ ). Полученные различия могут быть связаны как с нарастанием истощения ресурсов совладания на фоне лечения в отделениях ТГСК, которому в большинстве случаев предшествуют другие виды лечения, с дефицитом доверия и уверенности в успехе терапии в связи с прошлым негативным опытом, с возросшей неопределенностью стрессовой ситуации, так и условиями лечения, которые делают использование различных ресурсов, связанных с общением, отвлечением на различные виды активности, менее доступным.

Результаты корреляционного исследования подтвердили наличие значимых взаимосвязей между эмоциональным дистрессом и совладающим поведением пациентов подросткового возраста в обеих группах. В экспериментальной группе обнаружена положительная корреляция между уровнем эмоционального дистресса (DRS) и стратегией совладания «Беспокойство» ( $r=0,752$ ,  $p=0,013$ ), а также отрицательная корреляция со стратегией Активного отдыха ( $r=-0,736$ ,  $p=0,016$ ). У подростков контрольной группы обнаружены отрицательные корреляции эмоционального дистресса (DRS) с такими стратегиями совладания как: Дружбы ( $r=-0,517$ ,  $p=0,004$ ), Принадлежность ( $r=-0,491$ ,  $p=0,007$ ), Позитивный фокус ( $r=-0,482$ ,  $p=0,008$ ), Отвлечение ( $r=-0,412$ ,  $p=0,026$ ). Таким образом, дефицит продуктивных стратегий совладания значимо взаимосвязан с более высоким уровнем эмоционального дистресса в процессе лечения, являясь одним из факторов риска дезадаптации.

### Выводы

1. Эмоциональное состояние подростков в процессе лечения методом ТГСК в сравнении с эмоциональным состоянием подростков в процессе химиотерапевтического лечения характеризуется значимо более высоким уровнем эмоционального дистресса и тревоги.

2. Эмоциональный дистресс подростков в процессе ТГСК положительно коррелирует с негативной оценкой подростком собственной эффективности в целом, ощущением угрозы, тревогой, касающейся будущих перспектив лечения, негативизмом и агрессивностью в межличностном взаимодействии, тогда как в процессе химиотерапевтического лечения возрастание эмоционального дистресса положительно коррелирует с нарастанием истощения и с астенизацией.

3. Совладающее со стрессом поведение подростков в процессе лечения методом ТГСК по сравнению с совладанием у подростков, находящихся на химиотерапевтическом лечении, характеризуется снижением репертуара более зрелых, продуктивных стратегий совладания, значимо более частым использованием непосредственного отреагирования эмоционального напряжения в поведении.

Таким образом, для пациентов подросткового возраста с онкогематологическими заболеваниями обоснованным является определение стрессовой ситуации ТГСК как ситуации повышенного риска нарушений психологической адаптации, в отличие от ситуации прохождения химиотерапевтического лечения. Комплексный подход к организации процесса лечения методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток должен включать в себя разработку специализированных программ психологического сопровождения пациентов и членов их семей, задачей которых станут раннее выявление групп риска, профилактика дезадаптации, своевременное оказание необходимой психологической помощи.

## Литература

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии (Психологический практикум). СПб.: Речь. 2004. 166 с.
2. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека: монография. Л.: Наука. 1988. 270 с.
3. Вассерман Л.И., Бизюк А.П., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ): методические рекомендации. СПб.: изд-во Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 2005. 23 с.
4. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: изд-во СПбГМУ, 2009. 135 с.
5. Касимова Л.Н., Илюхина Т.В. Результаты психопатологического и психологического исследования онкологических больных // Психические расстройства в общей медицине. 2007. № 3. С. 21–25.
6. Клипинина Н.В., Ениколопов С.Н. Направления исследований дистресса родителей детей, проходящих лечение от жизнеугрожающих заболеваний // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2016. № 1. С. 29–36.
7. Кудрявицкий А.Р., Хаин А.Е., Клипинина Н.В. Обоснование комплексного подхода в работе психологической службы, сопровождающей лечебный процесс, в детской онкологии/гематологии // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2006. Т. 5 № 3. С. 41–48.
8. Крюкова Т.Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы / изд. 2-е, испр. и доп. Кострома: изд-во КГУ им. Н.А. Некрасова. 2010. 64 с.
9. Николаева А.В., Малкова Е.Е., Жаринов Г.М. Различия клинико-психологических характеристик личности больных раком предстательной железы при высокой и низкой скорости роста опухоли // Лучевая диагностика и терапия. 2017. Т. 8. № 3. С. 132–133.
10. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. М.: изд-во Московского университета, 1987. 168 с.
11. Тхостов А.Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях: автореф. дис. канд. психол. наук. М., 1980. 20 с.
12. Урядницкая Н.А. Психологическая саморегуляция у детей с онкологической патологией: автореф. дис. канд. психол. наук. М., 1998. 20 с.
13. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Калина О.Г. Применение опросника детской депрессии М. Ковак (CDI): методические рекомендации. М.: изд-во ФГБУ «МНИИП», 2013. 24 с.

14. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б. Влияние отношения к болезни на качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей // Вопросы онкологии. 2017. Т. 63. № 1. С. 115–121.
15. Abrams A.N., Hazen E.P., Penson R.T. Psychosocial issues in adolescents with cancer // Cancer Treatment Review. 2007. Vol. 33. № 7. Pp. 622–630. doi: 10.1016/j.ctrv.2006.12.006
16. Bleyer W.A. Cancer in older adolescents and young adults: epidemiology, diagnosis, treatment, survival, and importance of clinical trials // Medical and Pediatric Oncology. 2002. Vol. 38. № 1. Pp. 1–10. doi:10.1002/mpo.1257
17. Heather S.L., Syrjala K.L., Rizzo D. Supportive care of hematopoietic cell transplant patients // Biology of Blood and Marrow Transplantation. 2012. Vol. 18. № 1. Pp. 12–16. doi: 10.1016/j.bbmt.2011.10.029.
18. Holland J.C., Breitbart W.C., Butow P.N., et al. (Eds.) Psycho-Oncology. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford; New York: Oxford University Press, 2015. 864 p.
19. Krohne H.W. Stress and coping theories // International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences / N.J. Smelser, P.B. Baltes (Eds.). Oxford: Pergamon, 2001. Pp. 15163–15170. doi: 10.1016/B0-08-043076-7/03817-1.
20. Lazarus R.S. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks // Annual Review of Psychology. 1993. Vol. 44. Pp. 1–21. doi: 10.1146/annurev.ps.44.020193.000245.
21. Marcus J. Psychosocial issues in pediatric oncology // The Ochsner Journal. 2012. Vol. 12. № 3. Pp. 211–215.
22. Packman W., Weber S., Wallace J., et al. Psychological effects of hematopoietic SCT on pediatric patients, siblings and parents: a review // Bone Marrow Transplantation. 2010. Vol. 45. № 7. Pp. 1134–1146. doi: 10.1038/bmt.2010.74.
23. Patel S.K., Mullins W., Turk A., et al. Distress screening, rater agreement, and services in pediatric oncology // Psycho-Oncology. 2011. Vol. 20 № 12. Pp. 1324–1333. doi: 10.1002/pon.1859.
24. Patenaude A.F. Psychological impact of bone marrow transplantation: current perspectives // The Yale Journal of Biology and Medicine. 1990. Vol. 63. Pp. 515–519.
25. Phipps S. Adaptive style in children with cancer: implications for a positive psychology approach // Journal of Pediatric Psychology. 2007. Vol. 32 № 9. Pp. 1055–1066. doi: 10.1093/jpepsy/jsm060.
26. Stefanenko E., Nikolskaya N., Khain A., et al. Initial validation of the distress rating scale among Russian pediatric oncology patients and caregivers // Psycho-Oncology. 2017. Vol. 26. № 3. P. 150. doi: 10.1002/pon.4476.

# Emotional State and Coping Strategies of Adolescents with Oncohematological Diseases

**Khain A.E.,**

*Head of Clinical Psychology Department, Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia, khain.alina@gmail.com*

**Kholmogorova A.B.,**

*Doctor in Psychology, Professor, head of the Laboratory of clinical psychology and psychotherapy, Serbsky National Medical Research Institute of Psychiatry and Narcology, Head of the Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, kholmogorova-2007@yandex.ru*

**Ababkov V.A.,**

*Doctor in Medicine, Professor, Professor of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Faculty of Psychology, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia, valababkov@mail.ru*

---

The article presents data on the study of emotional state characteristics and coping strategies of adolescents in the stressful situation of oncohematological diseases treatment. Two equalized by socio-demographic and clinical parameters groups of patients 11-18 were examined. The experimental group consisted of 28 adolescents undergoing treatment with hemopoietic stem cell transplantation (HSCT) (M = 14.25, SD = 2.20, M: 57.1%, F: 42.9%). The control group consisted of 30 adolescents undergoing chemotherapy (M = 13.71, SD = 2.12, M: 53.3%, F: 46.7%). The psychological state of adolescents in the course of treatment by HSCT, in comparison with the state of adolescents of the control group, which is characterized by a significantly higher level of distress and anxiety. Significant differences in the use of coping strategies with stress in patients of the two groups were obtained. Adolescents of the experimental group use a less extensive repertoire of productive coping strategies, often use such an ineffective strategy as "discharge" These differences may be associated with less availability, as well as an increase in depletion of various coping resources under special treatment conditions by the HSCT. The results of the study confirmed that HSCT is objectively and subjectively more stressful, which indicates the need for additional monitoring of both the psychological state and the need for psychological care for patients in this group, the development of specialized programs for psychological support for transplantation.

**Keywords:** psychological adjustment, emotional distress, coping strategies, adolescents, adolescent age, pediatric hematology/oncology, hematopoietic stem cell transplantation (HSCT).

---

## References

1. Ababkov V.A., Perre M. Adaptatsiya k stressu. Osnovy teorii, diagnostiki, terapii (Psikhologicheskii praktikum) [Adaptation to stress. Fundamentals of theory, diagnosis, therapy (Psychological Workshop)]. Saint-Petersburg: Rech', 2004, 166 p. [In Russ.]
2. Berezin F.B. Psikhicheskaya i psikhofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka: monografiya [Mental and psychophysiological adaptation of man: monograph], Leningrad: Nauka. 1988. 270 p. [In Russ.]
3. Vasserman L.I., Bizyuk A.P., Iovlev B.V. Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti (ITT) [The use of integrative anxiety test (IAT)]. *Novaya meditsinskaya tekhnologiya [New Medical Technology]*. Saint-Petersburg, 2005. 23 p. [In Russ.]
4. Isaeva E.R. Koping-povedenie i psikhologicheskaya zashchite lichnosti v usloviyakh zdorov'ya i bolezni [Coping behavior and psychological defence of the individual in conditions of health and illness]. Saint-Petersburg: publ. of SPbGMU, 2009. 136 p. [In Russ.]
5. Kasimova L.N., Ilyukhina T.V. Rezul'taty psikhopatologicheskogo i psikhologicheskogo issledovaniya onkologicheskikh bol'nykh [Results of psychopathological and psychological research of oncological patients]. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine [Mental Disorders in General Medicine]*, 2007, no 3, pp. 21–25. [In Russ.]
6. Klipinina N.V., Enikolopov S.N. Napravleniya issledovaniy distressa roditelei detei, prokhodyashchikh lechenie ot zhizneugrozhayushchikh zabolevaniy [Areas of study of the distress of parents of children undergoing treatment from life-threatening diseases], *Obozrenie psikhiatrii i klinicheskoi psikhologii im. Bekhtereva [Review of Psychiatry and Medical Psychology Named Bekhterev]*, 2016, no. 1, pp. 29–37. [In Russ., Abstr. in Engl.]
7. Kudryavitskii A.R., Khain A.E., Klipinina N.V. Obosnovanie kompleksnogo podkhoda v rabote psikhologicheskoi sluzhby, soprovozhdayushchei lechebnyi protsess, v detskoj onkologii/gematologii [Substantiation of the complex approach in the work of the psychological service accompanying the medical process in children's oncology / hematology]. *Voprosy gematologii/onkologii i immunopatologii v pediatrii [Questions of Hematology/Oncology and Immunopathology in Pediatrics]*, 2006, vol. 5, no. 3, pp. 41–48. [In Russ., Abstr. in Engl.]
8. Kryukova T.L. Metody izucheniya sovladayushchego povedeniya: tri koping-shkaly [Methods for studying coping behavior: three copy-scales], 2<sup>nd</sup> ed. Kostroma: Publ. of KGU im. N.A. Nekrasova, 2010. 64 p. [In Russ.]

9. Nikolaeva A.V., Malkova E.E., Zharinov G.M. Razlichiya kliniko-psikhologicheskikh kharakteristik lichnosti bol'nykh rakom predstatel'noi zhelezy pri vysokoi i nizkoi skorosti rosta opukholi [Differences in Clinical and Psychological Characteristics of the Personality of Patients with Prostate Cancer at High and Low Rates of Tumor Growth]. *Luchevaya diagnostika i terapiya [Radiation Diagnostics and Therapy]*, 2017, vol. 8, no. 3, pp. 132–133. [In Russ., Abstr. in Engl.]
10. Nikolaeva V.V. Vliyanie khronicheskoi bolezni na psikhiku: psikhologicheskoe issledovanie [The effect of chronic illness on the psyche: a psychological study]. Moscow: Publ. of MSU, 1987. 168 p. [In Russ.]
11. Tkhostov A.Sh. Psikhologicheskii analiz izmenenii lichnosti pri nekotorykh onkologicheskikh zabolevaniyakh [Psychological analysis of personality changes in certain oncological diseases. Phd Thesis]. Moscow, 1980. 20 p. [In Russ.]
12. Uryadnitskaya N.A. Psikhologicheskaya samoregulyatsiya u detei s onkologicheskoi patologiei [Psychological self-regulation in children with oncological pathology. Phd Thesis]. Moscow, 1998, 20 p. [In Russ.]
13. Kholmogorova A.B., Volikova S.V., Kalina O.G. Metodicheskie rekomendatsii: primeneniye oprosnika detskoj depressii M. Kovak (CDI) [Methodical recommendations: use of the questionnaire of childhood depression M. Kovak (CDI)]. Moscow: publ. of FGBU MNIIP, 2013. 24p. [In Russ.]
14. Shchelkova O.Yu., Usmanova E.B. Vliyanie otnosheniya k bolezni na kachestvo zhizni patsientov s opukholevym porazheniem kostei [Influence of attitude to the disease on the quality of life of patients with tumor lesion of bones]. *Voprosy onkologii [Problems in Oncology]*, 2017, vol. 63, no. 1, pp. 115–121. [In Russ., Abstr. in Engl.]
15. Abrams A.N., Hazen E.P., Penson R.T. Psychosocial issues in adolescents with cancer. *Cancer Treatment Review*, 2007, vol. 33, no. 7, pp. 622–630. doi: 10.1016/j.ctrv.2006.12.006
16. Bleyer W.A. Cancer in older adolescents and young adults: epidemiology, diagnosis, treatment, survival, and importance of clinical trials. *Medical and Pediatric Oncology*, 2002, vol. 3, no. 1, pp. 1–10.
17. Heather J., Syrjala K.L., Rizzo D. Supportive care of hematopoietic cell transplant patients. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 2012, vol. 18, suppl. 1, pp. 12–16. doi: 10.1016/j.bbmt.2011.10.029.
18. Holland J.C., Breitbart W.C., Butow P.N., et al (Eds.) *Psycho-Oncology*, 3<sup>rd</sup> ed. Oxford; New York: Oxford University Press, 2015. 864 p.
19. Krohne H.W. Stress and coping theories. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* / N.J. Smelser, P.B. Baltes (Eds.). Oxford: Pergamon, 2001, pp. 15163–15170. doi: 10.1016/B0-08-043076-7/03817-1.

20. Lazarus R.S. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 1993, vol. 44, pp. 1–21. doi: 10.1146/annurev.ps.44.020193.000245.
21. Marcus J. Psychosocial issues in pediatric oncology. *The Ochsner Journal*, 2012, vol. 12, no. 3, pp. 211–215.
22. Packman W., Weber S., Wallace J., Bugescu N. Psychological effects of hematopoietic SCT on pediatric patients, siblings and parents: a review. *Bone Marrow Transplantation*, 2010, vol. 45, no. 7, pp. 1134–1146. doi: 10.1038/bmt.2010.74.
23. Patel S.K., Mullins W., Turk A., et al. Distress screening, rater agreement, and services in pediatric oncology. *Psycho-Oncology*, 2011, vol. 20, no. 12, pp. 1324–1333. doi: 10.1002/pon.1859.
24. Patenaude A.F. Psychological impact of bone marrow transplantation: current perspectives. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 1990, vol. 63, pp. 515–519.
25. Phipps S. Adaptive style in children with cancer: implications for a positive psychology approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 2007, vol. 32, no. 9, pp. 1055–1066. doi: 10.1093/jpepsy/jsm060.
26. Stefanenko E., Nikolskaya N., Khain A., et al. Initial validation of the distress rating scale among Russian pediatric oncology patients and caregivers. *Psycho-Oncology*, 2017, vol. 26, suppl. 3, p. 150. doi: 10.1002/pon.4476



# Эмоционально-личностные особенности пациентов с диагнозом менингиома при выраженном посттравматическом стрессе

**Харламенкова Н.Е.,**

*доктор психологических наук, профессор, Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИПРАН), Москва, Россия, nataly.kharlamenkova@gmail.com*

**Зайцев О.С.,**

*доктор медицинских наук, врач-психиатр, НМИЦ Нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия, ozaitsev@nsi.ru*

**Никитина Д.А.,**

*аспирантка, Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИПРАН), Москва, Россия, d.a.nikitina@yandex.ru*

**Кормилицына А.Н.,**

*врач-психиатр, НМИЦ Нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия, kormilicyna.anna@mail.ru*

---

Анализируются результаты исследования уровня и отдельных показателей посттравматического стресса, возникающего в ответ на постановку диагноза «угрожающее жизни заболевание». Участниками исследования стали пациенты с диагнозом «менингиома» НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко (N=25). Показано, что одним из психологических последствий постановки диагноза «менингиома» является посттравматический стресс разного уровня интенсивности. При высоком уровне посттравматического стресса наблюдаются повышенная депрессивность, застенчивость и эмоциональная лабильность. Сопоставление данной триады эмоционально-личностных особенностей с показателями социальной поддержки (по Анкете психологической безопасности) и базисными убеждениями (по Шкале базисных убеждений) позволило верифицировать гипотезу исследования. Выявлено, что высокие показатели по шкалам депрессивности и застенчивости (Фрайбургский личностный опросник) не отражают тенденции избегания социального контакта, а косвенно указывают на наличие аутоагрессии или интравертной направленности человека с данным заболеванием по отношению к самому себе.

**Ключевые слова:** угрожающее жизни заболевание, менингиома, посттравматический стресс, депрессивность, застенчивость, эмоциональная лабильность, социальное окружение, базисные убеждения.

**Для цитаты:**

Харламенкова Н.Е., Зайцев О.С., Никитина Д.А., Кормилицына А.Н. Эмоционально-личностные особенности пациентов с диагнозом менингиома при выраженном посттравматическом стрессе [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 4. С. 150–167. doi: 10.17759/psycljn.2018070409

**For citation:**

Kharlamenkova N.E., Zaitsev O.S., Nikitina D.A., Kormilitsyna A.N. Emotional Personality Characteristics of Patients Diagnosed with Meningioma with Severe Post-Traumatic Stress [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 4, pp. 150–167. doi: 10.17759/psycljn.2018070409 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

В настоящее время исследование посттравматического стресса как одного из психологических последствий влияния на человека стрессоров высокой интенсивности является актуальной и высоко востребованной темой не только в науке, но и в разных сферах практики. Специальное внимание уделяется изучению посттравматического стресса, связанного с переживаниями, вызванными постановкой диагноза «угрожающее жизни заболевание». Замечено, например, что даже при благоприятном физическом состоянии человека, которому была сделана операция по поводу онкологического заболевания, его психическое состояние не всегда оценивается как удовлетворительное, поэтому целью реабилитации становится не только восстановление физического здоровья, но и оказание психологической помощи.

В области изучения последствий «невидимых» стрессоров высокой интенсивности данный вопрос активно дискутируется с 1994 года, когда в перечень психотравмирующих событий были включены угрожающие жизни заболевания. Механизм психотравматизации при переживании опасных для жизни заболеваний имеет свою специфику в силу того, что данный тип стрессоров является «информационным». В этом случае переживание воздействия стрессора высокой интенсивности может быть в большей степени опосредовано личностными характеристиками больного.

Несмотря на значимость изучения личностных особенностей при анализе психологических последствий воздействия стрессора «угрожающее жизни заболевание», их вклад в совладание с интенсивными переживаниями до сих пор оказывается малоизученным. Более того, например, при обследовании пациентов

с опухолями головного мозга неврологическая симптоматика часто ошибочно подменяется психиатрической [17; 24; 27; 28; 32] и даже при правильной постановке диагноза исключает изучение психологической картины болезни. Эти ошибки в первую очередь возникают при постановке диагноза «менингиома».

Менингиома – это доброкачественная опухоль паутинной мозговой оболочки мозга разной локализации. Несмотря на доброкачественный характер, данная опухоль может угрожать жизни по причине риска перерождения в злокачественное образование [25]. Малочисленность психологических исследований, проводимых на группах больных, оперированных по поводу менингиомы, можно объяснить существенным влиянием неврологической симптоматики. Тем не менее этот факт не исключает возможности изучения психологических последствий постановки диагноза менингиомы при наличии слабо выраженных неврологических симптомов и минимальных когнитивных нарушений. Этот вывод подтверждается тем, что различия между пациентами, оперированными по поводу менингиомы, в большей степени обусловлены не локализацией опухоли и неврологической симптоматикой, а травматичностью переживания этого события и уровнем посттравматического стресса [21; 22].

Тяжелое соматическое заболевание, угрожающее жизни человека, вызывает не только физическое страдание и боль, но и целый комплекс переживаний – тревогу, депрессию, уныние, чувство вины, которые усугубляют соматическое и психическое состояние человека [23; 31]. Осведомленность о том, что тяжелые, в том числе онкологические, заболевания часто сопровождаются переживанием депрессии и тревоги, ставит перед современными учеными и практиками вопрос о необходимости оказания больному человеку квалифицированной психологической помощи [19; 20]. Однако результативность этой интервенции может быть высокой, если субъект окажется готовым принять помощь, т.е. будет мотивирован на обращение за социальной поддержкой.

Несмотря на очевидную зависимость тяжелобольного человека от окружающих его людей, он не всегда открыт общению и часто занимает отстраненную позицию. Показано, например, что в поведении онкологических больных может наблюдаться преобладание покорно-застенчивого стиля общения [2], возникать дистанция в отношениях с другими людьми как следствие переживания робости, страха, социальной тревожности. По мнению И.В. Никитиной и А.Б. Холмогоровой, застенчивость не является психическим расстройством и, в отличие от социальной фобии, выступает в качестве непатологической черты характера [7], тем не менее также сдерживает активность субъекта, влияет на уровень его функционирования, ограничивает возможности построения перспективных планов [1; 10; 26]. Определяя застенчивость как тревогу и дискомфорт, возникающие в ситуациях оценки субъекта значимыми людьми [16], исследователи формулируют новые вопросы. Данные вопросы касаются индивидуально-психологических различий в проявлении застенчивости [3; 5], причин ее возникновения, а также связи с другими эмоциональными реакциями [8].

Интересными являются исследования, в которых застенчивость, депрессия, раздражительность, аффект, эмоциональная стабильность сопоставляются с разными модусами эмоциональной самоэффективности в управлении гневом, унынием, страхом, виной и др. [18]. Показано, например, что чем меньше человек способен справляться с унынием и печалью, тем интенсивнее он переживает депрессию; чем хуже он регулирует уныние/печаль и стыд/смущение, тем сильнее он чувствует себя застенчивым. Более глубокое понимание застенчивости возникает и при исследовании различий в уровне чувствительности человека к позитивной, негативной и амбивалентной лицевой экспрессии, оцененной по показателям нейронной активности головного мозга [30]. Выявлено, что в отличие от людей с низким уровнем застенчивости, которые оказались более восприимчивыми к положительной лицевой экспрессии слабой интенсивности, застенчивые люди больше фиксируются на негативной и амбивалентной лицевой экспрессии умеренной интенсивности.

Сопоставляя разные модели социальной тревожности – интерперсональную и когнитивную – И.В. Никитина и А.Б. Холмогорова отмечают, что значительную роль в развитии разного рода расстройств играют неблагоприятные социальные отношения [8]. Исследуя связь между социальной фобией и особенностями семейной истории (тревожностью, детской застенчивостью, травматическим опытом, нейротизмом, экстраверсией), Р.Т. Стэмбергер и др. выделили подтипы социальной фобии: *генерализованный*, характеризующийся более высоким уровнем нейротизма и высокими показателями застенчивости в детстве, низким уровнем экстраверсии; и *специфический*, определяемый наличием в семейной истории большого числа психотравмирующих событий. Оказалось, что при наличии одновременно двух показателей – детской застенчивости и высокой частоты психотравмирующих событий – риск развития социальной фобии значительно возрастает [29].

При анализе психологических последствий переживания по поводу угрожающего жизни заболевания важно учитывать внутреннюю субъективную картину болезни человека, который продолжает активно взаимодействовать с другими людьми. В ситуациях социального общения происходят оценка больным своего Я и сравнение со здоровыми людьми, повышается чувствительность к оценкам других людей. С одной стороны, возникает страх быть воспринятым другими иначе, чем это было раньше, что приводит к повышению эмоциональной лабильности.

С другой стороны, пациент сам начинает переживать состояние дисфункциональности, возникает чувство неполноценности, которое сопровождается повышенной депрессивностью и застенчивостью. Эти особенности описывают в своем исследовании Е.Г. Щукина и Л.С. Булыгина, отмечая, что для людей, имеющих онкологическое заболевание, в качестве доминирующей выступает субъективная оценка пациентом реакции референтной группы на собственное заболевание; появляются застенчивость, робость, склонность к извиняющемуся поведению [15].

Высокий уровень тревожности пациентов с психосоматическими заболеваниями может быть связан как с эмоциональной лабильностью и застенчивостью, так и с виктимным поведением. Застенчивость и склонность к виктимному поведению на фоне общей тревожности часто образуют особый конструкт, который модифицирует структурную и функциональную организацию личности больных [11]. При развитии меланхолического типа отношения к болезни у пациентов могут присутствовать и признаки застенчивости, и признаки спонтанной агрессивности. Последняя – в виде аутоагрессивных реакций [4]. Такое проявление агрессии связано с повышенным чувством вины, покорно-застенчивым стилем общения, характерным для больных, имеющих угрожающее жизни заболевание [1; 2]. Застенчивость в этом случае определяется комплексом эмоциональных реакций – страхом, эмоциональной возбудимостью, тревожностью, а также фрустрацией [6]. Эти данные косвенно указывают на то, что у людей, имеющих опасное для жизни заболевание, застенчивость имеет не экстравертную, а интровертную направленность.

В целом следует сказать, что депрессия, застенчивость, эмоциональная лабильность, нередко сопутствующие тяжелому соматическому заболеванию, возникают при интенсивном переживании субъектом этого события, которое становится для него психотравмирующим [13; 14]. Выступая в разных своих проявлениях, эти симптомы могут быть показателями отношения к социуму, либо показателями отношения к себе. В настоящей работе уровень психотравматизации проявляется в выраженности посттравматического стресса и его отдельных симптомов – вторжения, избегания и физиологической возбудимости, и, как предполагалось, связан с депрессивностью, застенчивостью и эмоциональной лабильностью, что и стало основанием для формулировки цели и гипотезы исследования.

*Цель исследования* – определить различия в показателях депрессивности, застенчивости и эмоциональной лабильности при сравнении групп респондентов с разным уровнем посттравматического стресса как отсроченной реакции на стрессор высокой интенсивности – угрожающее жизни заболевание.

*Гипотеза исследования:* при высоком уровне посттравматического стресса, вызванного сообщением о наличии у человека угрожающего жизни заболевания, уровень депрессивности, застенчивости и эмоциональной лабильности также оказывается высоким, причем выявленные особенности являются маркерами негативного отношения личности к себе, а не к миру.

Настоящее исследование проводилось на базе НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко Минздрава России. В рамках договора между Институтом психологии РАН и НМИЦ нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко реализуется проект, направленный на изучение психологических последствий опасного для жизни заболевания – менингиомы. Проект включает в себя процедуру обследования пациентов, которая разделена на два этапа. Первый этап проводится через 6 дней после удаления опухоли и включает в себя полуструктурированное интервью

(составители – Н.В. Тарабрина, Н.Е. Харламенкова, М.А. Падун, Л.Х. Ароян), сбор анамнеза, а также оценку самочувствия, активности и настроения (методика «Самочувствие, активность, настроение», САН). В этой статье представлена часть результатов, которые были получены на втором этапе исследования. Данный этап проводится не ранее, чем через месяц после постановки диагноза «менингиома» различной локализации. Обследование респондентов на втором этапе включает целый комплекс методик, который направлен на диагностику последствий переживания угрожающего жизни заболевания. Результаты по трем методикам из семи, используемых в исследовании, представлены в данной статье.

*Участники исследования:* пациенты, оперированные по поводу менингиомы головного мозга. Объем выборки – 25 человек (22 женского пола, 3 мужского пола) в возрасте от 30 до 70 лет, средний возраст – 55 лет; станд. отклонение по возрасту – 11,9. Пациенты подбирались с учетом наличия минимального когнитивного дефицита. Все респонденты подписывали информированное согласие.

Для проверки гипотезы применялись следующие *методики*:

1. Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale – IES-R) в адаптации Н.В. Тарабриной [12];
2. Шкала базисных убеждений (World assumptions scale, WAS) в адаптации М.А. Падун, А.В. Котельниковой [9];
3. Фрайбургский многофакторный личностный опросник (Freiburg Personality Inventory, FPI), модифицированная форма опросника В (в разработке А.А. Крылова и Т.И. Ронгинской [12]);
4. Анкета психологической безопасности, разработанная в лаборатории психологии посттравматического стресса Института психологии РАН, которая представляет собой список из 60 слов-дескрипторов, наиболее часто ассоциирующихся с психологической безопасностью. Респондентам предлагается оценить степень близости того или иного дескриптора к своему представлению о безопасности по шкале от +2 (абсолютно соответствует) до -2 (совершенно не соответствует).

При статистическом анализе данных применялся программный пакет STATISTICA 10: описательная статистика (Min – минимальное значение, Max – максимальное значение, LQ и UQ – нижний и верхний квартили, Med – медиана), критерий Краскела–Уоллиса (H), ранговая корреляция Спирмена ( $r_s$ ), U-критерий Манна–Уитни на уровне значимости  $p < 0,05$ .

## Результаты

С целью проверки гипотезы исследования выборка была разделена на две группы по показателю выраженности посттравматического стресса (ПТС); использовался квартильный анализ Интегрального показателя (ИТ) методики

«ШОВТС» (Min=0, Max=76, Med=26), где LQ (16 баллов) – нижний квартиль, а UQ (41 балл) – верхний квартиль. В первую группу «Низкий ПТС» вошли респонденты со значениями по ИТ от 0 до 16 баллов (Med=13, n=9). Во вторую группу «Высокий ПТС» вошли респонденты, ИТ которых находился в диапазоне от 17 до 76 баллов (Med=34, n=16). Такое деление было продиктовано тем, что предварительный анализ данных респондентов со средними и высокими значениями ПТС не показал различий (U критерий Манна–Уитни, Краскела–Уоллиса > 0,05) по изучаемым параметрам, поэтому данные респонденты были объединены в одну группу «Высокий ПТС».

С помощью критерия U Манна–Уитни (на уровне значимости  $p < 0,05$ ) было выявлено, что обе группы различаются по всем показателям посттравматического стресса – вторжению, избеганию, физиологическому возбуждению (методика ШОВТС) (табл. 1).

Таблица 1

**Различия по показателям посттравматического стресса  
между группами «Низкий ПТС» и «Высокий ПТС»**

Показатели ПТС	Среднее значение суммы рангов «Низкий ПТС» (n=9)	Среднее значение суммы рангов «Высокий ПТС» (n=16)	U	p-level
Вторжение	54,5	270,5	9,5	0,0005
Избегание	50,5	274,5	5,5	0,0002
Физиологическая возбудимость	67,5	257,5	22,5	0,006
Интегральный показатель	45	280	0	0,00005

*Примечание:* U – критерий Манна–Уитни, p-level – уровень значимости.

Согласно полученным данным в группе «Высокий ПТС» уровень посттравматического стресса значимо выше, в том числе и по отдельным показателям (симптомам ПТС) – вторжению, избеганию, физиологической возбудимости.

Анализ различий по показателям Фрайбургского личностного опросника, проведенный с помощью критерия U Манна–Уитни, позволил выявить различия между двумя сравниваемыми группами по таким характеристикам, как депрессивность, застенчивость и эмоциональная лабильность (табл. 2).

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что при наличии выраженного посттравматического стресса у респондентов наблюдаются более

высокие показатели по депрессивности («Низкий ПТС»: Med=4; «Высокий ПТС»: Med=6), эмоциональной лабильности («Низкий ПТС»: Med=4; «Высокий ПТС»: Med=7), застенчивости («Низкий ПТС»: Med=6; «Высокий ПТС»: Med=7).

Таблица 2

**Различия по шкалам Фрайбургского личностного опросника между группами «Низкий ПТС» и «Высокий ПТС»**

Шкалы Фрайбургского личностного опросника	Среднее значение суммы рангов «Низкий ПТС» (n=9)	Среднее значение суммы рангов «Высокий ПТС» (n=16)	U	p-level
Невроticность	115,5	209,5	70,5	0,954
Спонтанная агрессивность	112,5	212,5	67,5	0,821
Депрессивность	67,5	257,5	22,5	0,006*
Раздражительность	97,5	227,5	52,5	0,282
Общительность	133	192	56	0,380
Уравновешенность	100,5	224,5	55,5	0,365
Реактивная агрессивность	143	182	46	0,149
Застенчивость	77	248	32	0,03*
Открытость	111	214	66	0,756
Экстраверсия – интроверсия	133	192	56	0,380
Эмоциональная лабильность	78,5	246,5	33,5	0,03*
Маскулинизм – феминизм	131	194	58	0,445

Примечание: \* – значимые различия.

Отметим, что выявленные различия по показателям депрессивности, застенчивости, эмоциональной лабильности не обязательно указывают на избегание социального контакта, а, вероятнее всего, маркируют особые внутренние переживания, связанные с неуверенностью и аутоагрессией, которая может сопутствовать ПТС при угрожающих жизни заболеваниях.

Для проверки данного предположения был проведен корреляционный анализ связи депрессивности, застенчивости и эмоциональной лабильности с дескрипторами Анкеты психологической безопасности (критерий Спирмана  $r_s$ ,



$p < 0,05$ ). Особое внимание уделялось связям с дескрипторами, которые имеют отношение к социальной поддержке, социальным отношениям («надежное окружение», «помощь, поддержка» и др.). Были выявлены связи депрессивности с дескриптором «самосохранение» ( $r_s = -0,46$ ,  $p = 0,022$ ), застенчивости – с показателем «отстраненность от реальности» ( $r_s = 0,42$ ,  $p = 0,038$ ), эмоциональной лабильности – с дескриптором «надежда на лучшее» ( $r_s = 0,43$ ,  $p = 0,032$ ). Отсутствие связей с показателями социальной поддержки отношения к близким и друзьям, другим людям в целом косвенно подтверждает предположение о том, что при выраженном ПТС сопряженные с ним высокие показатели застенчивости, депрессивности и эмоциональной лабильности, указывают не столько на избегание социальных контактов, сколько на интравертную направленность человека, имеющего тяжелое соматическое заболевание. Для дополнительной проверки этого предположения было решено проверить наличие или отсутствие значимых связей между показателями застенчивости, депрессивности, эмоциональной лабильности и показателями методики «Шкала базисных убеждений» (табл. 3).

Таблица 3

**Связи показателей методики «Шкала базисных убеждений»  
и депрессивности, застенчивости и эмоциональной лабильности  
у больных с диагнозом «менингиома»**

Показатели методики «Шкала базисных убеждений»	Шкалы Фрайбургского личностного опросника		
	Депрессивность	Застенчивость	Эмоциональная лабильность
Доброжелательность окружающего мира	0,157	0,234	0,126
Справедливость	-0,25	-0,29	-0,05
Образ Я	-0,33	-0,47*	-0,12
Удача	-0,53**	-0,56**	-0,29
Убеждение в контроле	-0,39*	-0,53**	-0,35

Примечание: \* – значимые связи на уровне  $p < 0,05$ , \*\* – значимые связи на уровне  $p < 0,01$ .

Полученные данные подтверждают наше предположение о том, что при высоком уровне посттравматического стресса, вызванного сообщением о наличии у человека угрожающего жизни заболевания, уровень депрессивности, застенчивости и эмоциональной лабильности также оказывается высоким, причем выявленные особенности являются маркерами негативного отношения личности к себе, а не к миру. Сделанный вывод касается двух из трех характеристик – депрессивности и застенчивости. Показано, что связи этих особенностей с базисными убеждениями относительно *социального мира* – его

доброжелательности и справедливости – оказались незначимыми, тогда как наличие связи с базисными убеждениями человека относительно *своей личности* – образом Я, удачей и убеждением в контроле – было статистически подтверждено.

Отсутствие сопряженности эмоциональной лабильности с базисными убеждениями, скорее всего, отражает нестабильные переживания человека по поводу последствий угрожающего жизни заболевания. Однако стоит отметить, что при наличии высоких значений по показателю застенчивости именно эмоциональная лабильность может стать пусковым механизмом в развитии реакции аутоагрессии. Связь депрессивности с убеждениями о собственной удачливости косвенно указывает на наличие тенденции обвинять в случившемся именно себя. Из этого следует, что при обследовании группы людей, имеющих угрожающее жизни заболевание, необходимо проводить анализ не отдельных личностных характеристик, а оценивать их профиль, его особую конфигурацию и выявлять механизмы, коррекция которых может способствовать более благоприятным исходам реабилитационных мероприятий.

### Выводы

1) Одним из психологических последствий постановки человеку диагноза «менингиома» – угрожающего жизни заболевания – является посттравматический стресс разного уровня интенсивности.

2) У людей с диагнозом «менингиома» высокому уровню посттравматического стресса сопутствуют высокие показатели депрессивности, застенчивости и эмоциональной лабильности.

3) Отсутствие связей депрессивности и застенчивости с показателями социальной поддержки указывает на наличие аутоагрессии либо на интравертную направленность личности.

4) Значимые связи показателей базисных убеждений относительно своей личности (Образ Я, Удача, Убеждение в контроле) с депрессивностью и застенчивостью и отсутствие таких связей с убеждениями о социальном мире (Доброжелательность окружающего мира и Справедливость) подтверждают предположение о том, что выявленные особенности являются маркерами негативного отношения личности к себе, а не к миру.

### Финансирование

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского Фонда Фундаментальных Исследований (РФФИ) (проект № 18-013-00324 «Эмоционально-личностные изменения у больных менингиомой в постоперационном периоде»).

## Литература

1. *Василенко Т.В.* Трансформация социальной идентичности в ситуации онкологического заболевания у женщин // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2011. № 1: [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/transformatsiya-sotsialnoy-identichnosti-v-situatsii-onkologicheskogo-zabolevaniya-u-zhenschin>. (Дата обращения: 07.07.2018).
2. *Иванова Н.Л., Румянцева Т.В.* Социальная идентичность: теория и практика. М.: Изд-во СГУ. 2009. 453 с.
3. *Каменева Г.Н., Радоев М.* Гендерная идентичность как социокультурная детерминанта застенчивости // Вестник РУДН. Серия Психология и педагогика. 2014. № 2. С. 50–54.
4. *Кожевникова О.В., Закирова З.З.* Изучение отношения клиентов к болезни как условие реабилитации // Социальная работа в поликультурном обществе: Материалы Международной научно-практической конференции 30-31 мая 2011 г. / Под ред. О.В. Солодянкиной. Ижевск: Изд-во «Удмуртский университет». 2011. С. 188–196.
5. *Краснова Л.В., Торохина Л.А.* Психологический анализ феномена застенчивости // Вестник Адыгейского государственного университета. 2005. № 1. С. 122–124.
6. *Миронова Т.Л., Кункурдонова Н.Б.* Взаимосвязь личностных свойств и особенностей эмоциональной сферы у больных туберкулезом // Вестник Бурятского государственного университета. 2012. № 5. С. 51–58. - ISSN 1994-0866.
7. *Никитина И.В., Холмогорова А.Б.* Социальная тревожность: содержание понятия и основные направления изучения. Ч. 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20. № 1. С. 80–85.
8. *Никитина И.В., Холмогорова А.Б.* Социальная тревожность: содержание понятия и основные направления изучения. Ч. 2 // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21. № 1. С. 60–67.
9. *Падун М.А., Котельникова А.В.* Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман // Психологический журнал. 2008. Т. 29. № 4. С. 98–106.
10. *Ральникова И.А.* Застенчивость: проектирование жизненных перспектив на юношеском этапе социализации // Известия Алтайского государственного университета. 2011. № 2. С. 59–63.
11. *Соловьева С.Л.* Переживание тревоги больными с психосоматическими заболеваниями // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, ноябрь, 2012 г. – Вып. XII. / Под общей редакцией В.И. Мазурова. СПб: Изд-во «Альта Астра», 2012. С. 231–237.

Харламенкова Н.Е., Зайцев О.С., Никитина Д.А.,  
Кормилицына А.Н. Эмоционально-личностные  
особенности пациентов с диагнозом менингиома  
при выраженном посттравматическом стрессе  
Клиническая и специальная психология  
2018. Том 7. № 4. С. 150–167.

Kharlamenkova N.E., Zaitsev O.S., Nikitina D.A.,  
Kormilitsyna A.N. Emotional Personality  
Characteristics of Patients Diagnosed with  
Meningioma with Severe Post-Traumatic  
Stress Clinical Psychology and Special Education  
2018, vol. 7, no. 4, pp. 150–167.

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

13. Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н.Е. Онкопсихология. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. 176 с.

14. Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А. Посттравматический стресс и психопатологическая симптоматика при тяжелых соматических заболеваниях // Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание / Под ред. А.Л. Журавлева, Н.В. Тарабриной, Е.А. Сергиенко, Н.Е. Харламенковой. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 242–263.

15. Щукина Е.Г., Булыгина Л.С. Особенности типов отношения к болезни у женщин со злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы // Экология человека. 2006. № 9. С. 57–60.

16. Asendorpf J.B. Shyness as a final common pathway for two different kinds of inhibition // Journal of Personality and Social Psychology. 1989. Vol. 57. № 3. P. 481–492. doi:10.1037/0022-3514.57.3.481.

17. Assefa D., Haque F. N., Wong A. Case report: Anxiety and fear in a patient with meningioma compressing the left amygdala // Neurocase. 2012. Vol. 18. № 2. P. 91–94. doi:10.1080/13554794.2011.556126.

18. Caprara G.V., Di Giunta L., Pastorelli C., et al. Mastery of negative affect: A hierarchical model of emotional self-efficacy beliefs // Psychological Assessment. 2013. Vol. 25. № 1. P. 105–116. doi:10.1037/a0029136.

19. Desautels C., Savard J., Ivers H., et al. Treatment of depressive symptoms in patients with breast cancer: A randomized controlled trial comparing cognitive therapy and bright light therapy // Health Psychology. 2018. Vol. 37. № 1. P. 1–13. doi:10.1037/hea0000539.

20. Jacobsen P.B., Andrykowski M.A. Tertiary prevention in cancer care: Understanding and addressing the psychological dimensions of cancer during the active treatment period // American Psychologist. 2015. Feb-Mar. Vol. 70. № 2. P. 134–145. doi:10.1037/a0036513.

21. Kangas M., Williams J.R., Smee R.I. Benefit finding in adults treated for benign meningioma brain tumours: Relations with psychosocial wellbeing // Brain Impairment. 2011. Vol. 12. № 2. P. 105–116.

22. Kangas M., Williams J.R., Smee R.I. The association between post-traumatic stress and health-related quality of life in adults treated for a benign meningioma // Applied Research in Quality of Life. 2012. Vol. 7. № 2. P. 163–182. doi: 10.1007/s11482-011-9159-1.

23. Low C.A., Stanton A.L. Activity disruption and depressive symptoms in women living with metastatic breast cancer // Health Psychology. 2015. Vol 34. № 1. P. 89–92. doi: 10.1037/hea0000052.

24. *Madhusoodanan S., Patel S., Reinharth J., et al.* Meningioma and psychiatric symptoms: A case report and brief review // *Annals of Clinical Psychiatry*. 2015. Vol. 27. № 2. P. 126–133.
25. *Mainio A., Hakko H., Niemelä A., et al.* The effect of brain tumour laterality on anxiety levels among neurosurgical patients // *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2003. Vol. 74. № 9. P. 1278–1282. doi: 10.1136/jnnp.74.9.1278.
26. *Nelson L.J., Coyne S.M., Howard E., et al.* Withdrawing to a virtual world: Associations between subtypes of withdrawal, media use, and maladjustment in emerging adults // *Developmental Psychology*. 2016. Vol. 52. № 6. P. 933–942. doi:10.1037/dev0000128.
27. *Radzik J., Zawadzka A., Leszek J., et al.* The course of meningioma of the olfactory groove in a patient a 7-year long psychiatric history: Case study, and diagnostic difficulties // *Psychogeriatrics Polska*. 2009. Vol. 6. № 3. P. 135–139.
28. *Schwartz A.C., Afejuku A., Garlow S.J.* Bifrontal meningioma presenting as postpartum depression with psychotic features // *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*. 2013. Vol. 54. № 2. P. 187–191. doi:10.1016/j.psych.2012.01.011.
29. *Stemberger R.T., Turner S.M., Beidel D.C., et al.* Social phobia: An analysis of possible developmental factors // *Journal of Abnormal Psychology*. 1995. Vol. 104. № 3. P. 526–531. doi: 10.1037/0021-843X.104.3.526.
30. *Tatham E.L., Schmidt L.A., Beaton E.A., et al.* Processing of affective faces varying in valence and intensity in shy adults: An event-related fMRI study // *Psychology and Neuroscience*. 2013. Vol. 6. № 1. P. 57–65. doi: 10.3922/j.psns.2013.1.09.
31. *Trudel-Fitzgerald C., Tworoger S.S., Poole E.M., et al.* Psychological symptoms and subsequent healthy lifestyle after a colorectal cancer diagnosis // *Health Psychology*. 2018. Vol. 37. № 3. P. 207–217. doi:10.1037/hea0000571.
32. *Tsai M.C., Huang T.L.* Generalized anxiety disorder in a patient prior to the diagnosis of left temporal lobe meningioma: A case report // *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2009. Vol. 33. № 6. P. 1082–1083. doi:10.1016/j.pnpbp.2009.05.021.

# Emotional Personality Characteristics of Patients Diagnosed with Meningioma with Severe Post-Traumatic Stress

**Kharlamenkova N.E.,**

*Doctor in Psychology, professor, Institute of Psychology of Russian Academy of Science,  
Moscow, Russia, nataly.kharlamenkova@gmail.com*

**Zaitsev O.S.,**

*Doctor in Medicine, psychiatrist, N.N. Burdenko National Scientific and Practical Center for  
Neurosurgery, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia, ozaitsev@nsi.ru*

**Nikitina D.A.,**

*postgraduate student, Institute of Psychology of Russian Academy of Science, Moscow, Russia,  
d.a.nikitina@yandex.ru*

**Kormilitsyna A.N.,**

*psychiatrist, N.N. Burdenko National Scientific and Practical Center for Neurosurgery,  
Ministry of Health of The Russian Federation, Moscow, Russia, kormilitsyna.anna@mail.ru*

---

The results of the study on post-traumatic stress rates and individual indicators arising in response to the diagnosis of a life-threatening disease are being analyzed. The participants of the study are the patients of Burdenko National Medical Research Center of Neurosurgery, Ministry of Health of the Russian Federation (n = 25) diagnosed with meningioma. It has been shown that one of the psychological consequences of the diagnosis of “meningioma” is post-traumatic stress of different intensity rates. Increased depression, shyness and emotional lability are associated with high post-traumatic stress rates. The comparison of the triad of emotional-personal characteristics, social support indicators (according to the Psychological Safety Questionnaire) and basic assumptions (according to the World Assumptions Scale) made it possible to verify the research hypothesis. It has been revealed that high rates on depression and shyness scales (according to the Freiburg Personality Inventory) do not reflect the tendency to avoid social contact, but indirectly indicate the presence of auto-aggression or introverted orientation directed to oneself in people diagnosed with this disease.

**Keywords:** life-threatening disease, meningioma, post-traumatic stress, depression, shyness, emotional lability, social environment, basic assumptions.

## Funding

This work supported by the Russian Foundation for Basic Research (RFBR) (project № 18-013-00324 "Emotional and personality changes in patients with meningioma during postoperative period").

## References

1. Vasilenko T.V. Transformatsiya sotsial'noi identichnosti v situatsii onkologicheskogo zabolevaniya u zhenshchin [Transformation of social identity in the situation of women cancer]. *Uchenye zapiski. Elektronnyi nauchnyi zhurnal Kurskogo gosudarstvennogo universiteta* [Scientific notes. Electronic scientific journal of Kursk state University], 2011, no. 1: [Elektronnyi resurs]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/transformatsiya-sotsialnoy-identichnosti-v-situatsii-onkologicheskogo-zabolevaniya-u-zhenshchin> (Accessed 07.07.2018).
2. Ivanova N.L., Rumyantseva T.V. Sotsial'naya identichnost': teoriya i praktika [Social identity: theory and practice]. Moscow: publ. of SGU. 2009. 453 p.
3. Kameneva G.N., Radoev M. Gendernaya identichnost' kak sotsiokul'turnaya determinanta zastenчивosti [Gender identity as a socio-cultural determinants of consciousness]. *Vestnik RUDN. Seriya Psikhologiya i pedagogika* [Bulletin of RUDN. Psychology and pedagogy series], 2014, no. 2, pp. 50–54.
4. Kozhevnikova O.V., Zakirova Z.Z. Izuchenie otnosheniya klientov k bolezni kak uslovie reabilitatsii [The study of clients' attitude to the disease as a condition of rehabilitation]. In *Sotsial'naya rabota v polikul'turnom obshchestve: Materialy Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferentsii 30-31 maya 2011 g.* [Social work in a multicultural society: Materials of the International scientific-practical conference]. Izhevsk: Udmurtskii universitet, 2011, pp. 188–196.
5. Krasnova L.V., Torokhina L.A. Psikhologicheskii analiz fenomena zastenчивosti [Psychological analysis of the phenomenon of consciousness]. *Vestnik Adygeiskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Adyge state University], 2005, no. 1, pp. 122–124.
6. Mironova T.L., Kunkurdonova N.B. Vzaimosvyaz' lichnostnykh svoystv i osobennostei emotsional'noi sfery u bol'nykh tuberkulezom [The relationship of personal characteristics and peculiarities of emotional sphere in patients with tuberculosis]. *Vestnik Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of the Buryat State University], 2012, no. 5, pp. 51–58.
7. Nikitina I.V., Kholmogorova A.B. Sotsial'naya trevozhnost': sodержanie ponyatiya i osnovnye napravleniya izucheniya. Ch. 1 [Social anxiety: the content of the concept and the

main directions of study. Part 1]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiaetriya [Social and clinical psychiatry]*, 2010, vol. 20, no. 1, pp. 80–85.

8. Nikitina I.V., Kholmogorova A.B. Sotsial'naya trevozhnost': sodержanie ponyatiya i osnovnye napravleniya izucheniya. Ch. 2 [Social anxiety: the content of the concept and the main directions of study. Part 2]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiaetriya [Social and clinical psychiatry]*, 2011, vol. 21, no. 1, pp. 60–67.

9. Padun M.A., Kotel'nikova A.V. Modifikatsiya metodiki issledovaniya bazisnykh ubezhdenii lichnosti R. Yanoff-Bul'man [Methods modification of R. Yanoff-Boulemane' investigation of the individual basic beliefs]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 2008, vol. 29, no. 4, pp. 98–106.

10. Ral'nikova I.A. Zastenchivost': proektirovanie zhiznennykh perspektiv na yunosheskom etape sotsializatsii [Shyness: design the life prospects of youth stage of socialization]. *Izvestiya Altaiskogo gosudarstvennogo universiteta [News of Altai state University]*, 2011, no. 2, pp. 59–63.

11. Solov'eva S.L. Perezhivanie trevogi bol'nymi s psikhosomaticheskimi zabolevaniyami [Experience of anxiety in patients with psychosomatic diseases]. In *V.I. Mazurov Aktual'nye problemy psikhosomatiki v obshchemeditsinskoj praktike [Actual problems of psychosomatics in General medical practice]*. Saint-Petersburg: Al'ta Astra, 2012. pp. 231–237.

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

13. Tarabrina N.V., Vorona O.A., Kurchakova M.S., Padun M.A., Shatalova N.E. Onkopsikhologiya [Oncopsychology]. Moscow: Publ. of Institute of Psychology RAS, 2010. 176 p.

14. Tarabrina N.V., Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A. Posttravmaticheskii stress i psikhopatologicheskaya simptomatika pri tyazhelykh somaticheskikh zabolevaniyakh [Post-Traumatic stress and psychopathological symptoms in severe somatic diseases]. In *A.L. Zhuravlev, N.V. Tarabrina, E.A. Sergienko, N.E. Kharlamenkova Psikhologiya povsednevnogo i travmaticheskogo stressa: ugrozy, posledstviya i sovladanie [Psychology of daily and traumatic stress: threats, consequences and coping]*. Moscow: Publ. of Institute of Psychology RAS, 2016, pp. 242–263.

15. Shchukina E.G., Bulygina L.S. Osobennosti tipov otnosheniya k bolezni u zhenshin so zlokachestvennymi novoobrazovaniyami organov reproduktivnoi sistemy [Types of attitude to the disease in women with malignant tumors of the reproductive system and their peculiarities]. *Ekologiya cheloveka [Human ecology]*, 2006, no. 9, pp. 57–60.

16. Asendorpf J.B. Shyness as a final common pathway for two different kinds of inhibition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, vol. 57, no. 3, pp. 481–492. doi:10.1037/0022-3514.57.3.481.



17. Assefa D., Haque F. N., Wong A. Case report: Anxiety and fear in a patient with meningioma compressing the left amygdala. *Neurocase*, 2012, vol. 18, no. 2, pp. 91–94. doi:10.1080/13554794.2011.556126.
18. Caprara G.V., Di Giunta L., Pastorelli C., et al. Mastery of negative affect: A hierarchical model of emotional self-efficacy beliefs. *Psychological Assessment*, 2013, vol. 25, no. 1, pp. 105–116. doi:10.1037/a0029136.
19. Desautels C., Savard, J., Ivers H., et al. Treatment of depressive symptoms in patients with breast cancer: A randomized controlled trial comparing cognitive therapy and bright light therapy. *Health Psychology*, 2018, vol. 37, no. 1, pp. 1–13. doi:10.1037/hea0000539.
20. Jacobsen P.B., Andrykowski M.A. Tertiary prevention in cancer care: Understanding and addressing the psychological dimensions of cancer during the active treatment period. *American Psychologist*, 2015, vol. 70, no. 2, pp. 134–145. doi:10.1037/a0036513.
21. Kangas M., Williams J.R., Smee R.I. Benefit finding in adults treated for benign meningioma brain tumours: Relations with psychosocial wellbeing. *Brain Impairment*, 2011, vol. 12, no. 2, pp. 105–116.
22. Kangas M., Williams J.R., Smee R.I. The association between post-traumatic stress and health-related quality of life in adults treated for a benign meningioma. *Applied Research in Quality of Life*, 2012, vol. 7, no. 2, pp. 163–182. doi. 10.1007/s11482-011-9159-1.
23. Low C.A., Stanton A.L. Activity disruption and depressive symptoms in women living with metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 2015, vol. 34, no. 1, pp. 89–92. doi: 10.1037/hea0000052.
24. Madhusoodanan S., Patel S., Reinharth J., Hines A., et al. Meningioma and psychiatric symptoms: A case report and brief review. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2015, vol. 27, no. 2, pp. 126–133.
25. Mainio A., Hakko H., Niemelä A., et al. The effect of brain tumour laterality on anxiety levels among neurosurgical patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2003, 74, no. 9, pp. 1278–1282. doi: 10.1136/jnnp.74.9.1278.
26. Nelson L.J., Coyne S.M., Howard E., et al. Withdrawing to a virtual world: Associations between subtypes of withdrawal, media use, and maladjustment in emerging adults. *Developmental Psychology*, 2016, vol. 52, no. 6, pp. 933–942. doi:10.1037/dev0000128.
27. Radzik J., Zawadzka A., Leszek J., et al. The course of meningioma of the olfactory groove in a patient a 7-year long psychiatric history: Case study, and diagnostic difficulties. *Psychogeriatría Polska*, 2009, vol. 6, no. 3, pp. 135–139.

28. Schwartz A.C., Afejuku A., Garlow S.J. Bifrontal meningioma presenting as postpartum depression with psychotic features. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 2013, vol. 54, no. 2, pp. 187–191. doi:10.1016/j.psych.2012.01.011.
29. Stemberger R.T., Turner S.M., Beidel D.C., et al. Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 1995, vol. 104, no. 3, pp. 526–531. doi: 10.1037/0021-843X.104.3.526.
30. Tatham E.L., Schmidt L.A., Beaton E.A., et al. Processing of affective faces varying in valence and intensity in shy adults: An event-related fMRI study. *Psychology and Neuroscience*, 2013, vol. 6, no. 1, pp. 57–65. doi: 10.3922/j.psns.2013.1.09.
31. Trudel-Fitzgerald C., Tworoger S.S., Poole E.M., et al. Psychological symptoms and subsequent healthy lifestyle after a colorectal cancer diagnosis. *Health Psychology*, 2018, vol. 37, no. 3, pp. 207–217. doi:10.1037/hea0000571.
32. Tsai M.C., Huang T.L. Generalized anxiety disorder in a patient prior to the diagnosis of left temporal lobe meningioma: A case report. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 2009, vol. 33, no. 6, pp. 1082–1083. doi:10.1016/j.pnpbp.2009.05.021.