

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ
ЭЛЕКТРОННЫЙ
ЖУРНАЛ**

2019. Том 8, № 4

2019. Vol. 8, no 4

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Еремина Д.А.** Изучение когнитивного функционирования в кардиохирургической клинике: методология и перспективные направления исследований 1–22

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Бердников Д.В., Ефанова М.Г., Ткаченко П.В.** Влияние оргазма на развитие сексуальных переживаний женщин различных возрастных групп 23–38
- Медведева В.А., Кадыров Р.В.** Отношение к жизни и смерти у подростков с онкологическими заболеваниями 39–57
- Певнева А.Н.** Динамика качества жизни матери ребенка с церебральным параличом 58–73
- Польская Н.А., Соловьянова Ю.А.** Нарциссические черты личности и их взаимосвязь с разными аспектами самооценки в молодежной выборке 74–92
- Сергиенко А.И.** Эмоциональная дезадаптация и посттравматический рост родителя ребенка с ОВЗ: связь с субъективным восприятием тяжести симптоматики и с возрастом ребенка 93–106
- Симаева И.Н., Бударина А.О., Хитрюк В.В., Вайткене О.В.** Психологические предикторы бродяжничества подростков 107–122

ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Дьяков С.И.** Семантическая репрезентация деструктивного опыта в системе психической самоорганизации личности 123–137

МЕТОДЫ И МЕТОДИКИ

- Плакунова В.В., Тхостов А.Ш., Алфимова М.В.** Модификация задачи «Приложение усилий для получения вознаграждения» (EEfRT) для изучения мотивации больных шизофренией 138–155

CONTENT

THEORETICAL RESEARCH

- Eremina D.A.** The Study of Cognitive Functioning in the Cardiac Surgery Clinic: Methodology and Promising Areas of Research 1–22

EMPIRICAL RESEARCH

- Berdnikov D.V., Efanova M.G., Tkachenko P.V.** The Impact of Orgasm on the Development of Female Sexual Experiences at Different Age Stages 23–38
- Medvedeva V.A., Kadyrov R.V.** Attitude to Life and Death in Adolescents with Oncological Disease 39–57
- Pevneva A.N.** The Dynamics of the Quality of Life of Mothers Bringing Up Children with Cerebral Palsy 58–73
- Polskaya N.A., Solovyanova Y.A.** Narcissistic Features of Personality and Their Correlation with Self-attitude in Young Adult Sample 74–92
- Sergienko A.I.** Emotional Disadaptation and Post-Traumatic Growth in Parents of Children with Disabilities: A Link with Severity of Symptoms and the Age of the Child 93–106
- Simaeva I.N., Budarina A.O., Khitryuk V.V., Vaitkene O.V.** Psychological Predictors of Vagrancy in Adolescents 107–122

APPLIED RESEARCH

- Diyakov S.I.** Semantic Representation of Destructive Experience in the System of Mental Self-Organization of Personality 123–137

METHODS AND TECHNIQUES

- Plakunova V.V., Tkhostov A.Sh., Alfimova M.V.** Modification of the Effort Expenditure for Rewards Task (EEfRT) for Motivation Studies in Schizophrenia Patients 138–155

Изучение когнитивного функционирования в кардиохирургической клинике: методология и перспективные направления исследований

Еремина Д.А.,

кандидат психологических наук, старший преподаватель, кафедра медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Россия, daria.a.eremina@gmail.com

В статье рассматривается проблематика изменения мозговой деятельности у пациентов с соматическими заболеваниями в связи с основной патологией и вследствие хирургического лечения на примере изучения когнитивного функционирования пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Приводится анализ современного состояния исследований в данной области, на основании которого обосновываются и формулируются такие перспективные направления дальнейших исследований, как разработка методов и подходов, позволяющих прогнозировать возникновение и развитие когнитивных нарушений, организация и проведение своевременной диагностики изменений в познавательной деятельности, разработка профилактических и терапевтических мероприятий, изучение значения когнитивного функционирования для приверженности лечению. В статье также рассматриваются методологические подходы и основные организационные аспекты проведения подобных исследований, приводятся наиболее релевантные методы изучения когнитивного функционирования в кардиохирургической клинике.

Ключевые слова: когнитивное функционирование, коронарное шунтирование, ишемическая болезнь сердца, методология, кардиохирургия.

Для цитаты:

Еремина Д.А. Изучение когнитивного функционирования в кардиохирургической клинике: методология и перспективные направления исследований [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 4. С. 1–22. doi: 10.17759/cpse.2019080401

For citation:

Eremina D.A. The Study of Cognitive Functioning in the Cardiac Surgery Clinic: Methodology and Promising Areas of Research [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 4, pp. 1–22. doi: 10.17759/cpse.2019080401 (In Russ., abstr. in Engl.)

Наряду с традиционным изучением эмоционально-аффективных факторов развития и прогрессирования психосоматических расстройств в последние годы активно проводятся исследования, посвященные изучению когнитивных расстройств, сопутствующих различным соматическим [9; 14; 17; 34; 46]. Это направление является одним из наиболее быстро развивающихся в области клинической психологии, что определяется рядом факторов: возрастанием продолжительности жизни людей, особенно в экономически развитых странах, и, как результат, увеличением распространенности когнитивных изменений, связанных с возрастом [7; 16; 37; 45]; использованием новых технологий исследований функциональных и структурных характеристик головного мозга [8]; применением усовершенствованных методов современной патопсихологической и нейропсихологической диагностики; перспективами создания и внедрения в клиническую практику новых лекарственных средств, а также систем психотерапевтического воздействия, направленных на лечение и профилактику когнитивных расстройств.

В психологической литературе к настоящему моменту накоплено большое количество данных, свидетельствующих о наличии когнитивных нарушений при сердечно-сосудистых заболеваниях. Анализ современной психологической литературы показывает, что большинство исследований носит преимущественно медицинский характер и в подавляющем большинстве сфокусировано либо на ранних послеоперационных нарушениях, либо на отдаленных изменениях когнитивных функций [35; 39], при этом комплексные динамические исследования в этой области практически отсутствуют. Более того, современные исследователи расходятся во мнениях относительно специфики когнитивной динамики, выявляемой после операции на открытом сердце, указывая как на ухудшение когнитивных и нейрофизиологических показателей у пациентов в раннем послеоперационном периоде [3] или на отсутствие изменений [52], так и на улучшение когнитивных функций [53] после коронарного шунтирования (КШ). Помимо этого, остается открытым вопрос о разграничении сосудистых и возрастных изменений когнитивного функционирования. Наряду с достаточно подробным описанием собственно когнитивного дефицита, сопровождающего кардиальную патологию и хирургическое лечение, а также некоторых его клинических коррелятов и предположительных патогенетических механизмов [10; 16; 22; 23], фактически отсутствуют исследования клинико-психологических, социально-демографических и эмоционально-личностных факторов когнитивных нарушений, несмотря на то что отсутствие единого мнения в отношении природы когнитивных

изменений вследствие КШ диктует необходимость дальнейшего изучения этого феномена.

В связи с вышесказанным представляется актуальным проведение дальнейших исследований данной темы. Проведенные ранее исследования [24; 25] и клинический опыт позволили нам сформулировать предложения по наиболее перспективным направлениям дальнейших исследований, а также рекомендации по организации и проведению подобных исследований.

Перспективные направления исследований

Высокая распространенность когнитивных нарушений, сопутствующих психосоматическим заболеваниям [40; 41; 50], определяет актуальные направления изучения данной проблематики.

Разработка методов и подходов, позволяющих прогнозировать возникновение и развитие когнитивных нарушений. Представляется целесообразным прогнозировать развитие когнитивных расстройств с целью оптимизации последующей терапии [16], так как у 20-40% пациентов при динамическом наблюдении и адекватном своевременном лечении может наблюдаться улучшение когнитивных функций [33; 49]. Для реализации этой задачи должны проводиться исследования, направленные на выделение клинических, индивидуально-психологических и социально-психологических факторов, способных детерминировать когнитивные изменения пациентов. Наиболее перспективными являются попытки выделения подобных факторов риска еще на начальных стадиях заболевания или в предоперационный период, так как раннее выявление предрасположенности к возникновению или усугублению когнитивных расстройств обеспечивает возможность более раннего и, соответственно, более успешного терапевтического вмешательства. В частности, нашей исследовательской группой планируется разработка специального программного обеспечения, которое бы позволило по результатам психодиагностического и нейропсихологического обследований в предоперационный период предсказать вероятность развития и выраженность когнитивных нарушений.

Организация и проведение своевременной диагностики изменений в познавательной деятельности. Особую актуальность приобретают ранняя диагностика изменений в интеллектуальной деятельности под влиянием болезни [10; 23; 50], а также выявление их специфических отличий от возрастных изменений познавательных функций человека. Более того, комплексное психодиагностическое обследование, включающее как клиническую, так и нейропсихологическую диагностику, выполненное в необходимые сроки в зависимости от выбранной тактики терапевтического лечения (на разных стадиях лечебного и реабилитационного процессов), способно в значительной степени предсказать исход и степень выраженности возможных когнитивных осложнений [38; 48]. Прогрессирующее ухудшение когнитивных функций может приводить к развитию деменции, которая в свою очередь препятствует как профессиональной, так

и социальной деятельности пациента, что ассоциируется с социальной дезадаптацией и ранней инвалидизацией [18]. Риск развития деменции среди пациентов с умеренными когнитивными расстройствами составляет 10-15% в год [36]. Поэтому чрезвычайно важными являются диагностические мероприятия, направленные на выявление когнитивных нарушений на додементных стадиях для предотвращения или задержки наступления деменции.

Большинство авторов указывают на необходимость проведения обследования всех пациентов на предмет возможных когнитивных проблем [7; 10], так как на ранней, а нередко и на развернутой стадии своего течения, когнитивные нарушения могут оставаться незамеченными, если им не уделяется целенаправленное внимание и не проводится скрининговое нейропсихологическое исследование. Необходимость ранней диагностики начальных проявлений расстройств мозговой деятельности, которые в течение длительного времени могут оставаться единственным клиническим признаком неврологического расстройства, определяется также и тем, что лечение, начатое на более раннем этапе, может оказаться эффективным и позволит задержать дальнейшее ухудшение когнитивной функции [23].

Таким образом, становится очевидной необходимость разработки и внедрения унифицированного подхода к диагностике состояния когнитивной сферы пациентов кардиохирургической клиники. Представляется важным определить наиболее подходящие временные промежутки для проведения обследования (с учетом основных терапевтических мероприятий, состояния пациента, влияния тех или иных фармакологических препаратов на его актуальное состояние), а также разработать батарею тестов, наиболее релевантных задачам комплексного, детального и, наоборот, скринингового изучения состояния когнитивной сферы пациентов.

Разработка профилактических и терапевтических мероприятий. Актуальным направлением является разработка мероприятий, направленных на предотвращение формирования когнитивных нарушений, что может препятствовать ухудшению состояния больного [51] и одновременно являться профилактикой нейродегенеративных заболеваний в отдаленном послеоперационном периоде [2]. Известно, что легкие нарушения памяти, возникающие в результате микроэмболии, являются самым незначительным проявлением периоперационного ишемического повреждения головного мозга. Тогда как наиболее тяжелыми последствиями такого повреждения являются множественные или обширные периоперационные инсульты, зачастую приводящие к гибели или тяжелой инвалидизации больных [51]. Внедрение мероприятий, направленных на предотвращение послеоперационных когнитивных нарушений, может также препятствовать возникновению ишемических инсультов в периоперационном периоде [2].

Таким образом, своевременная профилактика и адекватная коррекция когнитивных нарушений позволяет упредить развитие или усугубление нарушений.

Подобные терапевтические вмешательства не только улучшают течение раннего послеоперационного или посткритического периода, но и дают возможность заметно повысить качество жизни больных в отдаленном периоде, продлить время их функциональной самостоятельности, уменьшить экономическое и социальное бремя, которое ложится на их родственников и общество [32]. Терапевтические мероприятия медицинского характера при когнитивных расстройствах должны быть направлены прежде всего на лечение основного соматического заболевания, а также на улучшение микроциркуляции и церебрального метаболизма.

Необходима разработка специальных когнитивных тренингов для пациентов кардиохирургических стационаров, а также для пациентов, которые находятся на стадии реабилитации после перенесенной операции, поскольку положительное влияние когнитивных тренингов на состояние когнитивных функций было успешно доказано. Так, по данным систематизированного обзора исследований, в которых изучались различные групповые и индивидуальные программы когнитивного тренинга, у пациентов с умеренными когнитивными расстройствами амнестического типа, обнаружено статистически значимое улучшение объективных и субъективных показателей памяти, качества жизни и настроения. Показано, что увеличение физической активности также оказывает благоприятное влияние на уровень когнитивного функционирования [30].

Изучение значения когнитивного функционирования для приверженности лечению. Значение познавательной деятельности в формировании комплаентного поведения пациента – одного из важнейших факторов эффективности лечения и реабилитации – трудно переоценить, так как непонимание больным необходимости соблюдения предписанного лечения и образа жизни может нивелировать результат, достигнутый благодаря проведенному хирургическому или консервативному лечению. С другой стороны, доказано, что пациенты с худшей когнитивной динамикой в процессе реабилитации после хирургического лечения еще на предоперационном этапе отличаются более низкой приверженностью лечению [11]. Важную роль в формировании приверженного терапии поведения (adherence to treatment) играют когнитивные установки пациентов. Так, в сравнительном исследовании больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в восстановительном периоде после КШ, приверженных и не приверженных лечению, показано, что для приверженных лечению больных характерны такие иррациональные установки, как чрезмерно высокие требования к себе, склонность к восприятию неблагоприятных событий как ужасных и непреодолимых (установки «долженствования в отношении себя» и «катастрофизации»); для неприверженных лечению пациентов – чрезмерно высокие требования к другим (установка «долженствования в отношении других») [26].

Методология и организационные аспекты изучения когнитивного функционирования

В подавляющем большинстве исследований когнитивные нарушения в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших КШ или операции на

открытом сердце, были зарегистрированы с помощью нейропсихологического тестирования. Однако несмотря на тот факт, что нейропсихологическое тестирование является наиболее широко используемым методом оценки неврологических исходов в кардиохирургии [27], правомочность и достаточность его применения остаются под вопросом. Эксперты указывают на отсутствие «золотого стандарта» эффективного использования количественных нейропсихологических тестов в подобных исследованиях [20; 28; 47]. Л.А. Бокерия с соавторами выделяют три ключевые проблемы в данной области [2]:

1) до настоящего времени остаются не полностью ясными неврологические корреляты изменений когнитивных функций, измеряемых наиболее широко используемыми тестами;

2) не достигнут консенсус в преодолении эффекта обучения, феномена регрессии к среднему и ряда других проблемных аспектов нейропсихологической оценки когнитивных функций, способных значительно исказить получаемые результаты;

3) не ясна клиническая значимость выявляемых нейропсихологических нарушений у кардиохирургических больных.

В 1994 году ведущими исследователями было принято соглашение об оптимальных подходах к диагностике послеоперационных когнитивных нарушений у кардиохирургических больных [50]. На момент принятия соглашения было установлено, что наибольшую чувствительность в данной области демонстрировали Тест на запоминание слов (Rey Auditory Verbal Learning Test, или RAVLT), Тест на установление последовательности цифр и букв (Trail Making Test, parts A and B, или TMT A and B) и Тест на тонкую моторику рук (Grooved Pegboard), и именно эти тесты были рекомендованы для оценки исходов кардиохирургии. По мнению отечественных авторов, полученные за последнее десятилетие данные диктуют необходимость пересмотреть существующие подходы к выбору тестов. Три из четырех рекомендованных в соглашении теста (TMT A, TMT B и Grooved Pegboard) оценивают уровень психомоторной скорости. Действительно, выраженное замедление психомоторной скорости регулярно регистрируется у кардиохирургических пациентов в течение первых недель после операции и затем быстро регрессирует [27]. Невербальные функции оценивались в предыдущих исследованиях исходов кардиохирургии несколько реже по сравнению с вербальной памятью. Для их оценки Л.А. Бокерия с соавторами рекомендуют использовать Тест зрительной ретенции Бентона (Benton Visual Retention Test) и субтест методики Векслера «Кубики Косса» [29].

Очевидно, что для проведения комплексного исследования когнитивного функционирования пациентов необходимо тщательно разработать методический инструментарий, отвечающий цели и задачам исследования. С опорой на многолетний клинический опыт и теоретические основания современной клинической психологии была сформирована батарея психодиагностических

методов для изучения когнитивных процессов в клинике психосоматических заболеваний. Данная батарея была многократно апробирована в комплексных лонгитюдных исследованиях когнитивного функционирования и психологических особенностей пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, подвергающихся высокотехнологическому хирургическому лечению, которые были реализованы в рамках сотрудничества между Санкт-Петербургским Государственным Университетом и Национальным Медицинским Исследовательским Центром им. В.А. Алмазова [19; 24; 25]. Результаты проведенных исследований убедительно демонстрируют эффективность разработанного методологического подхода в дифференцированной оценке динамики различных сфер когнитивного функционирования в процессе хирургического лечения и реабилитации (по сравнению с традиционно используемыми более краткими методами – Монреальской шкалой оценки когнитивных функций (МОСА) [44] и Краткой шкалой оценки психического статуса (MMSE) [31]), а также в обнаружении когнитивных нарушений легкой и умеренной степеней выраженности, имеющих принципиальное значение для прогноза пациентов, но зачастую не выявляемых при скрининговых исследованиях. Использование параллельных версий психодиагностических методов позволяет преодолеть феномен научения, а динамический многоэтапный характер наблюдения компенсирует отсутствие нормативных данных по патопсихологическим методам, которым отдается предпочтение в связи с возможностью более углубленного изучения состояния когнитивной сферы пациентов. Предложенная методология также продемонстрировала свою эффективность в выявлении факторов риска когнитивных нарушений, определении значения когнитивного функционирования для успешности реабилитационных мероприятий и социального прогноза пациентов [24; 25].

Обширный опыт практического использования разработанной методологии позволяет рекомендовать использование следующего психодиагностического инструментария для изучения когнитивных процессов в клинике психосоматических заболеваний.

Рекомендуемые методы для проведения психодиагностического исследования когнитивного функционирования

При проведении психологического диагностического эксперимента в психосоматической клинике можно использовать приведенный ниже набор нестандартизованных патопсихологических методов (технология проведения экспериментальных методов патопсихологии приведена в пособиях С.Я. Рубинштейн [21] и В.М. Блейхера с соавторами [1]).

Для изучения кратковременной механической слухоречевой памяти, динамики запоминания и объема отсроченного воспроизведения оптимально использование методики «10 слов». Она направлена на изучение кратковременной механической слухоречевой памяти и долговременной слухоречевой памяти (через отсроченное воспроизведение заученных слов), а также позволяет исследовать динамику мнестических процессов – запоминания, удержания и воспроизведения. Обычно

здоровые обследуемые воспроизводят 10 слов уже после 3-4 повторений (при тренированной памяти – после 2 повторений). Одним из способов анализа полученных результатов является построение «кривой запоминания», отражающей как ослабление активного внимания, так и выраженную утомляемость больных.

Для изучения логической памяти целесообразно использовать методику «Запоминание рассказов» – одну из наиболее широко применяемых методик, направленную на изучение состояния логической памяти обследуемого, способностей к осмыслению сюжета рассказа. Для исследования применяются специально подобранные рассказы и притчи, чаще всего поучительного характера [21].

Обследование вербально-логического мышления можно проводить с помощью «Простых аналогий». Выполнение заданий методики требует понимания логических связей и отношений между понятиями, а также умения устойчиво сохранять заданный способ рассуждений при решении длинного ряда разнообразных задач [21].

Далее приводятся методы тестовой диагностики когнитивных функций, которые целесообразно использовать в клинике психосоматических расстройств. Предлагаемый психодиагностический комплекс направлен на изучение особенностей и нарушений сенсомоторных функций, аттентивно-мнестической деятельности, вербально-логического (понятийного) мышления, пространственного анализа и синтеза:

- «Методика последовательных соединений» («Trail-Making Test», ТМТ-тест) используется для исследования концентрации и переключаемости внимания, а также темпа сенсомоторных реакций [5];

- субтесты «Сходства» и «Кубики Коса» в Шкале Векслера для исследования интеллекта взрослых (WAIS) направлены на оценку логического характера мышления, способности к выделению существенных признаков предметов и абстрагированию от конкретных или иррелевантных признаков и на исследование пространственно-конструкторского мышления соответственно [6];

- патопсихологические пробы «10 слов», «Запоминание рассказов», «Простые аналогии»;

- «Тест зрительной ретенции» А. Бентона предназначен для стандартизованного исследования таких компонентов интеллектуальной деятельности, как зрительная память, непосредственная репродукция, пространственное восприятие [5];

- «Тест интерференции» Струпа направлен на изучение когнитивной переключаемости, то есть способности испытуемого быстро реагировать на изменение условий, заданий, ситуаций [15];

- тест «Комплексная фигура Рея–Остерита» направлен на оценку зрительно-конструктивных способностей и зрительной памяти, а также используется для оценки организационных, перцептивных и моторных нарушений или стратегий решения проблем, планирования [4].

Также дополнительно рекомендуется использовать методы, направленные на изучение приверженности лечению, так как от этого показателя зависит не только эффективность лечения, но в определенной степени отношение к психологическому исследованию и достоверность его результатов. В качестве метода изучения комплаентности предлагается использовать версию Теста Мориски–Грина для оценки комплаентности пациентов, состоящую из восьми вопросов [42].

Организационные аспекты исследования

Отдельное внимание следует уделить разработке дизайна исследования в соответствии с целью и конкретными задачами исследования. Клинический и исследовательский опыт показывает, что при организации исследования когнитивного функционирования нужно учесть ряд моментов.

1. Исследование должно быть построено в соответствии с этапами лечебного процесса. При прохождении пациентами какого-либо вида лечения (консервативного или хирургического) оценка когнитивного функционирования должна проводиться до вмешательства, по его окончании, а также желательно провести катамнестическое исследование спустя 3, 6 или 12 месяцев после окончания лечения. Подобный дизайн исследования позволит выявить динамику процессов когнитивного функционирования в процессе лечения.

2. Сопоставление с нормативными данными и контрольная группа. Для выявления специфических особенностей когнитивного функционирования той или иной категории пациентов рекомендуется сопоставлять полученные данные с нормативными данными, полученными на выборке здоровых испытуемых, сопоставимой с изучаемой группой пациентов по основным социально-демографическим характеристикам. Также оправданным представляется включение в исследование контрольной группы, например, группы госпитального контроля. В случае изучения когнитивного функционирования пациентов, проходящих хирургическое лечение основной соматической патологии, в качестве контрольной группы могут быть выбраны пациенты, проходящие консервативное лечение, или пациенты, не получающие в настоящий момент никакого лечения по поводу их заболевания.

3. Ограничение по времени. Исследование когнитивных процессов с помощью патопсихологических, нейропсихологических, психометрических методов диагностики может быть утомительным для пациентов. В связи с этим необходимо учитывать тяжесть соматического и психологического состояния пациентов и ограничивать исследование по времени, чтобы не допустить искажения полученных данных под влиянием утомления и астении.

4. Согласование с лечащим врачом. Проведение исследования с конкретным пациентом необходимо согласовывать с его лечащим врачом. Психологическое исследование не должно мешать пациенту проходить все мероприятия медицинского характера, предусмотренные его планом лечения в стационаре. Следует согласовывать с лечащим врачом время и условия проведения психодиагностического обследования. Желательно, чтобы лечащий врач как наиболее значимая фигура мотивировал пациента к прохождению психологического обследования, объяснив необходимость изучения состояния его памяти, внимания, умственной работоспособности для более детальной и точной разработки схемы лечебно-диагностического и реабилитационного процессов.

5. Следует также принять во внимание текущую фармакологическую терапию, которую получает пациент. Рекомендуется не включать в экспериментальную группу пациентов, принимающих сильнодействующие препараты, способные оказать влияние на деятельность головного мозга.

6. В целях минимизации эффекта научения везде, где это возможно, следует использовать параллельные версии психодиагностических методов.

7. Результаты проведения, обработки, анализа и обобщения данных исследования представляются клиническим психологом в виде психодиагностического заключения, представляющего собой связный и структурированный текст. Заключение целесообразно строить по определенной схеме для лучшей организации представляемого в нем материала [48], однако схема может изменяться в соответствии с конкретными задачами исследования.

Таким образом, наиболее перспективными направлениями исследований в области изучения когнитивного функционирования кардиохирургических пациентов, на наш взгляд, являются: разработка методов и подходов, позволяющих прогнозировать возникновение и развитие когнитивных нарушений, организация и проведение своевременной диагностики изменений в познавательной деятельности, разработка профилактических и терапевтических мероприятий, изучение значения когнитивного функционирования для приверженности лечению. Подобные исследования должны осуществляться с помощью тщательно подобранного методологического и методического аппарата, а также с учетом специфических особенностей изучаемого контингента пациентов.

Финансирование

Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ для молодых ученых № МК-1933.2019.6.

Литература

1. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. 2-е изд. М.: изд-во МПСУ, 2006. 624 с.

Еремина Д.А. Изучение когнитивного функционирования в кардиохирургической клинике: методология и перспективные направления исследований
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 4. С. 1–22.

Eremina D.A. The Study of Cognitive Functioning in the Cardiac Surgery Clinic: Methodology and Promising Areas of Research
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 4, pp. 1–22.

2. Бокерия Л.А., Голухова Е.З., Полунина А.Г. и др. Когнитивные нарушения у кардиохирургических больных: неврологические корреляты, подходы к диагностике и клиническое значение // Креативная кардиология. 2007. № 1-2. С. 231–243.

3. Бузиашвили Ю.И., Амбатьелло С.Г., Алексахина Ю.А. и др. Влияние искусственного кровообращения на состояние когнитивных функций у больных с ишемической болезнью сердца // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2005. № 1. С. 30–35.

4. Вассерман Л.И., Чередникова Т.В. Психологическая диагностика нейрокогнитивного дефицита: рестандартизация и апробация методики «Комплексная фигура Рея–Остеррита»: Методические рекомендации. СПб., 2011. 68 с.

5. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение. М.: Академия, 2003. 736 с.

6. Практическое использование адаптированного теста интеллекта в клинике нервно-психических заболеваний: методические рекомендации / сост. И.Н. Гильяшева. Л., НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1987. 20 с.

7. Гимоян Л.Г., Силванян Г.Г. Нарушение когнитивных функций: актуальность проблемы, факторы риска, возможности профилактики и лечения // Архив внутренней медицины. 2013. Т. 10. № 2. С. 35–40. doi: 10.20514/2226-6704-2013-0-2-35-40

8. Дамулин И.В. Когнитивные нарушения при сосудистых заболеваниях головного мозга: некоторые аспекты диагностики и терапии [Электронный ресурс] // Фарматека. 2011. № 19. С. 20–28. URL: <https://pharmateca.ru/ru/archive/article/8294> (Дата обращения: 24.12.2019)

9. Дамулин И.В. Сосудистые когнитивные нарушения у пожилых // Русский медицинский журнал. 2009. № 11. С. 721–725.

10. Деревнина Е.С., Акимова Н.С., Мартынович Т.В. и др. Когнитивные нарушения при фибрилляции предсердий на фоне сердечно-сосудистых заболеваний // Анналы аритмологии. 2013. Т. 10. № 2. С. 87–94. doi: 10.15275/annaritmol.2013.2.4.

11. Еремина Д.А. Особенности когнитивного функционирования пациентов, подвергшихся прямой реваскуляризации миокарда // Вестник психотерапии. 2014. Т. 56. № 51. С. 34–49.

12. Еремина Д.А., Демченко Е.А., Щелкова О.Ю. и др. Когнитивное функционирование больных ИБС как фактор эффективности реабилитации после коронарного шунтирования: разработка программы и предварительные результаты

Еремина Д.А. Изучение когнитивного функционирования в кардиохирургической клинике: методология и перспективные направления исследований
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 4. С. 1–22.

Eremina D.A. The Study of Cognitive Functioning in the Cardiac Surgery Clinic: Methodology and Promising Areas of Research
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 4, pp. 1–22.

исследования // Вестник Санкт-Петербургского университета, Сер. 12. 2015. № 4. С. 66–86. doi: 10.21638/11701/spbu16.2018.305

13. Еремина Д.А., Щелкова О.Ю. Сравнительный анализ клинических и психосоциальных характеристик пациентов с различной динамикой когнитивного функционирования после коронарного шунтирования // Экспериментальная психология. 2019. Т. 12. № 3. С. 176–191. doi:10.17759/exppsy.2019120314

14. Захаров В.В. Диагностика и лечение умеренных когнитивных нарушений // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. Т. 1. № 2. С. 14–19. doi: 10.14412/2074-2711-2009-32

15. Зотов М.В. Когнитивные нарушения и возможности их компенсации у больных шизофренией с различной степенью выраженности дефекта: автореф. дисс. канд. психол. наук. СПб., 1998. 18 с.

16. Зуева И.Б., Ванаева К.И., Санец Е.Л. и др. Взаимосвязь факторов сердечно-сосудистого риска с когнитивными функциями у пациентов среднего возраста // Артериальная гипертензия. 2011. Т. 17. № 5. С. 432–441. doi: 10.18705/1607-419X-2011-17-5-432-440

17. Калашникова Л.А. Когнитивные нарушения и деменция при цереброваскулярных заболеваниях // Нервные болезни. 2005. № 2. С. 36–40.

18. Левин О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике. М.: Медпресс-информ, 2009. 255 с.

19. Милюкова М.В., Ганенко О.С., Кутузова А.Э. и др. Динамика качества жизни и когнитивной функции пациентов, перенесших коронарное шунтирование, на госпитальном этапе физической реабилитации // Лечебная физкультура и спортивная медицина. 2016. Т. 137. № 5. С. 37–42.

20. Полунина А.Г., Дамулин И.В. Нейропсихологическое тестирование при деменции // Новости науки и техники. Геронтология. Гериатрия: Реферативный сборник. 1997. № 5. С. 1–8.

21. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: в 2-х т. Т. 1. М.: Апрель-Пресс, 2010. 224 с.

22. Трубникова О.А., Тарасова И.В., Артамонова А.И. Нейродинамические показатели у пациентов с ишемической болезнью сердца до и после операции коронарного шунтирования // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2011. № 1. С. 10–13.

23. Фонякин А.В., Гераскина Л.А., Магомедова А.Р. и др. Сердечно-сосудистые заболевания и нарушение когнитивных функций. Профилактика и лечение //

Еремина Д.А. Изучение когнитивного функционирования в кардиохирургической клинике: методология и перспективные направления исследований
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 4. С. 1–22.

Eremina D.A. The Study of Cognitive Functioning in the Cardiac Surgery Clinic: Methodology and Promising Areas of Research
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 4, pp. 1–22.

Русский медицинский журнал. 2011. Т. 19. № 9. С. 538–544. doi: 10.1002/14651858.CD000269.pub3.

24. Щелкова О.Ю., Еремина Д.А. Психосоциальные и клинические факторы когнитивного функционирования больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 156–172. doi: 10.17759/exppsy.2015080314

25. Щелкова О.Ю., Еремина Д.А., Яковлева М.В., и др. Методология разработки системной модели прогноза при сердечно-сосудистых заболеваниях // Вестник СПбГУ. Психология и педагогика. 2018. Т. 8. № 3. С. 271–292. doi: 10.21638/11701/spbu16.2018.305

26. Яковлева М.В. Психологические факторы приверженности лечению больных ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное шунтирование: автореф. дисс. канд. психол. наук. СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет, 2016. 22 с.

27. Arrowsmith J.E., Grocott H.P., Reves J.G. Central nervous system complications of cardiac surgery // British Journal of Anaesthesia. 2000. Vol. 84. № 3. P. 378–393. doi: 10.1093/oxfordjournals.bja.a013444

28. Blumenthal J.A., Mahanna E.P., Madden D.J., et al. Methodological issues in the assessment of neuropsychologic function after cardiac surgery // Annals of Cardiothoracic Surgery. 1995. Vol. 59. P. 1345–1350.

29. Bokeriia L.A., Golukhova E.Z., Breskina N.Y., et al. Asymmetric cerebral embolic load and postoperative cognitive dysfunction in cardiac surgery // Cerebrovascular Disease 2007. Vol. 23. P. 50–56.

30. Bokeriia L.A., Golukhova E.Z., Polunina A.G., et al. Neural correlates of postoperative cognitive dysfunction in cardiac surgery // Brain Research Review. 2005. Vol. 50. № 2. P. 266–274.

31. Burns A., Brayne C., Folstein M. Key Papers in Geriatric Psychiatry: mini- mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // Journal of Psychiatric Research. 1975. Vol. 12. P. 189–198. doi: 10.1002/(sici)1099-1166(199805)13:5<285::aid-gps753>3.3.co;2-m

32. Farias S.T., Mungas D., Reed B.R., et al. Neuropsychological assessment in the diagnosis of Alzheimer's disease // Archives of Neurology. 2009. Vol. 66. № 9. P. 1151–1157.

33. Galluzzi S., Sheu C.-F., Zanetti O., et al. Distinctive clinical features of mild cognitive impairment with subcortical cerebrovascular disease // Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 2005. Vol. 19. P. 196–203. doi: 10.1159/000083499

34. *Gauthier S., Touchon J.* Subclassification of mild cognitive impairment in research and in clinical practice // In S. Gauthier, P. Scheltens (eds.), *Cummings Alzheimer's Disease and Related Disorders Annual 2004*. London: Martin Dunitz, 2004. P. 61–69.
35. *Hudetz J.A., Patterson K.M., Byrne A.J., et al.* Postoperative delirium is associated with postoperative cognitive dysfunction at one week after cardiac surgery with cardiopulmonary bypass // *Psychological Reports* 2009. Vol. 105. P. 921–932. doi: 10.2466/PRO.105.3.921-932
36. *Jean L., Bergeron M., Thivierge S., et al.* Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: systematic review of the literature // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010. Vol. 18. P. 281–296. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181c37ce9
37. *Jensen B., Rasmussen L.S., Steinbruchel D.A.* Cognitive outcomes in elderly high-risk patients 1 year after off-pump versus on-pump coronary artery bypass grafting. A randomized trial // *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2008. Vol. 34. № 5. P. 1016–1021. doi: 10.1161/circulationaha.105.587931
38. *John R., Choudhri A.F., Weinberget A.D., et al.* Multicenter review of preoperative risk factors for stroke after coronary artery bypass grafting // *The Annals of Thoracic Surgery*. 2000. Vol. 69. P. 30–35. doi: 10.1016/s0003-4975(99)01309-0
39. *Marasco S.F., Sharwood L.N., Abramson M.J.* No improvement in neurocognitive outcomes after off-pump versus on-pump coronary revascularisation: a meta-analysis // *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2008. Vol. 33. P. 961–970. doi: 10.1016/j.ejcts.2008.03.022
40. *Mathew J.P., Grocott H.P., Phillips-Bute B., et al.* Lower endotoxin immunity predicts increased cognitive dysfunction in elderly patients after cardiac surgery // *Stroke*. 2003. Vol. 34. P. 508–513. doi: 10.1161/01.STR.0000053844.09493.58
41. *McKhann G.M., Grega M.A., Borowicz L.M., et al.* Is there cognitive decline 1 year after CABG? Comparison with surgical and nonsurgical controls // *Neurology*. 2005. Vol. 65. № 7. P. 991–999.
42. *Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., et al.* Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting // *The Journal of Clinical Hypertension*. 2008. Vol. 10. № 5. P. 348–354. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x
43. *Murkin J.M., Newman S.P., Stump D.A., et al.* Statement of consensus on assessment of neurobehavioral outcomes after cardiac surgery // *The Annals of Thoracic Surgery*. 1995. Vol. 59. P. 1289–1295. doi: 10.1016/0003-4975(95)00106-u
44. *Nasreddine Z., Phillips N., Badirian V., et al.* The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment // *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005. Vol. 53. № 4. P. 695–699. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x

45. Newman S.P., Harrison M.J. Coronary-artery bypass surgery and the brain: persisting concerns // *The Lancet Neurology*. 2002. Vol. 1. № 2. P. 119–125. doi: 10.1016/s1474-4422(02)00043-1
46. Nooyens A.C., Baan C.A., Spijkerman A.M., et al. Type 2 diabetes and cognitive decline in middle-aged men and women // *Diabetes Care*. 2010. Vol. 33. № 9. P. 1964–1969. doi: 10.2337/dc09-2038
47. Rasmussen L.S., Larsen K., Houx P., et al. The assessment of postoperative cognitive function // *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 2001. Vol. 45. P. 275–289. doi: 10.1034/j.1399-6576.2001.045003275.x
48. Roach G., Kanchuger M., Mangano C.M., et al. Adverse Cerebral Outcomes after Coronary Bypass Surgery // *The New England Journal of Medicine*. 1996. Vol. 335. № 25. P. 1857–1864. doi: 10.1056/NEJM199612193352501
49. Rockwood K., Wentzel C., Hachinski V., et al. Prevalence and outcomes of vascular cognitive impairment // *Neurology*. 2000. Vol. 54. № 2. P. 447–451. doi: 10.1212/wnl.54.2.447
50. Selnes O.A., Grega M.A., Bailey M.M., et al. Cognition 6 years after surgical or medical therapy for coronary artery disease // *Annals of Neurology*. 2008. Vol. 63. P. 581–590. doi: 10.1002/ana.21382
51. Stump D.A., Rogers A.T., Hammon J.W. Neurobehavioral tests are monitoring tools used to improve cardiac surgery outcome // *The Annals of Thoracic Surgery*. 1996. Vol. 61. P. 1295–1296. doi: 10.1016/0003-4975(96)00156-7
52. Sweet J.J., Finnin E., Wolfe P.L., et al. Absence of cognitive decline one year after coronary bypass surgery: comparison to nonsurgical and healthy controls // *The Annals of Thoracic Surgery*. 2008. Vol. 85. P. 1571–1578.
53. Van den Goor J., Saxby B., Tijssen J., et al. Improvement of cognitive test performance in patients undergoing primary CABG and other CPB-assisted cardiac procedures // *Perfusion*. 2008. Vol. 23. № 5. P. 267–273. doi: 10.1177/0267659109104561.

The Study of Cognitive Functioning in the Cardiac Surgery Clinic: Methodology and Promising Areas of Research

Eremina D.A.,

PhD in Psychology, Senior Lecturer, Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint-Petersburg University, Saint-Petersburg, Russia, daria.a.eremina@gmail.com

Using the study of cognitive functioning in patients with cardiovascular diseases paper discusses problems of changes in brain activity in patients with somatic diseases related to a main pathology and resulting from surgical treatment. Analysis of the current state of research in this area provided. Based on this analysis, promising areas for further research, such as development of methods for predicting an occurrence and development of cognitive impairment, organization of timely diagnosis of changes in cognitive activity, development of preventive and therapeutic measures, exploring the value of cognitive functioning for treatment adherence. In addition, paper discusses the methodological approaches and main organizational aspects of conducting such studies and indicates the most relevant methods for studying cognitive functioning in a cardiac surgery clinic.

Keywords: cognitive functioning, coronary artery bypass surgery, coronary heart disease, methodology, cardiac surgery.

Funding

Work was supported by the grant of the President of the Russian Federation for young scientists No. MK-1933.2019.6.

References

1. Blejher V.M., Kruk I.V., Bokov S.N. Klinicheskaya patopsihologiya: Rukovodstvo dlya vrachej i klinicheskikh psihologov [Clinical Pathopsychology: A Guide for Physicians and Clinical Psychologists]. Moscow: publ. of MPSU, 2006. 624 p.
2. Bokeriya L.A., Goluhova E.Z., Polunina A.G., et al. Kognitivnye narusheniya u kardiohirurgicheskikh bol'nyh: nevrologicheskie korrelyaty, podhody k diagnostike i

klinicheskoe znachenie [Cognitive impairment in cardiac patients: neurological correlates, diagnostic approaches and clinical significance]. *Kreativnaya kardiologiya [Creative cardiology]*, 2007, no. 1-2, pp. 231–243.

3. Buziashvili Yu.I., Ambat'ello S.G., Aleksahina Yu.A., et al. Vliyanie iskusstvennogo krovoobrashcheniya na sostoyanie kognitivnyh funktsij u bol'nyh s ishemicheskoy bolezn'yu serdca [The effect of cardiopulmonary bypass on the state of cognitive functions in patients with coronary heart disease]. *Zhurnal nevrologii ii psikiatrii im. S.S. Korsakova [Journal of Neurology and Psychiatry of S.S. Korsakov]*, 2005, no. 1, pp. 30–35.

4. Vasserman L.I., Cherednikova T.V. Psihologicheskaya diagnostika nejrokognitivnogo deficita: restandartizaciya i aprobaciya metodiki «Kompleksnaya figura Reya–Osterrita»: Metodicheskie rekomendacii [Psychological diagnosis of neurocognitive deficiency: restandardization and testing of the methodology "Comprehensive figure of Ray–Osterrit": Methodological recommendations]. Saint-Petersburg, 2011, 68 p.

5. Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu. Medicinskaya psihodiagnostika: Teoriya, praktika, obuchenie [Medical Psychodiagnostics: Theory, Practice, Training]. Saint-Petersburg: Akademiya, 2003, 736 p.

6. Prakticheskoe ispol'zovanie adaptirovannogo testa intellekta v klinike nervno-psihicheskikh zabolevanij: metodicheskie rekomendacii [The practical use of the adapted intelligence test in the clinic of neuropsychiatric diseases: guidelines]. Leningrad: NIPNI im. V.M. Bekhtereva, 1987, 20 p.

7. Gimoyan L.G., Silvanyan G.G. Narushenie kognitivnyh funktsij: aktual'nost' problemy, faktory riska, vozmozhnosti profilaktiki i lecheniya [Cognitive impairment: the urgency of the problem, risk factors, the possibility of prevention and treatment]. *Arhiv vnutrennej mediciny [Archive of Internal Medicine]*, 2013, vol. 10, no. 2, pp. 35–40. doi: 10.20514/2226-6704-2013-0-2-35-40

8. Damulin I. V. Kognitivnye narusheniya pri sosudistyh zabolevaniyah golovnogo mozga: nekotorye aspekty diagnostiki i terapii [Cognitive impairment in vascular diseases of the brain: some aspects of diagnosis and therapy] [Electronic resource]. Farmateka, 2011, no. 19, pp. 20–28. URL: <https://pharmateca.ru/ru/archive/article/8294> (Assessed: 24.12.2019)

9. Damulin I.V. Sosudistye kognitivnye narusheniya u pozhilyh [Vascular cognitive impairment in the elderly]. *Russkij medicinskij zhurnal [Russian Medical Journal]*, 2009, no. 11, pp. 721–725.

10. Derevnina E.S. Kognitivnye narusheniya pri fibrillyacii predserdij na fone serdechno-sosudistyh zabolevanij [Cognitive impairment in atrial fibrillation with cardiovascular disease]. *Annaly aritmologii [Annals of Arrhythmology]*, 2013, vol. 10, no. 2, pp. 87–94. doi:10.15275/annaritmol.2013.2.4.

11. Eremina D.A. Osobennosti kognitivnogo funkcionirovaniya pacientov, podvergshihsia pryamoj revaskulyarizacii miokarda [Peculiarities of cognitive functioning

of patients undergoing direct myocardial revascularization]. *Vestnik psihoterapii [Bulletin of psychotherapy]*, 2014, no. 51(56), pp. 34–49.

12. Eremina D.A., Demchenko E.A., Shchelkova O.Yu., et al. Kognitivnoe funkcionirovanie bol'nyh IBS kak faktor jeffektivnosti reabilitacii posle koronarnogo shuntirovaniya: razrabotka programmy i predvaritel'nye rezul'taty issledovaniya [Cognitive functioning of patients with coronary artery disease as a factor in the effectiveness of rehabilitation after coronary artery bypass grafting: program development and preliminary research results]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta, seria 12 [Bulletin of Saimt-Petersburg State University, series 12]*, 2015, vol. 4, pp. 66–86. doi: 10.21638/11701/spbu16.2018.305

13. Eremina D.A., Schelkova O.Yu. Sravnitel'nyj analiz klinicheskikh i psihosocial'nyh karakteristik pacientov s razlichnoj dinamikoj kognitivnogo funkcionirovaniya posle koronarnogo shuntirovaniya [Comparative analysis of clinical and psychosocial characteristics of patients with different dynamics of cognitive functioning after coronary bypass surgery]. *Eksperimental'naya psihologiya [Experimental Psychology]*, 2019, vol. 12, no. 3, pp. 176–191. doi: 10.17759 / exppsy.2019120314

14. Zaharov V.V. Diagnostika i lechenie umerennyh kognitivnyh narushenij [Diagnosis and treatment of mild cognitive impairment]. *Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika [Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics]*, 2009, vol. 1, no. 2, pp. 14–19. doi: 10.14412/2074-2711-2009-32

15. Zotov M.V. Kognitivnye narusheniya i vozmozhnosti ih kompensacii u bol'nyh shizofreniej s razlichnoj stepen'yu vyrazhennosti defekta. Avtoref. dis. kand. psihol. nauk [Cognitive impairment and the possibility of their compensation in patients with schizophrenia with varying degrees of severity of the defect. PhD. (Psychology) Thesis]. Saint-Petersburg, 1998. 18 p.

16. Zueva I.B. Vzaimosvyaz' faktorov serdechno-sosudistogo riska s kognitivnymi funkciyami u pacientov srednego vozrasta [The relationship of cardiovascular risk factors with cognitive functions in middle-aged patients]. *Arterial'naya gipertenziya [Arterial hypertension]*, 2011, vol. 17, no. 5, pp. 432–441. doi: 10.18705/1607-419X-2011-17-5-432-440

17. Kalashnikova L.A. Kognitivnye narusheniya i demenciya pri cerebrovaskulyarnyh zabolevaniyah [Cognitive impairment and dementia in cerebrovascular diseases]. *Nervnye bolezni [Nervous Diseases]*, 2005, no. 2, pp. 36–40.

18. Levin O.S. Diagnostika i lechenie demencii v klinicheskoy praktike [Diagnosis and treatment of dementia in clinical practice]. Moscow: Medpress-inform, 2009, 255 p.

19. Milyukova M.V., Ganenko O.S., Kutuzova A.E., et al. Dinamika kachestva zhizni i kognitivnoj funkicii pacientov, perenessih koronarnoe shuntirovanie, na gospital'nom jetape fizicheskoy reabilitacii [Dynamics of the quality of life and cognitive function of patients undergoing coronary artery bypass grafting at the hospital stage of physical

rehabilitation]. *Fizioterapija i sportivnaja medicina [Physiotherapy and Sports Medicine]*, 2016, vol. 137, no. 5, pp. 37–42.

20. Polunina A.G. Nejropsihologicheskoe testirovanie pri demencii [Neuropsychological testing for dementia]. *Novosti nauki i tekhniki. Gerontologiya. Geriatriya: Referativnyj sbornik [News of Science and Technology. Gerontology. Geriatrics: Abstracts]*, 1997, no. 5, pp. 1–8.

21. Rubinshtejn S.Ya. Eksperimental'nye metodiki patopsihologii i opyt primeneniya ih v klinike [Experimental methods of pathopsychology and the experience of their use in the clinic]. Vol. 1. Moscow: Aprel'-Press, 2010, 224 p.

22. Trubnikova O.A., Tarasova I.V., Artamonova A.I. Nejrodinamicheskie pokazateli u pacientov s ishemicheskoy bolezn'yu serdca do i posle operacii koronarnogo shuntirovaniya [Neurodynamic parameters in patients with coronary heart disease before and after coronary artery bypass surgery]. *Kardiologiya i serdechno-sosudistaya hirurgiya [Cardiology and Cardiovascular Surgery]*, 2011, no. 1, pp. 10–13.

23. Fonyakin A.V., Geraskina L.A., Magomedova A.R., et al. Serdechno-sosudistye zabolevaniya i narushenie kognitivnyh funkciy. Profilaktika i lechenie [Cardiovascular disease and cognitive impairment. Prevention and treatment]. *Russkij medicinskij zhurnal [Russian Medical Journal]*, 2011, vol. 19, no. 9, pp. 538–544. doi: 10.1002/14651858.CD000269.pub3.

24. Shchelkova O.Yu., Eremina D.A. Psihosocial'nye i klinicheskie faktory kognitivnogo funkcionirovaniya bol'nyh ishemicheskoy bolezn'yu serdca posle koronarnogo shuntirovaniya [Psychosocial and clinical factors of cognitive functioning of patients with coronary heart disease after coronary artery bypass grafting]. *Eksperimental'naya psihologiya [Experimental Psychology]*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 156–172. doi: 10.17759/exppsy.2015080314

25. Shchelkova O.Yu., Eremina D.A., Yakovleva M.V., et al. Metodologiya razrabotki sistemnoj modeli prognoza pri serdechno-sosudistyh zabolevaniyah [Methodology for the development of a systematic prognosis model for cardiovascular diseases]. *Vestnik SPbGU. Psihologiya i pedagogika [Bulletin of Saint-Petersburg State University. Psychology and Pedagogy]*, 2018, vol. 8, no. 3, pp. 271–292. doi: 10.21638/11701/spbu16.2018.305

26. Yakovleva M.V. Psihologicheskie faktory priverzhennosti lecheniyu bol'nyh ishemicheskoy bolezn'yu serdca, perenesshih koronarnoe shuntirovanie. Avtoref. dis. kand. psihol. Nauk [Psychological factors of adherence to treatment of patients with coronary heart disease after coronary artery bypass grafting. PhD. (Psychology) Thesis]. Saint-Petersburg, 2016, 22 p.

27. Arrowsmith J.E., Grocott H.P., Reves J.G. Central nervous system complications of cardiac surgery. *British Journal of Anaesthesia*, 2000, vol. 84, no. 3, pp. 378–393. doi: 10.1093/oxfordjournals.bja.a013444

28. Blumenthal J.A., Mahanna E.P., Madden D.J., et al. Methodological issues in the assessment of neuropsychologic function after cardiac surgery. *Ann. Thorac. Surg*, 1995, vol. 59, pp. 1345–1350.
29. Bokeriia L.A. Golukhova E.Z., Breskina N.Y., et al. Asymmetric cerebral embolic load and postoperative cognitive dysfunction in cardiac surgery. *Cerebrovasc. Dis.*, 2007, vol. 23, pp. 50–56.
30. Bokeriia L.A., Golukhova E.Z., Polunina A.G., et al. Neural correlates of postoperative cognitive dysfunction in cardiac surgery. *Brain Research Review*. 2005, vol. 50, no. 2, pp. 266–274.
31. Burns A., Brayne C., Folstein M. Key Papers in Geriatric Psychiatry: mini- mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 1975, vol. 12, pp. 189–198. doi: 10.1002/(sici)1099-1166(199805)13:5<285::aid-gps753>3.3.co;2-m
32. Farias S.T., Mungas D., Reed B.R., et al. Neuropsychological assessment in the diagnosis of Alzheimer's disease. *Archives of neurology*, 2009, vol. 66, no. 9, pp. 1151–1157.
33. Galluzzi S., Sheu C.-F., Zanetti O., et al. Distinctive clinical features of mild cognitive impairment with subcortical cerebrovascular disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2005, vol. 19, pp. 196–203. doi: 10.1159/000083499
34. Gauthier S., Touchon J. Subclassification of mild cognitive impairment in research and in clinical practice. In S. Gauthier, P. Scheltens (eds.), *Cummings Alzheimer's Disease and Related Disorders Annual 2004*. London: Martin Dunitz, 2004, pp. 61–69.
35. Hudetz J.A., Patterson K.M., Byrne A.J., et al. Postoperative delirium is associated with postoperative cognitive dysfunction at one week after cardiac surgery with cardiopulmonary bypass. *Psychological Reports*, 2009, vol. 105, pp. 921–932. doi: 10.2466/PR0.105.3.921-932
36. Jean L., Bergeron M., Thivierge S., et al. Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: systematic review of the literature. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2010, vol. 18, pp. 281–296. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181c37ce9
37. Jensen B., Rasmussen L.S., Steinbruchel D.A. Cognitive outcomes in elderly high-risk patients 1 year after off-pump versus on-pump coronary artery bypass grafting. A randomized trial. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 2008, vol. 34, no. 5, pp. 1016–1021. doi: 10.1161/circulationaha.105.587931
38. John R., Choudhri A.F., Weinberget A.D., et al. Multicenter review of preoperative risk factors for stroke after coronary artery bypass grafting. *The Annals of Thoracic Surgery*, 2000, vol. 69, pp. 30–35. doi: 10.1016/s0003-4975(99)01309-0
39. Marasco S.F., Sharwood L.N., Abramson M.J. No improvement in neurocognitive outcomes after off-pump versus on-pump coronary revascularisation: a meta-analysis.

European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 2008, vol. 33, pp. 961–970. doi: 10.1016/j.ejcts.2008.03.022

40. Mathew J.P., Grocott H.P., Phillips-Bute B., et al. Lower endotoxin immunity predicts increased cognitive dysfunction in elderly patients after cardiac surgery. *Stroke*, 2003, vol. 34, pp. 508–513. doi: 10.1161/01.STR.0000053844.09493.58

41. McKhann G.M., Grega M.A., Borowicz L.M., et al. Is there cognitive decline 1 year after CABG? Comparison with surgical and nonsurgical controls. *Neurology*, 2005, vol. 65, no. 7, pp. 991–999.

42. Morisky D.E., Ang A., Krousel-Wood M., et al. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The Journal of Clinical Hypertension* 2008, vol. 10, no. 5, pp. 348–354. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x

43. Murkin J.M., Newman S.P., Stump D.A., et al. Statement of consensus on assessment of neurobehavioral outcomes after cardiac surgery. *The Annals of Thoracic Surgery*, 1995, vol. 59, pp. 1289–1295. doi: 10.1016/0003-4975(95)00106-u

44. Nasreddine Z., Phillips N., Badirian V., et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2005, vol. 53, no. 4, pp. 695–699. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x

45. Newman S.P., Harrison M.J. Coronary-artery bypass surgery and the brain: persisting concerns. *The Lancet Neurology*, 2002, vol. 1, no. 2, pp. 119–125. doi: 10.1016/s1474-4422(02)00043-1

46. Nooyens A.C., Baan C.A., Spijkerman A.M., et al. Type 2 diabetes and cognitive decline in middle-aged men and women. *Diabetes Care*, 2010, vol. 33, no. 9, pp. 1964–1969. doi: 10.2337/dc09-2038

47. Rasmussen L.S., Larsen K., Houx P., et al. The assessment of postoperative cognitive function. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 2001, vol. 45, pp. 275–289. doi: 10.1034/j.1399-6576.2001.045003275.x

48. Roach G., Kanchuger M., Mangano C.M., et al. Adverse Cerebral Outcomes after Coronary Bypass Surgery. *The New England Journal of Medicine*, 1996, vol. 335, no. 25, pp. 1857–1864. doi: 10.1056/NEJM199612193352501

49. Rockwood K., Wentzel C., Hachinski V., et al. Prevalence and outcomes of vascular cognitive impairment. *Neurology*, 2000, vol. 54, no. 2, pp. 447–451. doi: 10.1212/wnl.54.2.447

50. Selnes O.A., Grega M.A., Bailey M.M., et al. Cognition 6 years after surgical or medical therapy for coronary artery disease. *Annals of Neurology*, 2008, vol. 63, pp. 581–590. doi: 10.1002/ana.21382

51. Stump D.A., Rogers A.T., Hammon J.W. Neurobehavioral tests are monitoring tools used to improve cardiac surgery outcome. *The Annals of Thoracic Surgery*, 1996, vol. 61, pp. 1295–1296. doi: 10.1016/0003-4975(96)00156-7
52. Sweet J.J., Finnin E., Wolfe P.L., et al. Absence of cognitive decline one year after coronary bypass surgery: comparison to nonsurgical and healthy controls. *The Annals of Thoracic Surgery*, 2008, vol. 85, pp. 1571–1578.
53. Van den Goor J., Saxby B., Tijssen J., et al. Improvement of cognitive test performance in patients undergoing primary CABG and other CPB-assisted cardiac procedures. *Perfusion*, 2008, vol. 23, no. 5, pp. 267–273. doi: 10.1177/0267659109104561

Влияние оргазма на развитие сексуальных переживаний женщин различных возрастных групп

Бердников Д.В.,

доктор медицинских наук, заведующий лабораторией сенсорных систем и психофизиологии, НИИ физиологии Курского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России), Курск, Россия, berdnikov@rambler.ru

Ефанова М.Г.,

государственный судебный эксперт, Курская лаборатория судебной экспертизы Министерства юстиции Российской Федерации (ФБУ Курская ЛСЭ Минюста России), Курск, Россия, efanova.mari-na@ya.ru

Ткаченко П.В.,

доктор медицинских наук, доцент, проректор по научной работе и инновационному развитию, Курский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России), Курск, Россия, pwtkachenko@rambler.ru

Приводятся данные о влиянии отсутствия/наличия оргазма на представленность в самосознании женщин сексуального опыта и переживаний на разных возрастных этапах. Анонимно обследовано 429 женщин со средним возрастом начала половой жизни 18,22±0,12 лет. В возрасте 18–24 года 179 женщин регулярно испытывали оргазм, а 37 – нет. В возрасте 25–60 лет 186 испытывали оргазм, а 27 – нет. В исследовании использовался метод выборки переживаний. Женщины отмечали признаки, соответствующие их обычным переживаниям во время «обычного» полового акта. Установлено, что появление оргазма до 25 лет усиливает и подкрепляет психологическое удовлетворение, внутренний комфорт, соответствие ожиданиям, сексуальный интерес, интенсивность реагирования и принятие происходящего, ослабляет дисфорию и стыд. В возрасте старше 25 лет он максимально стимулирует сексуальный интерес, интенсивность реагирования, принятие происходящего, остроту восприятия, сильнее снижает стыд и ослабляет физический дискомфорт. Отсутствие оргазма до 25 лет не имеет яркого негативного влияния. После 25 лет это, в первую очередь, приводит к снижению сексуального интереса и настроения, усилению стыда, вины, безысходности и к нарушению межличностного взаимодействия.

Ключевые слова: секс, оргазм, переживание, сексуальный опыт, сексуальность, интерес, стыд.

Для цитаты:

Бердников Д.В., Ефанова М.Г., Ткаченко П.В. Влияние оргазма на развитие сексуальных переживаний женщин различных возрастных групп [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 4. С. 23–38. doi: 10.17759/cpse.2019080402

For citation:

Berdnikov D.V., Efanova M.G., Tkachenko P.V. The Impact of Orgasm on the Development of Female Sexual Experiences at Different Age Stages [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 4, pp. 23–38. doi: 10.17759/cpse. 2019080402 (In Russ., abstr. in Engl.)

Сексуальность является одной из ключевых составляющих качества жизни женщин и неотъемлемой частью их физического и эмоционального удовлетворения [4]. Исследования сексуальности проводятся как в направлении дифференциации функций, так и в сторону их системного изучения [16; 17; 23]. В одних моделях оргазму придается значение главного показателя качества полового акта [9], в других – приоритет отдается эмоциональной близости, сексуальным стимулам, удовлетворенности отношениями, и отмечается зависимость оргазма от множества психологических факторов [19]. Независимо от модели всегда подчеркивается значимость оргазма для сексуальности. Его физиологические проявления объясняются сменой бета-ритмов медленными волнами большой амплитуды, а также повышением уровней дофамина и окситоцина, связанных с чувством психологической удовлетворенности, принадлежности и любви [6]. В психологическом плане роль оргазма не ограничивается мотивом, побуждающим к коитусу. Как целостный психофизиологический акт он закрепляет в процессе интимной близости взаимодействие произвольных биологических компонентов и индивидуальных личностных проявлений поведенческого порядка, что позволяет его рассматривать как связанное с самооценкой и чувством привязанности средство регуляции межличностных отношений [18; 22]. Субъективное же переживание оргазма в контексте сексуальных отношений является неоднородным процессом с наличием как минимум четырех составляющих: эмоциональной, сенсорной, интимной и вознаграждения [15]. Это подчеркивает опосредованное психологическими переживаниями в ходе полового акта влияние оргазма на развитие женской сексуальности. Именно переживания присутствуют на всех уровнях активности человека и, соединяясь с личностным смыслом, выступают чувственной основой состояний сознания. Осуществляя обратную связь в разных по масштабу открытых регуляторных контурах активности, они сопоставляют и интегрируют результаты жизнедеятельности [12]. Применительно к сексуальности, они включаются в знаково-символическое опосредование полученного опыта и влияют на регуляцию последующего полового поведения [3].

Вышеизложенное позволяет предположить, что наличие оргазма в ходе развития сексуальности оказывает существенное влияние на представленность в самосознании женщин сексуального опыта, проявление и соотношение различных компонентов их сексуальных переживаний, самооценку и регуляцию полового поведения. Выявление подобных закономерностей позволило бы более четко определять мишени и способы психотерапевтического воздействия при функциональных сексуальных расстройствах с учетом парности сексуальной функции и консолидирующего влияния оргазма на сексуальность. Однако до настоящего времени объективных исследований в данном направлении не проводилось, а предлагаемые способы эффективной психотерапии концентрируются в основном на снижении контроля сексуальной функции. В значительной мере это обусловлено отсутствием методологического подхода и специализированного инструментария для изучения сексуальных переживаний, а также ориентацией на подверженные психологическим защитам самоотчеты женщин.

Цель исследования – установить наиболее общие тенденции влияния оргазма на качественные проявления женских переживаний во время полового акта в различные периоды развития сексуальности.

Описание выборки

Объектом исследования стали 429 женщин со средним возрастом начала половой жизни $18,22 \pm 0,12$ лет. В зависимости от наличия оргазма, а также периода сексуальности было выделено 4 группы испытуемых. В возрасте становления сексуальности (18–24 года) 179 женщин (82,87%) регулярно испытывали оргазм (средний возраст – $22,07 \pm 0,18$), а 37 женщин (17,13%) его не испытывали (средний возраст – $22,81 \pm 0,32$). В возрасте зрелой сексуальности (25–60 лет) 186 женщин (87,32%) испытывали оргазм (средний возраст – $35,34 \pm 0,57$), а 27 женщин (12,68%) его не испытывали (средний возраст – $35,52 \pm 1,56$).

Методы исследования

Сексуальные переживания изучали модифицированным методом выборки переживаний [11]. Женщинам анонимно предлагали вспомнить и отметить на бланке признаки, соответствующие их «обычному» половому акту [1]. Подобное указание допускает широкую трактовку полового акта, включая наиболее часто практикуемые в рамках диапазона приемлемости испытуемой формы, и позволяет рассматривать оргазм как феномен, обладающий для сексуальности консолидирующим значением [13]. В алфавитном порядке перечень переживаний включал 204 признака, отражающих базовые эмоции, положительные и отрицательные состояния, качественные описания восприятия в различных репрезентативных системах [5; 10]. Использовали синонимы. Антонимы не противопоставляли, так как вербальные средства описания психических состояний в субъективном семантическом пространстве могут иметь различные ассоциативные ряды и значение [8]. Использование дихотомических шкал ограничивало бы ассоциации и сузило возможности исследования. Указание на

«обычные» переживания ориентирует женщин отмечать наиболее часто встречаемые признаки. Заполняя анкету, они обращаются к своему опыту, проводят некоторое обобщение и эксплицируют его, отмечая признаки. Выделенные 10 факторов переживаний описывали 80,87% дисперсии признаков: психологическое удовлетворение, сексуальный интерес, внутренний комфорт, стыд, дисфория, интенсивность реагирования, несоответствие ожиданиям, острота восприятия, физический дискомфорт, неприятие [2]. Линейную регрессию по каждому фактору нормировали в 10-ти бальную шкалу стенов. Полученные для каждой группы данные сравнивали с использованием t-критерия Стьюдента для независимых выборок. Различия в частоте встречаемости значений признаков, входящих в одинаковые факторы разных групп, определяли расчетом критерия χ^2 с поправкой Йетса.

Результаты исследования

Установлено, что вне зависимости от способности испытывать оргазм женщины во время полового акта испытывают большое разнообразие психологических явлений. До 3% оргазмирующих женщин любого возраста имеют такие негативные эмоции и чувства, как антипатия, безразличие, гнев, горечь, грусть, депрессия, зависть, злость, неприязнь, обида, отчаяние, печаль разочарование, скорбь, страх. В то же время 29–40% никогда не испытывавших оргазм женщин в возрасте 25–60 лет отмечают наличие симпатии, заинтересованности, страстности, волнения, истомы, любви, наслаждения, нежности, приятного, удовольствия. Это указывает на необходимость рассмотрения чувств, эмоций и ощущений с учетом их вклада в переживания более высокого уровня по мере развития сексуальности.

Появление оргазма в возрасте становления сексуальности (18–24 года) усиливает психологическое удовлетворение, внутренний комфорт, остроту восприятия, интенсивность реагирования, сексуальный интерес и соответствие ожиданиям (табл. 1). Достоверно снижается стыд, дисфория, неприятие партнера и ситуации. При этом изменения в уровне физического дискомфорта несущественны.

В случае появления оргазма только в возрасте зрелой сексуальности (25–60 лет) полученные закономерности сохраняются, но имеют свои особенности. Более выраженными становятся сексуальный интерес, острота восприятия и интенсивность реагирования. При этом снижается уровень физического дискомфорта, стыда и неприятия.

Сравнение переживаний оргазмирующих женщин в возрастных группах 18–24 и 25–60 лет показывает отсутствие отличий по уровню психологического удовлетворения, внутреннего комфорта, дисфории и несоответствия ожиданиям. Однако в более позднем возрасте достоверно меньше уровень стыда, неприятия, физического дискомфорта, а сексуальный интерес, острота восприятия и интенсивность реагирования значительно выше. В данных факторах у них ниже частота встречаемости следующих признаков: напряженность ($\chi^2=12,70$; $p=0,0004$),

неловкость ($\chi^2=7,08$; $p=0,008$), замешательство ($\chi^2=5,54$; $p=0,015$), беспокойство ($\chi^2=5,32$; $p=0,021$), нетерпение ($\chi^2=5,08$; $p=0,024$), смущение ($\chi^2=3,97$; $p=0,046$), невнятность ($\chi^2=3,84$; $p=0,050$).

Таблица 1

Сравнение женщин по выраженности факторов сексуальных переживаний

Факторы сексуальных переживаний	Группы испытуемых			Сравнение					
	1	2	3	1-2		1-3		2-3	
	M±σ (n=37)	M±σ (n=219)	M±σ (n=186)	t	p	t	p	t	p
Удовлетворение	4,84±1,83	5,70±1,90	5,57±2,04	-2,55	0,011	-2,03	0,044	0,63	0,52
Сексуальный интерес	7,13±2,05	5,36±1,40	4,95±0,72	6,57	0,000	11,42	0,000	3,63	0,000
Внутренний комфорт	4,82±1,42	5,61±1,94	5,56±2,04	-2,37	0,019	-2,12	0,035	0,24	0,81
Стыд	6,85±2,06	5,67±1,80	4,99±1,51	3,60	0,000	6,40	0,000	4,09	0,000
Дисфория	6,17±1,87	5,40±1,16	5,21±0,88	3,38	0,001	4,82	0,000	1,78	0,08
Интенсивность реагирования	6,67±1,92	5,49±1,42	5,06±1,07	4,42	0,000	7,15	0,000	3,38	0,001
Несоответствия ожиданиям	6,01±1,86	5,34±1,16	5,22±1,22	2,95	0,003	3,27	0,001	0,99	0,32
Острота восприятия	6,55±1,70	5,72±1,85	5,06±1,66	2,55	0,011	4,94	0,000	3,72	0,000
Физический дискомфорт	6,00±1,79	5,58±1,70	5,10±1,39	1,38	0,169	3,42	0,001	3,08	0,002
Неприятие	6,48±2,30	5,46±1,58	5,18±1,03	3,36	0,001	5,45	0,000	2,09	0,037

Примечание. 1 – неоргазмирующие женщины моложе 25 лет; 2 –оргазмирующие женщины моложе 25 лет; 3 – оргазмирующие женщины старше 25 лет. t – t-критерий Стьюдента для независимых выборок; p – значимость различий.

Оргазмирующие женщины старше 25 лет отличаются от неоргазмирующих резким возрастанием психологического удовлетворения, внутреннего комфорта, сексуального интереса, интенсивности реагирования и соответствия ожиданиям,

с незначительными изменениями остроты восприятия и физического дискомфорта. При этом достоверно снижается стыд, дисфория и неприятие (табл. 2).

Таблица 2

Сравнение женщин по выраженности факторов сексуальных переживаний

Факторы сексуальных переживаний	Группы испытуемых			Сравнение			
	1	2	3	1-2		2-3	
	М±σ (n=37)	М±σ (n=27)	М±σ (n=186)	t	p	t	p
Удовлетворение	4,84±1,83	3,55±1,63	5,57±2,04	2,91	0,005	-4,93	0,000
Сексуальный интерес	7,13±2,05	7,96±2,26	4,95±0,72	-1,54	0,13	14,02	0,000
Внутренний комфорт	4,82±1,42	4,14±0,91	5,56±2,04	2,18	0,033	-3,56	0,000
Стыд	6,85±2,06	6,22±1,77	4,99±1,51	1,26	0,21	3,88	0,000
Дисфория	6,17±1,87	6,69±2,03	5,21±0,88	-1,06	0,29	6,60	0,000
Интенсивность реагирования	6,67±1,92	6,66±1,94	5,06±1,07	0,02	0,98	6,41	0,000
Несоответствия ожиданиям	6,01±1,86	6,44±1,91	5,22±1,22	-0,90	0,37	4,47	0,000
Острота восприятия	6,55±1,70	5,68±1,38	5,06±1,66	2,18	0,033	1,83	0,069
Физический дискомфорт	6,00±1,79	5,61±1,58	5,10±1,39	0,93	0,36	1,72	0,087
Неприятие	6,48±2,30	6,41±1,92	5,18±1,03	0,14	0,89	5,05	0,000

Примечание. 1 – неоргазмирующие женщины моложе 25 лет; 2 – неоргазмирующие женщины старше 25 лет; 3 –оргазмирующие женщины старше 25 лет. t – t-критерий Стьюдента для независимых выборок; p – значимость различий.

При негативном сценарии развития сексуальности, когда оргазм не появляется и в возрасте от 25 до 60 лет, у женщин при повышении остроты восприятия более выражено снижаются психологическое удовлетворение и внутренний комфорт (табл. 2). Частота встречаемости признаков в данных факторах свидетельствует об уменьшении количества следующих выборов: нежность ($\chi^2=13,28$; $p=0,0003$), предвкушение ($\chi^2=11,72$; $p=0,001$), защищенность ($\chi^2=9,23$; $p=0,002$), томление

($\chi^2=6,84$; $p=0,009$), оживленный ($\chi^2=6,49$; $p=0,011$), возбуждающий ($\chi^2=5,45$; $p=0,019$), приятность ($\chi^2=5,38$; $p=0,020$), успокаивающий ($\chi^2=5,34$; $p=0,021$), умиротворенность ($\chi^2=5,31$; $p=0,021$), замороженность ($\chi^2=5,23$; $p=0,022$), возбуждение ($\chi^2=5,05$; $p=0,024$), любовь ($\chi^2=5,02$; $p=0,025$), страстность ($\chi^2=4,70$; $p=0,030$), горячность ($\chi^2=4,44$; $p=0,035$), наслаждение ($\chi^2=4,44$; $p=0,035$).

В случаях, когда испытывавшие оргазм женщины утрачивают эту способность, например, в ситуациях возникновения каких-либо расстройств, появляющиеся у них изменения в переживаниях имеют однотипную тенденцию. При этом снижается психологическое удовлетворение, внутренний комфорт, интенсивность реагирования, сексуальный интерес, острота восприятия, усиливается несоответствие ожиданиям, стыд, дисфория и неприятие происходящего. Физический дискомфорт фактически остается на прежнем уровне, а выраженность остроты восприятия и стыда, по-видимому, меняется в последнюю очередь (табл. 2, 3).

Таблица 3

Сравнение женщин по выраженности факторов сексуальных переживаний

Факторы сексуальных переживаний	Группы испытуемых		Сравнение	
	1	2	1-2	
	М±σ (n=219)	М±σ (n=27)	t	p
Удовлетворение	5,70±1,90	3,55±1,63	5,62	0,000
Сексуальный интерес	5,36±1,40	7,96±2,26	-8,39	0,000
Внутренний комфорт	5,61±1,94	4,14±0,91	3,87	0,000
Стыд	5,67±1,80	6,22±1,77	-1,51	0,13
Дисфория	5,40±1,16	6,69±2,03	-4,95	0,000
Интенсивность реагирования	5,49±1,42	6,66±1,94	-3,87	0,000
Несоответствия ожиданиям	5,34±1,16	6,44±1,91	-4,27	0,000
Острота восприятия	5,72±1,85	5,68±1,38	0,11	0,910
Физический дискомфорт	5,58±1,70	5,61±1,58	-0,06	0,953
Неприятие	5,46±1,58	6,41±1,92	-2,85	0,005

Примечание: 1 – оргазмирующие женщины моложе 25 лет; 2 – неоргазмирующие женщины старше 25 лет. t – t-критерий Стьюдента для независимых выборок; p – значимость различий.

Кроме того, отсутствие различий между оргазмирующими и неоргазмирующими женщинами старше 26 лет в остроте восприятия и физическом дискомфорте указывает на наличие лишь опосредованной зависимости этих переживаний от оргазма, что подтверждает ранее выявленные корреляционные связи [2].

Обсуждение результатов

Проведенное исследование показало, что диапазон чувств, эмоций и ощущений в ходе «обычного» полового акта вне зависимости от отсутствия оргазма достаточно широк. При его наличии женщины любого возраста могут испытывать негатив, а при отсутствии – чувствовать психологическое удовлетворение, что соответствует имеющимся исследованиям и указаниям в DSM-5 [24]. Тем не менее, появление оргазма в период становления сексуальности (до 25 лет) сопровождается усилением позитивного восприятия происходящего, сексуальной вовлеченности и раскрепощенности, несмотря на сохраняющееся переживание физического дискомфорта. Появление оргазма после 25 лет, помимо описанных выше изменений, характеризуется еще большими сексуальным интересом, остротой восприятия и интенсивностью реагирования, существенным снижением чувства стыда, неприятия происходящего и физического дискомфорта, т.е. еще большей раскрепощенностью и вовлеченностью в половую жизнь. Это косвенно подтверждается сравнением переживаний данных групп женщин. Уровень их психологического удовлетворения, внутреннего комфорта, дисфории и соответствия ожиданиям примерно одинаков. Однако в возрасте старше 25 лет все более остро воспринимается и легче принимается, интенсивнее реагирование и переживание физического комфорта, больше интереса и меньше стыда. Эти данные соответствуют нейробиологическим и психофизиологическим исследованиям, показавшим ослабление контроля сексуального поведения, наличие влюбленности, высокого сексуального возбуждения и некоторого изменения сознания во время оргазма с одновременным ослаблением чувства страха и тревоги, обеспечивающими ощущение безопасности и расслабления [20; 21].

В случае отсутствия оргазма в ходе полового акта в любом возрасте или его исчезновения в силу каких-либо причин до средних и ниже значений ослабляются психическая активность, позитивность прогноза достижения цели, коммуникативных и интеллектуальных состояний, оценки восприятия, удовлетворение и удовольствие. Существенно снижаются настроение и интерес к сексуальным отношениям. Появляются досада, безразличие, тоскливость, печаль, гневливость, возмущение и неприязнь, некоторое нетерпение и бесстрастность; усиливаются несоответствие ожиданиям, огорчение, обида, зависть, возмущение, недоумение и грусть. На этом фоне достоверно усиливаются, но остаются в пределах нормативных значений смущение и чувство вины с оттенком тоскливости и тревожности, сочувствие себе и физический дискомфорт. Проявляются гневливость, злость, отчаяние и печаль, безучастность, безразличие к партнеру и ситуации, раскаяние, подавленность, чувство опасности. При этом неоргазмирующие женщины старше 25 лет характеризуются наименьшим уровнем

психологического удовлетворения, внутреннего комфорта с максимальным снижением сексуального интереса и выраженным переживанием стыда, что в некоторой степени совпадает с данными Г.С. Васильченко (1977) о вторичном угасательном торможении сексуального желания и возбудимости. Это противоречит утверждениям о лишь частичной обеспокоенности отсутствием оргазма и его необязательности для интимной близости [7; 14]. Очевидно, данные выводы не учитывают выход на первый план сочетанного снижения у женщин сексуальной мотивированности с ощущением неполноценности и повышением самоконтроля, что частично подтверждается выводами Ю.П. Зинченко, показавшего доминирование в подобных случаях фактора самоконтроля, становящегося основной образующей самосознания [3]. Подобные состояния, регулярно сопровождающиеся застойными явлениями в органах малого таза и молочных железах, выступая источником внутреннего напряжения, могут служить основой для дальнейшей невротизации, возникновения депрессий, соматических заболеваний и семейно-сексуальных дисгармоний [4, 14].

Частота выборов переменных показывает качественные различия в переживаниях неоргазмирующих женщин в разных возрастах. Несмотря на отсутствие оргазма в возрасте до 25 лет половой акт оценивается положительнее с сохранением позитивных надежд и чувств к партнеру. В зрелом возрасте переживания характеризуются существенным ухудшением межличностного взаимодействия (любви, нежности), понижением ощущения защищенности и качества настроения, чаще отражая разочарование, чувство вины и безысходности, что соответствует имеющимся научным данным о расширении при функциональных сексуальных расстройствах семиотического значения физиологической составляющей за рамки собственно сексуального поведения [3; 4].

Выводы

Полученные данные подчеркивают консолидирующее влияние оргазма на женскую сексуальность. Этот психофизиологический феномен оказывает существенное качественно разнообразное воздействие на проявление женских сексуальных переживаний в любом возрасте. Его появление изначально усиливает и подкрепляет позитивные переживания (психологического удовлетворения, внутреннего комфорта, соответствия ожиданиям, сексуального интереса, интенсивность реагирования и принятия происходящего), ослабляя дисфорию и стыд. В возрасте старше 25 лет он максимально стимулирует сексуальную мотивацию, интенсивность реагирования, принятие происходящего и ослабляет самоконтроль. Одновременно опосредованно усиливается острота восприятия и ослабляется физический дискомфорт. При этом, чем в более позднем возрасте появляется оргазм, тем больше вероятность того, что острота восприятия не усилится, а физический дискомфорт не ослабнет.

Отсутствие оргазма до 25 лет не имеет яркого негативного влияния, так как на первый план выступают психологические и социальные аспекты сексуального поведения. Лишь в возрасте старше 25 лет это приводит в первую очередь

к снижению сексуальной мотивированности и настроения, усилению чувства неполноценности, вины, безысходности, к разочарованию и нарушению межличностного взаимодействия.

Практическая значимость полученных результатов сводится не только к определению в качестве основных сочетанных психотерапевтических мишеней при сексуальных дисфункциях чувства стыда и сексуального интереса, но и к пониманию необходимости обязательного стимулирования переживания оргазма женщинами методами, предусмотренными в сексологии. Кроме того, использованный подход раскрывает перспективы разработки специализированного психологического инструментария для диагностики эксплицитных и имплицитных сексуальных переживаний при разных видах и на различных стадиях половых актов, способов достижения оргазма во взаимосвязи с контекстом развития сексуальности, что в свою очередь позволит дифференцировать психотерапевтическое воздействие.

Литература

1. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Феноменологический метод в психологии: движение к адаптации в духе позитивизма или к развитию? // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Том 25. № 1. С. 8–27. doi:10.17759/cpp.2017250102
2. Ефанова М.Г., Бердников Д.В., Ткаченко П.В. Феноменология женских сексуальных переживаний // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2018. № 2. С. 62–69. doi: 10.31363/2313-7053-2018-2-62-69
3. Зинченко Ю.П. Знаково–символическое опосредование сексуальной функции в норме и патологии: Автореф. дис ... док. психол. наук. СПб., 2003. 46 с.
4. Коган М.И., Перехов А.Я. Женские сексуальные дисфункции. М.: Практическая медицина, 2011. 206 с.
5. Колбенева М.Г., Александров Ю.И. Органы чувств, эмоции и прилагательные русского языка: Лингво-психологический словарь. Ин-т психологии РАН. М.: Языки славянских культур, 2010. 368 с.
6. Кочарян Г.С. Физиология и психология оргазма: современные представления // Здоровье мужчины. 2015. Т. 54. № 3. С. 16–24.
7. Кочарян Г.С. Клиническая сексология: современные концепты и парадигмы терапевтического сопровождения // Бюллетень науки и практики. Научный журнал. 2016. № 10. С. 124–129.
8. Лазариди М.И. Психические состояния в полевом описании: номинативно-функциональный аспект: Монография. М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2010. 352 с.

9. Либих С.С. Психотерапия функциональных сексуальных расстройств у мужчин // Руководство по андрологии / Под ред. О. Л. Тиктинского. Л.: Медицина, 1990. С. 234–245.

10. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. Учебное пособие. СПб.: Речь, 2008. 445 с.

11. Методика выборки переживаний в исследованиях психического здоровья: новые идеи и технические разработки / I. Myin-Germeys [и др.] // Всемирная психиатрия. 2018. Т. 17, № 2. С. 123–132.

12. Салихова Н.Р. Контекстуально-уровневый подход к переживанию // Ученые записки Казанского университета. 2011. Т. 153. № 5. С. 78–88.

13. Сидоров П.И., Дерягин Г.Б. Сексуальное поведение и насилие: Монография. М.: МЕДпресс-информ, 2007. 272 с.

14. Ярхауз М. А, Тэн Э. Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств / пер. с англ. Черкассы: Коллоквиум, 2016. 371 с.

15. Arcos-Romero A.I., Sierra J.C. Factorial invariance, differential item functioning, and norms of the Orgasm Rating Scale // International Journal of Clinical and Health Psychology. 2018. Vol. 19, № 1. P. 57–66. DOI: 10.1016/j.ijchp.2018.11.001

16. Arcos-Romero A.I., Granados M.R., Sierra J.C. Relationship between orgasm experience and sexual excitation: validation of the model of the subjective orgasm experience // International Journal of Impotence Research. 2018. Vol. 30. № 6. DOI: 10.1038/s41443-018-0095-6

17. Handy A.B., Stanton A.M., Meston C. Understanding Women's Subjective Sexual Arousal Within the Laboratory: Definition, Measurement, and Manipulation // The Journal of Sexual Medicine Reviews. 2018. Vol. 6. № 2. P. 201–216. DOI: 10.1016/j.sxmr.2017.11.001

18. Láng A., Cooper E.B., Meskó N. The Relationship Between Dimensions of Adult Attachment and Motivation for Faking Orgasm in Women // The Journal of Sex Research. 2018. Vol. 55. P. 1–20. DOI: 10.1080/00224499.2018.1525333

19. Questionnaires for Assessment of Female Sexual Dysfunction: A Review and Proposal for a Standardized Screener / A. Giraldi [et al.] // The Journal of Sexual Medicine. 2011. Vol. 8. № 10. P. 2681–2706.

20. Regional cerebral blood flow changes associated with clitorally induced orgasm in healthy women / J. Georgiadis [et al.] // The European journal of neuroscience. 2007. Vol. 24. № 11. P. 3305–3316. DOI: 10.1111/j.1460-9568.2006.05206.x

21. Reward, motivation, and emotion systems associated with early-stage intense romantic love / A. Aron [et al.] // Journal of Neurophysiology. 2005. Vol. 94. № 1. /P. 327–337.

Бердников Д.В., Ефанова М.Г., Ткаченко П.В. Влияние оргазма на развитие сексуальных переживаний женщин различных возрастных групп
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 4. С. 23–38.

*Berdnikov D.V., Efanova M.G., Tkachenko P.V. The Impact of Orgasm on the Development of Female Sexual Experiences at Different Age Stages
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 4, pp. 23–38.*

22. *Rowland D.L., Medina M.C., Dabbs Ch.R. Attribution Patterns in Women With and Without Orgasmic Difficulties // The Journal of Sex Research, 2017, vol. 55, no. 6, pp. 1–12. doi: 10.1080/00224499.2017.1400514*

23. The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W): Adaptation and Validation of a Traditional Chinese Version in Taiwan / Lee J.T. [et al.] // *The Journal of Sex and Marital Therapy, 2019, vol. 45, no. 1, pp. 1–34. doi: 10.1080/0092623X.2018.1494649*

24. *Walton B., Thorton T. Female sexual dysfunction // Curr Wom Health Rep, 2003, vol. 3, no. 4, pp. 319–326.*

The Impact of Orgasm on the Development of Female Sexual Experiences at Different Age Stages

Berdnikov D.V.,

Doctor of Medicine, Head of the laboratory of sensor systems and psychophysiology, Research Institute of physiology of Kursk State Medical University, Kursk, Russia, berdnikov@rambler.ru

Efanova M.G.,

State forensic expert, Kursk forensic laboratory, Ministry of Justice of the Russian Federation, Kursk, Russia, efanova.mari-na@ya.ru

Tkachenko P.V.,

Doctor of Medicine, associate professor, Vice-Rector for Research and Innovative Development, Kursk State Medical University, Kursk, Russia, pwtkachenko@rambler.ru

The data on the effect of the absence or presence of orgasm on the representation in the domain of self-awareness of women of sexual and emotional experience at different age stages is given. 429 women with an average age of sexual debut 18,22±0,12 years were surveyed anonymously. Between the ages of 18 and 24, 179 women had regularly experienced orgasm, but 37 had not. At the age of 25-60, 186 women had experienced orgasm, and 27 had not. We used the method of sampling experiences. The women noted the signs consistent with their usual experiences during “normal” intercourse. It has been established that the appearance of an orgasm before 25 years of age strengthens and reinforces psychological satisfaction, inner comfort, meeting expectations, sexual interest, intensity of reaction and acceptance of what is happening, weakens dysphoria and shame. At the age of over 25 years, appearance of an orgasm maximally stimulates sexual interest, intensity of response, acceptance of what is happening, sharpness of perception, reduces shame and weakens physical discomfort more strongly. The absence of an orgasm before the age of 25 does not have a bright negative effect. After 25 years, this, first of all, leads to a decrease in sexual interest and mood, increased shame, guilt, hopelessness, and disruption of interpersonal interaction.

Keywords: sex, orgasm, feelings, sexual experience, sexuality, interest, shame.

References

1. Burlakova N.S., Oleshkevich V.I. Fenomenologicheskij metod v psihologii: dvizhenie k adaptacii v duhe pozitivizma ili k razvitiju? [Phenomenological approach in psychology: moving towards positivism style adaptation or towards development?]. *Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2017, vol. 25, no. 1, pp. 8–27. doi:10.17759/cpp.2017250102 (In Russ.; abstr. in Engl.).
2. Efanova M.G., Berdnikov D.V., Tkachenko P.V. Fenomenologiya zhenskikh seksual'nykh perezhivanii [Phenomenology of female sexual feelings]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psihologii im. V.M. Bekhtereva [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]*, 2018, no. 2, pp. 62–69. (In Russ.; abstr. in Engl.). doi: 10.31363/2313-7053-2018-2-62-69
3. Zinchenko Yu.P. *Znakovo–simvolicheskoe oposredovanie seksual'noi funktsii v norme i patologii. Avtoref. diss. dok. psihol. nauk. [Sign-symbolic mediation of sexual function in norm and pathology. Dr. Sci. (Psychology) diss.]*. Saint Petersburg, 2003, 46 p. (In Russ.).
4. Kogan M.I., Perehov A.Ja. Zhenskie seksual'nye disfunkcii [Female sexual dysfunctions]. Moscow. Publ.: Prakticheskaja medicina. 2011. 206 p. (In Russ.).
5. Kolbeneva M.G., Aleksandrov Yu.I. Organy chuvstv, emotsii i prilagatel'nye russkogo yazyka: Lingvo-psikhologicheskii slovar' [Sense organs, emotions and adjectives of the Russian language: Linguo-psychological dictionary]. Moscow: In-t psihologii RAN, Yazyki slavyanskikh kul'tur Publ., 2010. 368 p. (In Russ.).
6. Kocharyan G.S. Fiziologiya i psihologiya orgazma: sovremennye predstavleniya [Physiology and psychology of orgasm: modern data]. *Zdorov'e muzhchiny [Health of men]*, 2015, vol. 54, no. 3, pp. 16–24. (In Russ.; abstr. in Engl.).
7. Kocharyan G.S. Klinicheskaya seksologiya: sovremennye kontsepty i paradigmy terapevticheskogo soprovozhdeniya [Clinical sexology: modern concepts and paradigms of therapeutic support]. *Byulleten' nauki i praktiki. Nauchnyi zhurnal [Bulletin of Science and Practice. Scientific Journal]*, 2016, no. 10, pp. 124–129. (In Russ.; abstr. in Engl.).
8. Lazaridi M.I. Psikhicheskie sostoyaniya v polevom opisanii: nominativno-funktsional'nyi aspekt: Monografiya [Mental states in field description: nominative-functional aspect: Monograph]. Moscow: Izdatel'stvo Moskovskogo psihologo-sotsial'nogo instituta Publ.; Voronezh: NPO «MODEK» Publ., 2010. 352 p. (In Russ.).
9. Libikh S.S. Psikhoterapiya funktsional'nykh seksual'nykh rasstroistv u muzhchin [Psychotherapy of functional sexual disorders in men]. In Tikhtinsky O.L. (ed.) *Rukovodstvo po andrologii [Andrology Guide]*. Leningrad. Publ.: Meditsina, 1990. pp. 234–245. (In Russ.).
10. Mendeleevich V.D. Psikhologiya deviantnogo povedeniya. Uchebnoe posobie [Psychology of deviant behavior: Teaching aid]. Saint Petersburg: Rech' Publ., 2008. 445 p. (In Russ.).

11. I. Myin-Germeys et al. Metodika vyborki perezhivaniy v issledovaniyakh psikhicheskogo zdorov'ya: novye idei i tekhnicheskie razrabotki [Experience sampling methodology in mental health research: new insights and technical developments]. *Vsemirnaya psikhiatriya [World Psychiatry]*. 2018, vol. 17, no. 2, pp.123–132.
12. Salikhova N.R. Kontekstual'no-urovnevyi podkhod k perezhivaniyu [A contextual-level approach to emotional experience]. *Uchenye zapiski Kazanskogo universiteta [Uchenye Zapiski Kazanskogo Universiteta]*, 2011, vol. 153, no. 5, pp. 78–88. (In Russ.; abstr. in Engl.).
13. Sidorov P.I., Derjagin G.B. Seksual'noe povedenie i nasilie: Monografiya [Sexual behavior and violence: Monograph]. Moscow: MEDpress inform Publ., 2007. 272 p. (In Russ.).
14. Yarkhauz M. A, Ten E. Seksual'nost' i psikhoterapiya seksual'nykh rasstroistv [Sexuality and psychotherapy of sexual disorders]. Cherkassy. Publ.: Kollokvium, 2016. 371 p. (In Russ.).
15. Arcos-Romero A.I., Sierra J.C. Factorial invariance, differential item functioning, and norms of the Orgasm Rating Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2018, vol. 19, no. 1, pp. 57–66. doi: 10.1016/j.ijchp.2018.11.001
16. Arcos-Romero A.I., Granados M.R., Sierra J.C. Relationship between orgasm experience and sexual excitation: validation of the model of the subjective orgasm experience. *International Journal of Impotence Research*, 2018, vol. 30, no. 6. doi: 10.1038/s41443-018-0095-6
17. Handy A.B., Stanton A.M., Meston C. Understanding Women's Subjective Sexual Arousal Within the Laboratory: Definition, Measurement, and Manipulation. *The Journal of Sexual Medicine Reviews*, 2018, vol. 6, no. 2, pp. 201–216. doi: 10.1016/j.sxmr.2017.11.001
18. Láng A., Cooper E.B., Meskó N. The Relationship Between Dimensions of Adult Attachment and Motivation for Faking Orgasm in Women. *The Journal of Sex Research*, 2018, vol. 55, pp. 1–20. doi: 10.1080/00224499.2018.1525333
19. Giraldi A., et al. Questionnaires for Assessment of Female Sexual Dysfunction: A Review and Proposal for a Standardized Screener. *The Journal of Sexual Medicine*, 2011, vol. 8, no. 10, pp. 2681–2706.
20. Georgiadis J., et al. Regional cerebral blood flow changes associated with clitorally induced orgasm in healthy women. *The European journal of neuroscience*, 2007, vol. 24, no. 11, pp. 3305–3316. doi: 10.1111/j.1460-9568.2006.05206.x
21. Aron A., et al. Reward, motivation, and emotion systems associated with early-stage intense romantic love. *Journal of Neurophysiology*, 2005, vol. 94, no. 1, pp. 327–337.
22. Rowland D.L., Medina M.C., Dabbs Ch.R. Attribution Patterns in Women With and Without Orgasmic Difficulties. *The Journal of Sex Research*, 2017, vol. 55, no. 6, pp. 1–12. doi: 10.1080/00224499.2017.1400514

Бердников Д.В., Ефанова М.Г., Ткаченко П.В. Влияние оргазма на развитие сексуальных переживаний женщин различных возрастных групп
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 4. С. 23–38.

*Berdnikov D.V., Efanova M.G., Tkachenko P.V. The Impact of Orgasm on the Development of Female Sexual Experiences at Different Age Stages
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 4, pp. 23–38.*

23. Lee J.T., et al. The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W): Adaptation and Validation of a Traditional Chinese Version in Taiwan. *The Journal of Sex and Marital Therapy*, 2019, vol. 45, no. 1, pp. 1–34. doi: 10.1080/0092623X.2018.1494649

24. Walton B., Thorton T. Female sexual dysfunction. *Curr Wom Health Rep*, 2003, vol. 3, no. 4, pp. 319–326.

Отношение к жизни и смерти у подростков с онкологическими заболеваниями

Медведева В.А.,

студент, Тихоокеанский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России), Владивосток, Россия, vladislavamedvedeva94@gmail.com

Кадыров Р.В.,

кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой общепсихологических дисциплин, Тихоокеанский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России), Владивосток, Россия, rusl-kad@yandex.ru

В статье рассматривается отношение к жизни и смерти у подростков с онкологическими заболеваниями. Описан поведенческий, когнитивный и эмоциональный компоненты отношения к жизни и смерти у подростков с онкологическими заболеваниями. Обследованы 83 подростка. Основная группа – подростки, имеющие онкологическое заболевание в стадии ремиссии (41 человек), средний возраст подростков составил $14 \pm 1,1$ лет. Время нахождения в отделении восстановительного лечения составляло от 7 до 21 дня. Группа сравнения – учащиеся СОШ № 7 (42 человека), средний возраст подростков составил $14 \pm 1,1$ лет. Использовались психодиагностические методики: 1) опросник «Отношение к смерти» (Death Attitude Profile-Revised) К.А. Чистопольской и соавторов; 2) Анкета с элементами ассоциативного эксперимента, специально составленная для исследования; 3) Рисуночная проективная методика «Рисование жизни и смерти» Р.В. Кадырова. В ходе исследования выявлено влияние особенностей отношения к жизни и смерти на процесс восстановительного лечения и реабилитации. Выявлены различия в отношении к жизни и смерти у подростков. У подростков с онкологическим заболеваниями более выражен страх смерти, концепция жизни после смерти имеет более выраженную религиозную основу, чем у подростков группы сравнения, а смерть воспринимается как способ избежать жизненных проблем. Концепция смысла жизни абстрактная, либо не сформирована.

Ключевые слова: онкологические заболевания, отношение к жизни и смерти, отношение, страх смерти, смысл жизни, подростковый возраст.

Для цитаты:

Медведева В.А., Кадыров Р.В. Отношение к жизни и смерти у подростков с онкологическими заболеваниями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 4. С. 39–57. doi: 10.17759/cpse.2019080403

For citation:

Medvedeva V.A., Kadyrov R.V. Attitude to Life and Death in Adolescents with Oncological Disease [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 4, pp. 39–57. doi: 10.17759/cpse. 2019080403 (In Russ., abstr. in Engl.)

По данным официальной статистики в 2016 году в Российской Федерации было впервые выявлено 3803 случая злокачественных новообразований у детей и подростков в возрасте от 0 до 17 лет. Однако по сравнению с 2015 годом процент смертности во время первого года после постановки диагноза снизился с 9,4% до 8,8% [7]. Данный показатель говорит о снижении смертности от онкологии у детей и подростков, а значит, встает вопрос психологического сопровождения их в течение всего периода лечения и дальнейшей реабилитации. Правильное построение психологического сопровождения детей и подростков, болеющих онкологическими заболеваниями, позволит повысить качество жизни пациентов и их родственников за счет адаптации к заболеванию и лечению, а дальнейшая реабилитация поможет им вернуться к привычному образу жизни.

Стоит отметить, что возросший в последние годы интерес к исследованиям в области онкопсихологии имеет свои значимые результаты: клиническая полезность и терапевтическая эффективность психологической помощи уже не вызывают сомнений [4]. Следовательно, исследования особенностей отношения к жизни и смерти у подростков с онкологическими заболеваниями позволит выявить опорные точки для составления психокоррекционных программ, направленных на повышения качества психологического сопровождения, которое является важной составляющей восстановительного лечения и реабилитации людей, находящихся на стадии ремиссии онкологического заболевания, так как над пациентом висит постоянный страх окончания ремиссии. Онкологическому больному никогда не смогут дать гарантии окончательного выздоровления, а значит, при отсутствии психологической реабилитации пациент будет всю жизнь испытывать душевные страдания из-за постоянного страха смерти и неопределенности в дальнейшей жизни. Это особенно важно в подростковом возрасте, так как подростки находятся в социально активном периоде жизни, а заболевание препятствует удовлетворению потребностей, связанных с данным периодом жизни, и приводит к сильным переживаниям.

А.А. Баканова [2] пишет, что столкновение с болезнью ставит человека перед экзистенциальными вопросами смысла, одиночества, ответственности и страха смерти. Данные вопросы находят свое отражение в системе отношения человека к жизни и смерти, которая начинает формироваться еще в детстве, но подростковый возраст является этапом возникновения первого экзистенциального кризиса [10], в результате которого у подростков формируются первые представления и понятия о жизни, ее смысле и смерти. В.В. Козлов [8] указывает, что на рубеже 13-14 лет у подростков возникает новый этап осознания смерти. Если ранее смерть воспринималась сначала как нечто чуждое, затем как временное явление (глубокий

сон, от которого можно проснуться) и далее – как необратимое явление, которое «не может произойти со мной» (ощущение бессмертия), то к 13 годам подросток осознает, что смерть есть и она может коснуться и его самого [8; 12]. Д.В. Желателев [3] также обращает внимание на то, что пубертатный период, будучи этапом сильных жизненных изменений, актуализирует у подростков размышления не только о смерти, но и о жизни. Е.Л. Летягина и М.В. Галимзянова [11] обращают внимание на то, что в данный период актуальной становится не только тема смерти, но и вопрос о смысле жизни.

Таким образом, такое тяжелое заболевание как онкологическое на данном этапе жизни может привести к нарушению формирования отношения к жизни и смерти: возникновению страха смерти, потере или отсутствию концепции смысла жизни. Отношение к жизни и смерти как к базовым категориям, определяющим пространство всего многообразия отношений личности, можно рассматривать в качестве фактора, взаимосвязанного с адаптивными или дезадаптивными типами отношения к болезни, и расценивать в качестве одного из основных факторов, влияющих как на течение заболевания, так и на процесс реабилитации.

Целью исследования является описание поведенческого, когнитивного и эмоционального компонентов отношения к жизни и смерти у подростков с онкологическими заболеваниями.

Мы предполагаем, что когнитивный и эмоциональный компоненты отношения к жизни и смерти у подростков с онкологическими заболеваниями имеют свою специфику, отличающуюся от особенностей когнитивного и эмоционального отношения к жизни и смерти у подростков, которые не болеют данными заболеваниями.

Программа исследования

Методики исследования. Для исследования отношения к жизни и смерти у подростков с онкологическими заболеваниями были использованы следующие методики:

1. Опросник «Отношение к смерти» (Death Attitude Profile-Revised), переведенный на русский язык и адаптированный К.А. Чистопольской и соавторами. Опросник измеряет то, какое значение человек приписывает смерти, его взгляды на это явление: принимает он ее, избегает или боится. Данная методика позволяет исследовать когнитивный компонент отношения к смерти. Опросник состоит из 32 пунктов, в которых по 7-бальной системе Лайкерта оцениваются утверждения, касающиеся разных вариантов отношения к смерти. В опроснике выделяется 5 шкал: Принятие–приближение смерти (например, «Я предвкушаю жизнь после смерти»), Избегание темы смерти («Когда бы мысль о смерти не приходила мне в голову, я стараюсь отвлечься от нее»), Страх смерти («Смерть, вне сомнения, мрачный опыт»), Принятие смерти как бегства («Смерть покончит со всеми моими злоключениями») и Нейтральное принятие («Смерть – естественная часть жизни») [15].

2. Анкета, составленная для исследования, применялась для сбора необходимой информации об испытуемых (пол, возраст, количество курсов восстановительного лечения) и самооценки состояния здоровья («Оцените, насколько здоровым вы себя чувствуете»; данный вопрос являлся шкалированным, что позволило провести статистическую обработку полученных результатов). Помимо этого, в анкету были включены вопросы, касающиеся представлений (утверждений) испытуемых о концепциях жизни после смерти («Существует много различных теорий о том, что ждет человека после смерти. А как думаете вы?») и смысла жизни («Как вы думаете, в чем состоит смысл жизни?»). Данные вопросы направлены на исследование когнитивного компонента отношения к жизни и смерти. Также анкета включала вопрос «Придерживаетесь ли вы курса лечения и реабилитации?», который направлен на поведенческий компонент отношения к жизни.

3. Ассоциативный эксперимент применялся для исследования когнитивного компонента отношения к жизни и смерти. В данной работе применялся направленный ассоциативный эксперимент и суть его состояла в том, что подросткам предлагалось дать свои ассоциации о жизни и смерти по четырем категориям: цвет, время года, животное и эмоция (пример: «Если бы смерть была временем года, то каким?»).

4. Проективная рисуночная методика «Рисование жизни и смерти», адаптированная и расширенная Р.В. Кадыровым, направлена на исследование эмоционального компонента отношения к жизни и смерти. Методика состоит из двух аспектов – «Рисование жизни» и «Рисование смерти», каждый из которых дополнительно делится на два рисунка – образ и чувства (пример: «Образ смерти» и «Чувства, относящиеся к смерти»). Помимо самих рисунков, проводился пострисуночный опрос для уточнения данных. Разработанная система оценки рисунка в проективной рисуночной методике «Рисование жизни и смерти» представляет собой количественный анализ изображения символов жизни и смерти, а также изображения эмоций, чувств и ощущений по поводу жизни и смерти по нескольким оценочным категориям (позитивное/негативное отношение к жизни/смерти), включающим группы пространственных, технических и содержательных характеристик рисунка, а также данные пострисуночного опроса [6].

5. Наблюдение и беседа, которые были направлены на исследование поведенческого компонента отношения к жизни и смерти. Беседа проводилась перед основными методиками и включала в себя вопросы, направленные на знакомство и включение подростков в работу, стимулирование их мыслительной деятельности (примеры вопросов беседы: «Приходилось ли вам задумываться о смерти?», «Что вы обычно делаете, если кто-то из находящихся рядом с вами людьми начинает говорить о смерти?», «Читаете ли вы книги/ статьи/ журналы, посвященные теме смерти, загробной жизни и т.д.?»). Беседа проводилась как в групповой, так и в индивидуальной форме. В групповой задавались вопросы перед началом и во время прохождения методик. В индивидуальной форме проводился пострисуночный опрос и несколько более личных вопросов (пример: «Сталкивались

ли вы со смертью знакомых или близких людей?»). Данные особенности проведения беседы связаны с расписанием отделения восстановительного лечения и школы, на базе которых проводилось исследование (исследование проводилось во время пребывания пациентов на лечении в отделении восстановительного лечения онкогематологического центра Краевой детской клинической больницы № 1, а у группы сравнения – во время их пребывания в школе на занятиях). Наблюдение за исследуемыми проводилось в процессе знакомства, беседы и исследования. Отмечалась их реакция на само исследование и отдельные методики. Наблюдение включало в себя фиксацию мимики, поз, поведения и речевых высказываний.

Математическая обработка данных проводилась при помощи программы Statistica 7.0. Для изучения различий между двумя выборками был использован непараметрический критерий Манна–Уитни, уровень значимости α не более 0,05 ($p \leq 0,05$). Данный статистический критерий был использован в связи с тем, что он предназначен для исследования независимых выборок разного объема, имеющих распределение, отличающееся от нормального.

Эмпирическая база исследования. Исследование проводилось в отделении восстановительного лечения онкогематологического центра Краевой детской клинической больницы №1. Экспериментальную группу исследуемых составил 41 подросток, все они находились в стадии ремиссии онкологического заболевания. Средний возраст составил $14 \pm 1,1$ лет, время пребывания в стационаре – от 7 до 21 дней. Группу сравнения составили 42 подростка, учащихся СОШ №7 г. Владивостока, которые не имели в анамнезе онкологических и других хронических заболеваний, средний возраст – от $14 \pm 1,1$ лет. Выборка формировалась с учетом возрастного критерия: пубертатный период (13–17 лет). Подростки обеих групп проживали на территории Приморского края в полных семьях со средним уровнем достатка и обучались в средних образовательных школах

Результаты и их обсуждение

При анализе данных анкеты было выявлено, что подростки в группе сравнения чаще задумываются о своем будущем, чем подростки, имеющие онкологические заболевания (рис. 1). Среди подростков с онкологическими заболеваниями абстрактная концепция смысла (например, «Разобраться в себе», «Прожить эту жизнь») жизни более распространена (14 из 41), чем конкретная («Завести семью») (8 из 41). Но еще больше тех, у кого она не сформирована («Понятия не имею», «Не задумывался об этом») (17 из 41). В группе сравнения, как и в основной, много подростков, имеющих абстрактные представления о смысле жизни (например, «В саморазвитии») (15 из 42), однако конкретные концепции («Построить карьеру и завести семью», «Найти любовь, вырастить детей») встречаются чаще (20 из 42). Тех, у кого она не сформирована, намного меньше (6 из 42).

Среди подростков с онкологическими заболеваниями более распространены религиозные концепции того, что ждет человека после смерти («Перерождение», «Новая жизнь», «Я стану призраком и буду ходить по земле»), чем среди подростков из группы сравнения (примеры «атеистических» высказываний: «Ничего, мы просто

перестанем существовать», «Разложение и ничего больше, и это нормально»). В основной группе религиозных концепций придерживаются 29 из 41 подростков, в группе сравнения – 18 из 42, Атеистических концепций в основной группе придерживаются 7 из 41 подростков, в группе сравнения – 15 из 42.



Рис. 1. Результаты анкетного вопроса «Часто ли вы думаете о своем будущем?», человек

Помимо этого, в обеих группах есть те, кто ответили, что не задумывались об этом. В группе с онкологическими заболеваниями 5 человек, а в группе сравнения – 7. Также анкетирование выявило, что подростки с онкологическими заболеваниями не всегда придерживаются назначенного курса восстановительного лечения и реабилитации (рис. 2), что может говорить о сниженной ответственности за свою жизнь и будущее. Они объясняли это подобными высказываниями «Не вижу в этом смысла», «Я и так чувствую себя нормально», «Лучше мне уже все равно не станет».

Вероятно, подростки с онкологическими заболеваниями задумываются о будущем, так как оно кажется им неопределенным в связи с заболеванием. Даже то, что на данный момент их болезнь находится в стадии ремиссии, не гарантирует, что ремиссия не закончится. Частые пребывания в больнице на плановых обследованиях, либо на восстановительном лечении могут напоминать им о заболевании и о возможности смерти [14; 17], а представления о том, что смерть не конец и что после нее есть еще что-то, их успокаивают и дают надежду [1].

Проведенный ассоциативный эксперимент для изучения отношения к жизни позволил выявить различия в категории «время года». У подростков с онкологическими заболеваниями наиболее распространенная ассоциация –

«весна» (50%), а у группы сравнения – «лето» (50%). Весна традиционно представляется как начало новой жизни: природа оживает после зимы, все вокруг обретает новые краски. В связи с тем, что в рисунках образа жизни у подростков доминировали образы, связанные с природой (деревья, ростки, цветы), можно предположить, что на данный момент подростки после лечения онкологического заболевания, которое можно ассоциировать с зимой и смертью, чувствуют, что заново родились и начинают новую жизнь. Вероятно, именно в связи с тем, что, по их представлениям, они только начинают новую жизнь, у них отсутствуют представления о будущем и цели в жизни, которые были потеряны в связи с возможностью смерти [13; 16; 19].

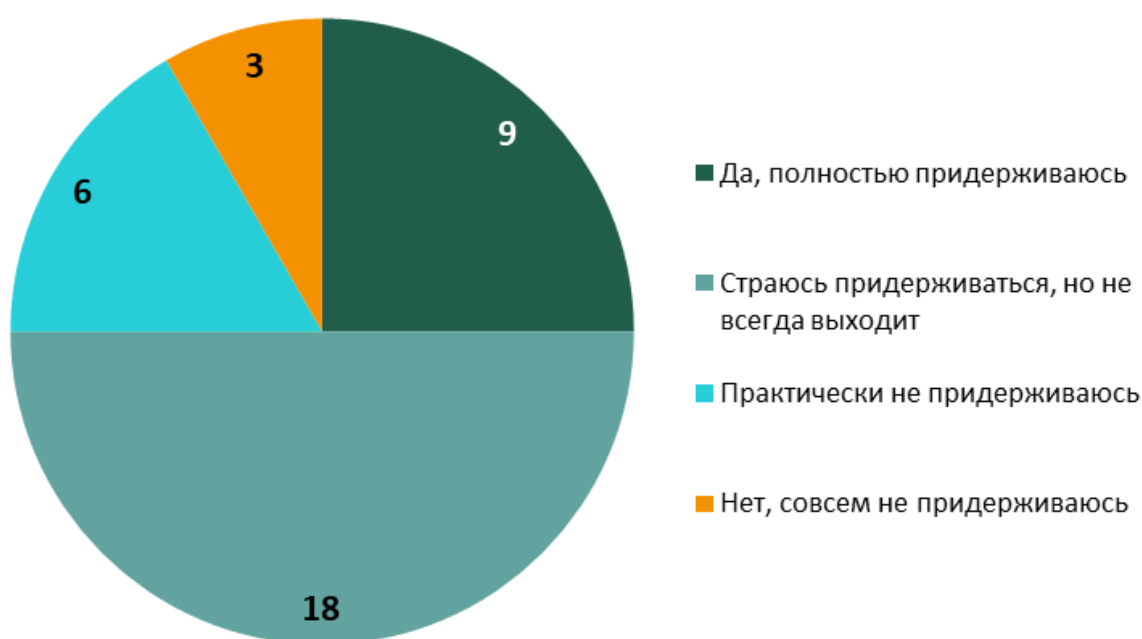


Рис. 2. Результаты анкетного вопроса «Придерживаетесь ли вы курса лечения (расписание стационара, указания и противопоказания врачей, назначенные процедуры)?», человек

По отношению к смерти различия были выявлены в категории «эмоция»: эмоции страха, испуга и ужаса были типичны для 25% подростков из основной группы, а эмоция грусти – для 30% подростков из группы сравнения. Данный результат может являться следствием того, что подросткам с онкологическими заболеваниями пришлось столкнуться с серьезным и опасным для жизни заболеванием, и вероятность смерти пугает их [5; 9; 18]. А подростки из группы сравнения, хоть и сталкивались со смертью других людей, не переживали вероятность собственной смерти.

Результаты, полученные по опроснику «Отношение к смерти», были подвергнуты математической обработке при помощи непараметрического критерия Манна–Уитни. Полученные данные (табл. 1) говорят о том, что у подростков с онкологическими заболеваниями выше показатели по шкалам Страх смерти,

Принятия–приближения смерти и Принятия смерти как бегства. В группе сравнения выше показатель по шкале Нейтрального принятия смерти. По шкале Избегания темы смерти значимых различий выявлено не было.

Таблица 1

Различия в отношении к смерти у подростков с онкологическими заболеваниями и здоровых подростков

Шкала	Медиана	U-критерий Манна–Уитни	Верхние критические точки, Z	Ур. знч.	d _{Cohen}
Страх смерти	ОГ ₄₁ =4,7 ГС ₄₂ =3,9	551	2,82	0,002	0,652
Нейтральное принятие смерти	ОГ ₄₁ =4,8 ГС ₄₂ =5,6	592	-2,45	0,007	0,558
Принятие приближение смерти	ОГ ₄₁ =3,5 ГС ₄₂ =2,7	604	2,33	0,01	0,532
Принятие смерти как бегства	ОГ ₄₁ =3,2 ГС ₄₂ =2,6	592	2,45	0,007	0,558
Избегание темы смерти	ОГ ₄₁ =4,0 ГС ₄₂ =4,0	830	0,28	0,38	0,062

Примечание. ОГ – основная группа (n=41); ГС – группа сравнения (n=42).

Данные результаты говорят о том, что подростки с онкологическими заболеваниями испытывают страх смерти, мысли о ней вызывают у них беспокойство. Но при этом они в большей степени, чем подростки из группы сравнения, воспринимают смерть как способ выйти из жизненных затруднений, решить свои проблемы. Они больше верят в загробную жизнь и в то, что она будет лучше земной. Подростки из группы сравнения воспринимают смерть более нейтрально, как событие естественное и неизбежное. Подростки из обеих групп не стремятся самостоятельно поднимать тему смерти, но и не избегают ее.

Результаты, полученные по проективной рисуночной методике «Рисование жизни и смерти», говорят о положительном отношении к жизни. Большинство рисунков выполнены в теплых и ярких цветах, символика связана семьей или природой (растения, море/океан, реки, животные) (рис. 3.). Присутствуют и рисунки, выполненные в одном цвете, или черно-белые. В группе сравнения таких рисунков больше. Также в группе сравнения символика жизни более разнообразна, чем у подростков с онкологическими заболеваниями. У подростков с онкологическими заболеваниями доминирует символика природы, на втором месте – семьи; в рисунках много цветов и элементов. В группе сравнения много абстрактных

рисунков, геометрических фигур. Данные результаты могут говорить о более разнообразных представлениях о жизни в группе сравнения, чем у подростков с онкологическими заболеваниями. Вероятно, их концепция жизни более стереотипна, однако в связи с тем, что жизнь вызывает у них позитивные эмоции, им хотелось выразить ее через большое количество элементов рисунка.



Рис. 3. Пример рисунков «Символ жизни» в основной группе (слева) и в группе сравнения (справа)

В рисунках «Символ жизни» и «Чувства, относящиеся к жизни» у подростков с онкологическими заболеваниями чаще можно встретить проявления тревоги, которые выражаются в изображениях дождя, штриховке, многократном повторении одной и той же линии. Вероятно, это связано с тем, что из-за своего заболевания они больше переживают по поводу своего будущего, чем подростки из группы сравнения. Пострисуночный опрос показал, что подростки с онкологическими заболеваниями больше ценят жизнь, чем подростки из группы сравнения.

По отношению к смерти проективная методика выявила негативное отношение к смерти в обеих группах подростков. Большинство рисунков в обеих группах выполнены в темных тонах (черный, серый, коричневый), чаще всего встречаются черно-белые изображения с добавлением красных, коричневых или зеленых оттенков, при помощи которых исследуемые изображали кровь и траву (рис. 4.). Самые распространенные изображения в основной выборке можно отнести

к стандартной символике смерти. Это всевозможные гробы, могилы, «Смерть с косой», черепа и похороны. У подростков из группы сравнения изображения символа смерти более разнообразные, цветные изображения встречаются чаще, чем у подростков с онкологическими заболеваниями. Также среди изображений здоровых подростков чаще встречаются те, которые выражают тревогу и грусть, а у основной группы – страх.



Рис. 4. Пример рисунков «Символ смерти» в основной группе (слева) и в группе сравнения (справа)

Пострисуночный опрос показал, что исследуемым сложно определить свои чувства относительно символа смерти. Самыми распространенными ответами стали «страх», «грусть» и «печаль». У них возникли большие затруднения с определением возникающих в теле ощущений, когда они смотрят на свой рисунок символа смерти. Сначала они вообще не понимали данный вопрос, а затем долгое время не могли на него ответить, некоторые так и не ответили.

По результатам наблюдения и беседы было выявлено, что тема жизни заинтересовала подростков в обеих группах меньше, чем тема смерти. Однако подростки с онкологическими заболеваниями менее охотно рассказывали о своих планах на будущее, говорили, что еще не определились с будущей профессией (в отличие от подростков из группы сравнения). Тема смерти вызвала интерес в обеих группах. Подростки из группы сравнения много рассуждали на данную тему,

спорили друг с другом. Подростки из основной группы много шутили и смеялись. Также многих из них, в отличие от группы сравнения, интересовало мнение исследователя на данную тему. Они с большим энтузиазмом отвечали на вопрос «Сталкивались ли вы когда-нибудь со смертью знакомых или близких людей?» и рассказывали, когда и при каких обстоятельствах столкнулись со смертью. Помимо этого, многие признались, что родственники, друзья и медицинский персонал избегают общения с ними по данной теме.

Описание компонентов отношения к жизни и смерти у подростков с онкологическими заболеваниями

Когнитивный компонент отношения к жизни и смерти у подростков с онкологическими заболеваниями характеризуется отсутствием представлений о концепции смысла жизни, либо абстрактными представлениями. Однако жизнь является для них ценностью в связи с тем, что они имеют личный опыт столкновения со смертью. Подростки с онкологическими заболеваниями, находясь в стадии ремиссии, осознают, что жизнь может закончиться в любой момент, а значит, ее нужно ценить. Однако они реже, чем подростки из группы сравнения, задумываются о будущем. Отношение к смерти характеризуется представлениями о смерти как о переходе, перерождении, религиозными представлениями. Подростки с онкологическими заболеваниями воспринимают смерть как переход в новый мир, который, по их мнению, лучше земного. Данный переход воспринимается ими как избавление от жизненных проблем и трудностей, избавление от душевных и физических страданий. Также смерть воспринимается ими как явление реальное и, возможно, близкое. Их концепции смерти являются более традиционными и стереотипными, чем у подростков из группы сравнения.

Эмоциональный компонент отношения к жизни и смерти характеризуется позитивным отношением к жизни и страхом по отношению к смерти. Подростки после перенесенного заболевания ощущают себя в начале новой жизни, которая после долгого курса лечения приносит им радость, счастье и удовольствие. Однако у них присутствует чувство тревоги. Подростки с онкологическими заболеваниями боятся не самой смерти, а того, что ждет их после нее. Они не стремятся избегать данной темы, однако она вызывает у них негативные эмоции – грусть, тоску, печаль. Вероятно, это связано с тем, что им пришлось столкнуться не только со смертью родных и знакомых, но и с возможностью собственной смерти.

Поведенческий компонент характеризуется низкой ответственностью, стремлением говорить о смерти и высмеять ее. Вероятно, это связано с тем, что исследуемые знают о своей болезни и о том, что она может привести к смерти. Но данная тема в разговорах с ними является табуированной. Им не с кем обсудить возможность смерти и то, что их ждет после. Вследствие этого, по-видимому, возникает внутреннее напряжение, которое находит выход в стремлении поднять эту тему, посмеяться над смертью. Они не полностью придерживаются курса восстановительного лечения, не всегда выполняют назначенные лечащим врачом процедуры. Вероятно, это связано с тем, что вследствие заболевания им пришлось доверить свою жизнь врачам, и теперь они не ощущают, что могут сами влиять на

нее. Также, вероятно, они не чувствуют значительных улучшений и не понимают, на что направлены назначенные процедуры и предписания.

Выводы

На основании проведенного исследования был проведен сравнительный анализ данных, полученных в основной группе и в группе сравнения (табл. 2). Анализ показал различия в отношении к жизни и смерти у подростков с онкологическими заболеваниями и подростков, не имеющих данные заболевания.

Таблица 2

Результаты сравнительного анализа данных в двух группах

Признак	Основная группа	Группа сравнения
Отношение к жизни	Позитивное, присутствует тревога	Позитивное
Концепция смысла жизни	Отсутствует/ абстрактная	Конкретная
Признание ценности чужой жизни	Выражено	Не выражено
Ощущение стадии жизненного пути	Начало жизненного пути	Расцвет жизненного пути
Отношение к смерти	Принятие смерти как побега, избавления	Нейтральное, рациональное
	Жизнь после смерти будет лучше земной	Концепция смерти более атеистическая
	Концепция смерти более религиозная	
Страх смерти	Выражен	Не выражен
Символика в рисунках	Стандартная, повторяющиеся образы	Много нестандартных образов

Таким образом, можно сделать вывод о том, что у подростков с онкологическими заболеваниями отношение к жизни отличается от группы сравнения стадией жизненного пути, на которой они себя ощущают: подростки с онкологическими заболеваниями ощущают себя в начале жизненного пути, а подростки из группы сравнения – в самом расцвете. Также отличается ценностное отношение к жизни. Подростки с онкологическими заболеваниями в большей степени ценят жизнь, чем те, кто не болел. Помимо этого, у них отсутствует концепция смысла жизни, либо она имеет абстрактное содержание, в отличие от

подростков из группы сравнения. По отношению к смерти у подростков с онкологическими заболеваниями более выражен страх смерти, они в большей степени воспринимают смерть как способ избежать проблем и жизненных затруднений и придерживаются концепции «жизни после смерти», чем подростки, которые не болели.

На основании полученных результатов, психологам, работающим с подростками с онкологическими заболеваниями, необходимо обратить внимание подростка на принятие ответственности за свои поступки и решения (в условиях стационара рекомендуется обратить внимание на следование рекомендациям врача и курса восстановительного лечения), а также проводить целенаправленную психотерапевтическую работу с подростком, направленную на поиск его смысла жизни и снижение интенсивности страха смерти через формирование способности осознавать свои эмоции.

В соответствии с полученными результатами начата разработка программы психологической коррекции отношения к жизни и смерти у подростков с онкологическими заболеваниями. Данная программа, как нам представляется, в дальнейшем позволит повысить качество психологического сопровождения пациентов на этапе восстановительного лечения. В связи с рядом ограничений, возникших в процессе исследования (маленькая выборка, использование качественных методов исследования и преимущественно нестандартизированных методик), а также недостаточностью проработанной статистической частью и отсутствием проверки валидности исследования планируется продолжить исследование для уточнения полученных данных.

Благодарности

Авторы благодарят за помощь в проведении исследования руководство отделения восстановительного лечения онкогематологического центра Краевой детской клинической больницы №1 и СОШ № 7 г. Владивостока.

Литература

1. *Абдулгалимова С.А.* Отношение к собственной смерти и переживание страха смерти // Вестник Социально-психологического института. 2012. Т. 5. № 2. С. 3–8.
2. *Баканова А.А.* Отношение к жизни, смерти и болезни ВИЧ-инфицированных 20-30 лет // Медицинская психология в России. Научный сетевой журнал. 2015. Т. 31. № 2. С. 1–36. [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 11.05.2017)
3. *Желателев Д.В.* Возрастной аспект экзистенциальных представлений детей 10 лет // XXI Царскосельские чтения материалы международной научной конференции 25-26 апреля 2017г. / под ред. проф. А.Г. Маклакова, проф. А.И. Жилиной, проф. Л.В. Коноваловой, проф. В.А. Солодянникова. СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2017. Т. 2. С. 308–313.

4. *Жирков А.М., Яковлева А.С., Степанчук Е.В., и др.* Особенности психологической адаптации к болезни лиц, страдающих различными формами онкогематологических заболеваний // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Социология. 2012. Т. 5. № 2. С. 104–112.
5. *Ильина И.С.* Специфика понятия отношения к жизни и смерти, к здоровью и болезни в исследованиях лиц, имевших опыт суицидальных попыток // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. 2011. № 1. С. 339–343.
6. *Кадыров Р.В.* Рисуночная методика отношения к жизни и смерти в работе с личностью в кризисном состоянии // Актуальные проблемы реализации социального, профессионального и личностного ресурсов человека. Материалы Всероссийской научно-практической конференции (заочной) / под ред. Е.В. Харитоновой. Краснодар: ИЭиУ МиСС, Парабеллум, 2013. С. 70–85.
7. *Каприна А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В.* Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018. 250 с.
8. *Козлов В.В.* Околосмертный опыт и трансформация личности // Известия Иркутского государственного университета. Серия «психология». 2015. Т. 11. С. 62–72. [Электронный ресурс]. URL: <http://izvestiapsy.isu.ru/ru/article?id=604> (дата обращения: 15.05.2017)
9. *Кукшина А.А., Верещагина Д.А.* Особенности психоэмоционального состояния и психотерапевтические подходы в реабилитации онкологических больных // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2013. Т. 12. № 5. С. 28–34.
10. *Лебедева Е.И.* Представления подростков о смерти // Ананьевские чтения – 2013 Психология в здравоохранении Материалы научной конференции / Отв. ред. О.Ю. Щелкова. СПб.: Скифия-принт. С. 397–398.
11. *Летягина Е.Л., Галимзянова М.В.* Отношение к смерти у взрослых в связи с субъективными переживаниями детства и смысложизненными ориентациями // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ / СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2013. Т. 1. №1. С. 141–147.
12. *Пастушкова А.С.* Отношение к смерти на разных возрастных этапах // Academy. 2018. Т. 31. № 4. С. 96–97.
13. *Тресиддер Дж.* Словарь символов. М.: Гранд: ФАИР-Пресс, 1999, 443 с.
14. *Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н.* Отношение к смерти после попытки самоубийства: стигматизация и самостигматизация суицидальных пациентов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11. №1. С. 8–20.
15. *Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., и др.* Адаптация опросников «Отношение к смерти» и «Страх личной смерти» на русскоязычной выборке // Суицидология. 2014. Т. 5. № 2. С. 60–69.

Медведева В.А., Кадыров Р.В. Отношение к жизни и смерти у подростков с онкологическими заболеваниями
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 4. С. 39–57.

Medvedeva V.A., Kadyrov R.V. Attitude to Life and Death in Adolescents with Oncological Disease
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 4, pp. 39–57.

16. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Клинико-психологические аспекты в онкологии // Вестник СПбГУ. 2010. Т. 12. № 1. С. 91–100.

17. Шутова Л.В. Отношение к смерти у лиц юношеского возраста // Известия Южного федерального университета. 2005. Т. 51. № 7. С. 199–201.

18. Шутова Л.В. Страх смерти и смысложизненные ориентации в юношеском возрасте // Известия Южного федерального университета. 2005. Т. 49. № 5. С. 146–151.

19. Щукина Е.Г., Булыгина Л.С. Особенности типов отношения к болезни у женщин со злокачественными новообразованиям органов репродуктивной системы // Ментальная экология. Экология человека. 2006. № 9. С. 57–60.

Attitude to Life and Death in Adolescents with Oncological Disease

Medvedeva V.A.,

Student, Vladivostok State Medical University, Ministry of Health of Russia, Vladivostok, Russia, vladislavamedvedeva94@gmail.com

Kadyrov R.V.,

PhD in Psychology, Associate Professor, Head of the Department of General Psychological Disciplines, Vladivostok State Medical University, Ministry of Health of Russia, Vladivostok, Russia, rusl-kad@yandex.ru

The article discusses the attitude towards life and death in adolescents with cancer. The behavioral, cognitive and emotional components of the attitude to life and death in adolescents with cancer are described. Surveyed 83 teenagers. The main group - adolescents with cancer in remission (41 people), the average age of adolescents was 14 ± 1.1 years. The time spent in the department of rehabilitation treatment ranged from 7 to 21 days. The comparison group - pupils of Secondary School №7 (42 people), the average age of adolescents was 14 ± 1.1 years. Psychodiagnostic methods were used: 1) Death Attitude Profile-Revised Questionnaire; 2) Questionnaire with elements of an associative experiment, specially designed for the study; 3) Drawing projective technique "Drawing life and death", R.V. Kadyrov. In the course of the study, the influence of the characteristics of attitudes towards life and death on the process of rehabilitation treatment and rehabilitation was revealed. Differences in attitudes towards life and death in adolescents also identified. In adolescents with cancer, the fear of death is more pronounced, the concept of life after death has more religious ideas than in the comparison group, and death perceived as a way to avoid life problems. They are less responsible about their future, the concept of the meaning of life is abstract or not formed.

Keywords: oncological diseases, attitude to life and death, attitude, fear of death, meaning of life, adolescence.

Acknowledgements

Authors thank for the help in conducting the study the management of the department of rehabilitation treatment of the Onco-Hematological Center of the Regional Children's Clinical Hospital No. 1 and the Secondary School No. 7 of the city of Vladivostok.

References

1. Abdulgaliyeva S.A. Otnoshenie k sobstvennoi smerti i perezhivanie strakha smerti [Attitude to own death and experiencing the fear of death]. *Vestnik Sotsial'no-psikhologicheskogo instituta [Bulletin of the Social-Psychological Institute]*, 2012, vol. 5, no. 2, pp. 3–8.
2. Bakanova A.A. Otnoshenie k zhizni, smerti i bolezni VICH-infitsirovannykh 20-30 let [Attitudes towards life, death and illness of HIV-infected 20-30 years]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii. Nauchnyi setevoi zhurnal [Medical psychology in Russia. Scientific Network Journal]*, 2015, vol. 21, no. 2, pp. 1–36. URL: <http://mprj.ru> (Accessed 11.05.2017)
3. Zhelatelev D.V. Vozrastnoi aspekt ekzistentsial'nykh predstavlenii detei i podrostkov [The age aspect of the existential views of children and adolescents]. In A.G. Maklakova, A.I. Zhilinoi, L.V. Konovalovoy, V.A. Solodyannikova (eds.), *XXI Tsarskosel'skie chteniya materialy mezhdunarodnoi nauchnoi konferentsii [XXI Tsarskoye Selo reading materials of the international scientific conference]*, 2017, vol. 2, pp. 308–313.
4. Zhirkov A.M., Yakovleva A.S., Stepanchuk E.V., Zaritskii A.Yu. Osobennosti psikhologicheskoi adaptatsii k bolezni lits, stradayushchikh razlichnymi formami onkogematologicheskikh zabolevaniy [Features of psychological adaptation to the disease of persons suffering from various forms of hematologic diseases]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 12. Sotsiologiya [Bulletin of St. Petersburg University. Series 12. Sociology]*, 2012, vol. 5, no. 2, pp. 104–112.
5. Il'ina I.S. Spetsifika ponyatiya otnosheniya k zhizni i smerti, k zdorov'yu i bolezni v issledovaniyakh lits, imevshikh opyt suitsidal'nykh popytok [The specifics of the concept of attitude towards life and death, health and disease in studies of persons who have experienced suicidal attempts]. *Lichnost' v ekstremal'nykh usloviyakh i krizisnykh situatsiyakh zhiznedeyatel'nosti [Personality in extreme conditions and crisis situations of vital activity]*, 2011, no. 1, pp. 339–343.
6. Kadyrov R.V. Risunochnaya metodika otnosheniya k zhizni i smerti v rabote s lichnost'yu v krizisnom sostoyanii [The picturesque approach to life and death in working with a person in a crisis state]. In E.V. Kharitonova (ed.), *Aktual'nye problemy realizatsii sotsial'nogo, professional'nogo i lichnostnogo resursov cheloveka. Materialy Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii (zaochnoi) [Actual problems of realization of social, professional and personal resources of a person. Materials of the All-Russian scientific-practical conference]*. Krasnodar: IEiU MiSS, Parabellum, 2013, pp. 70–85.
7. Kaprina A.D., Starinskii V.V., Petrova G.V. Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2016 godu (zabolevaemost' i smertnost') [Malignant neoplasms in Russia in 2016 (morbidity and mortality)]. Moscow: MNI OI im. P.A. Gertsena, 2018. 250 p.
8. Kozlov V.V. Okolosmertnyi opyt i transformatsiya lichnosti [Near-death experience and personality transformation] [Electronic resource]. *Izvestiya Irkutskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya «psikhologiya» [News of the Irkutsk State University. A series of "psychology"]*, 2015, vol.11, no. 11, pp. 62–72. URL: <http://izvestiapsy.isu.ru/ru/article?id=604> (Accessed 15.05.2017)

9. Kukshina A.A., Vereshchagina D.A. Osobennosti psikhoemotsional'nogo sostoyaniya i psikhoterapevticheskie podkhody v reabilitatsii onkologicheskikh bol'nykh [Features of psycho-emotional state and psychotherapeutic approaches in the rehabilitation of cancer patients]. *Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitatsiya [Features of psycho-emotional state and psychotherapeutic approaches in the rehabilitation of cancer patients]*, 2013, vol. 12, no. 5, pp. 28–34.

10. Lebedeva E.I. Predstavleniya podrostkov o smerti [Representations of adolescents about death]. In O.Yu. Shchelkova (ed.), *Anan'evskie chteniya – 2013 Psikhologiya v zdravookhranении Materialy nauchnoi konferentsii [Anan'ev Readings - 2013 Psychology in Healthcare Proceedings of the Scientific Conference]*. Saint-Petersburg: Skifiya-print, 2013, pp. 397–398.

11. Letyagina E.L., Galimzyanova M.V. Otnoshenie k smerti u vzroslykh v svyazi s sub"ektivnymi perezhivaniyami detstva i smyslozhiznennymi orientatsiyami [Attitude to death in adults in connection with the subjective experiences of childhood and life-sense orientations]. *Nauchnye issledovaniya vypusnikov fakul'teta psikhologii SPbGU [Scientific studies of graduates of the Faculty of Psychology of St. Petersburg State University]*, 2013, vol. 1, no. 1, pp. 141–147.

12. Pastushkova A.S. Otnoshenie k smerti na raznykh vozrastnykh etapakh [Attitude to death at different age stages]. *Academy [Academy]*, 2018, vol. 31, no. 4, pp. 96–97.

13. Tresidder Dzh. Slovar' simvolov [Dictionary of characters']. Moscow: FAIR-Press, 1999, 443 p.

14. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N. Otnoshenie k smerti posle popytki samoubiistva: stigmatizatsiya i samostigmatizatsiya suitsidal'nykh patsientov [Attitudes toward death after attempting suicide: stigmatization and self-stigmatization of suicidal patients]. *Vestnik psikhologii i psikhologii Chuvashii [Bulletin of psychiatry and psychology of Chuvashia]*, 2015, vol. 11, no. 1, pp. 8–20.

15. Chistopol'skaya K.A., Enikolopov S.N., Nikolaev E.L., et al. Adaptatsiya oprosnikov «Otnoshenie k smerti» i «Strakh lichnoi smerti» na russkoyazychnoi vyborke [Adaptation of the “Death Attitude Profile-Revised” and “Fear of Personal Death” questionnaires on a Russian-language sample]. *Suitsidologiya [Suicidology]*, 2014, vol. 15, no. 5, pp. 60–69.

16. Chulkova V.A., Pestereva E.V. Kliniko-psikhologicheskie aspekty v onkologii [Clinical and psychological aspects in oncology]. *Vestnik SPbGU [Saint-Petersburg State University Bulletin]*, 2010, vol. 12, no. 1, pp. 91–100.

17. Shutova L.V. Otnoshenie k smerti u lits yunosheskogo vozrasta [Attitudes towards death in adolescents]. *Izvestiya Yuzhnogo federal'nogo universiteta [News of the Southern Federal University]*, 2005, vol. 51, no. 7, pp. 199–201.

18. Shutova L.V. Strakh smerti i smyslozhiznennyye orientatsii v yunosheskom vozraste [Fear of death and meaningful life orientation in youth]. *Izvestiya Yuzhnogo federal'nogo universiteta [News of the Southern Federal University]*, 2005, vol. 49, no. 5, pp. 146–151.

Медведева В.А., Кадыров Р.В. Отношение к жизни и смерти у подростков с онкологическими заболеваниями
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 4. С. 39–57.

*Medvedeva V.A., Kadyrov R.V. Attitude to Life and Death in Adolescents with Oncological Disease
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 4, pp. 39–57.*

19. Shchukina E.G., Bulygina L.S. Osobennosti tipov otnosheniya k bolezni u zhenshchin so zlokachestvennymi novoobrazovaniyam organov reproduktivnoi sistemy [Features of types of attitude to the disease in women with malignant neoplasms of the reproductive organs]. *Mental'naya ekologiya. Ekologiya chloveka [Mental ecology. Human ecology]*, 2006, no. 9, pp. 57–60.

Динамика качества жизни матери ребенка с церебральным параличом

Певнева А.Н.,

кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной и педагогической психологии, Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины, Гомель, Беларусь, pevneva.angela@rambler.ru

При исследовании психологических проблем матерей, воспитывающих ребенка с церебральным параличом, наименее изученной является проблема их качества жизни. Знание структурно-динамических характеристик качества жизни может дать ответ на ряд методологических и теоретических вопросов об изменении качества жизни во временной перспективе, его структурной иерархии и организации, устойчивости / неустойчивости структур, структурообразующих элементах. Целью исследования явилось выявление динамики качества жизни матери ребенка с церебральным параличом. Выборку составили 66 матерей, воспитывающих ребенка с церебральным параличом, из них 48 респондентов приняли участие в повторном исследовании. Итогом исследования является доказательство того, что качество жизни не является стабильным, зависит от ситуации и репродуцируется в контексте актуализирующей ситуации. Динамика качества жизни матери ребенка с церебральным параличом характеризуется различием показателей всех структурных компонентов, константностью доминирующей позиции физического функционирования, трансформацией структурной организации, ее гибкостью, а также сменой структурообразующего элемента.

Ключевые слова: динамика, структура, качество жизни, церебральный паралич.

Для цитаты:

Певнева А.Н. Динамика качества жизни матери ребенка с церебральным параличом [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 4. С. 58–73. doi: 10.17759/cpse.2019080404

For citation:

Pevneva A.N. The Dynamics of the Quality of Life of Mothers Bringing Up Children with Cerebral Palsy [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education

[Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2019, vol. 8, no. 4, pp. 58–73. doi: 10.17759/cpse.2019080404 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Понятие качества жизни и его феноменология активно обсуждаются в научной литературе. В широком смысле качество жизни определяется как ощущение человеком своего благополучия, удовлетворения или неудовлетворенности жизнью, счастья или несчастья в жизни. По определению ЮНЕСКО качество жизни включает систему показателей, характеризующих степень реализации жизненных стратегий людей, удовлетворения их жизненных потребностей. В зарубежной и отечественной социальной психологии понятие «качество жизни» соотносится с условиями существования человека, его потребностями, состоянием здоровья, физическим, социальным, психологическим и эмоциональным функционированием, субъективными представлениями и оценками своей жизни (Т.И. Ионова, Дж. Меран, А.А. Новик, Д. Шин), смыслом жизни и осознанием целей (К.А. Абульханова, Д.А. Леонтьев, Л.И. Славина, В. Франкл), умственным, психическим и психологическим здоровьем (Д. Джонсон, И.В. Дубровина, М.Ю. Сурмач, А.В. Шувалов), психологическим благополучием (В.И. Гордеев, Я.Л. Коломинский, Н.Н. Лепешинский, Р.М. Шамионов).

В понятии «качество жизни» ценность приобретают как сам смысл жизни, так и оценка удовлетворенности физическим и психологическим здоровьем. Большинство определений в своем содержании отражает связь качества жизни со здоровьем. Здоровье в рамках функционального подхода тесно связано с концепцией качества жизни [13]. В свою очередь в нашем исследовании мы будем говорить о качестве жизни личности, включающем оценку психического и психологического здоровья, содержательное наполнение которого предполагает жизнеспособность, готовность к эффективному функционированию независимо от обстоятельств жизнедеятельности [2], способность самостоятельно решать жизненные проблемы [4], а также удовлетворенность физическим, ролевым и социальным функционированием. Все эти характеристики применимы к матерям, ситуация которых связана с лечением, реабилитацией и воспитанием детей с церебральным параличом. Особенности заболевания представлены двигательными, психическими, речевыми, сенсорными, эмоционально-личностными расстройствами ребенка, а поведение ребенка зачастую является источником материнского раздражения, разочарования [1; 3; 5; 6; 8; 9; 14; 15], и определяющей переменной психологического здоровья матери и ее качества жизни в целом [12].

Изучение качества жизни матери ребенка с церебральным параличом в настоящее время повышается в связи с изучением семьи ребенка с особенностями развития (Е.В. Бурмистрова) и умственно отсталого (Р.Ф. Майрамян), родительства в семьях с детьми с ограниченными возможностями здоровья (О.Б. Зерницкий) и родителей детей с синдромом Ушера (И.В. Соломатина), отношения родителей к болезни ребенка (Д.Н. Исаев) и реагирования на присутствие в семье ребенка-

инвалида (М.С. Карданова, И.В. Рыженко), родителей детей с церебральным параличом (В.В. Ткачева).

Дальнейшее продвижение в исследовании указанной проблемы современные ученые связывают с изучением воздействия материнской депривации и неврологических заболеваний на речевое развитие детей первых трех лет жизни (Е.Е. Ляксо и др.); отношения матери к ребенку с нарушением интеллекта и со сниженным слухом (Е.А. Савина, О.Б. Чарова); эмоционально-оценочного отношения матери к подростку с церебральным параличом (Л.М. Колпакова, Н.А. Шаронова); материнской позиции в отношении их детей с церебральным параличом (О.Л. Романова); самопринятия матери ребенка с церебральным параличом (Н.Е. Карпова, Т.А. Стрекалова); матерей детей с отклонениями в развитии и их влияния на детско-родительские отношения (Т.Г. Горячева, И.А. Солнцева); матерей детей-инвалидов (М.Н. Гуслова, Т.К. Стуре). Качеству жизни матери ребенка с церебральным параличом посвящены исследования зарубежных ученых [1617–19]. Представленные в литературе исследования носят разрозненный характер и имеют разные акценты.

Программа исследования

Целью исследования выступило выявление динамики качества жизни матери ребенка с церебральным параличом. Нами было выдвинуто предположение о нестабильности и неустойчивости во временной перспективе таких характеристик качества жизни респондентов, как: общее состояние здоровья, физическое функционирование, ролевое функционирование, социальное функционирование, интенсивность боли, жизнеспособность. Для достижения поставленной цели и верификации гипотезы исследование включало два этапа: первый проводился с 2006 по 2009 гг., второй – с 2015 по 2017 гг.

В первичном обследовании участвовали 66 матерей (ОГ₆₆) в возрасте $27,85 \pm 2,23$ года, имеющих детей с церебральным параличом (37 мальчиков и 29 девочек в возрасте $5,77 \pm 1,65$ года). Характеристика детей: церебральный паралич и другие паралитические симптомы имели 17 (25,75 %) детей; церебральный паралич, а также задержка психического развития церебрально-органического происхождения были диагностированы у 10 (15,15 %) детей; церебральный паралич, а также задержка психического развития психогенного происхождения – у 14 (21,21%) детей; церебральный паралич, сопровождающийся умеренной умственной отсталостью, имели 11 (16,66 %) детей; 12 (18,18 %) детей имели церебральный паралич и тяжелую умственную отсталость; наконец двое (3,03 %) детей имели в анамнезе церебральный паралич и задержку психического развития конституционального происхождения.

При повторном проведении исследования учитывались изменения, характеризующие социальную ситуацию развития ребенка с церебральным параличом (переход от семейного воспитания к школьной социализации), а также социальное положение семей (изменения состава семьи, например, если в семьях появился второй ребенок, жилищных и материальных условий). Выборку повторного исследования (ОГ₄₈) составили 48 матерей ($34,47 \pm 3,32$ лет), которые

приняли участие в первом исследовании и продолжали воспитывать ребенка с церебральным параличом (27 мальчиков, 21 девочка в возрасте $11,68 \pm 1,83$ лет).

Для диагностики качества жизни использовался опросник SF-36 Health Status Survey [20]. В частности, использовалась его стандартная форма Short Form Medical Outcomes Study (SF-36). Опросник разрабатывался корпорацией RAND как часть многолетнего крупномасштабного проекта «Оценка результатов лечения» (Medical Outcomes Study). Он относится к неспецифическим опросникам и может быть использован для оценки качества жизни здоровых людей. Перевод на русский язык, апробация и валидизация опросника были проведены рядом исследователей в Институте клинико-фармакологических исследований (г. Санкт-Петербург, 2001). В 1998 году опросник был валидизирован сотрудниками аналитического сектора Межнационального Центра исследования качества жизни в г. Санкт-Петербурге для изучения качества жизни 2114 жителей. Российская версия опросника SF-36 обладает надежными психометрическими свойствами [10] и является приемлемой для проведения популяционных исследований качества жизни. Тридцать шесть пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: 1) общее состояние здоровья, 2) физическое функционирование, 3) ролевое функционирование, 4) социальное функционирование; 5) физическая боль, 6) жизненная активность, 7) физический компонент здоровья и 8) психологический компонент здоровья. Все шкалы формируют два показателя: психологическое и физическое благополучие.

Математическая обработка данных осуществлялась при помощи описательной статистики, *t*-критерий Стьюдента - для оценки равенства средних значений в двух выборках и корреляционного анализа Пирсона в программе Statistica 6.0.

Для определения временных изменений качества жизни оценивалась его динамика по средним значениям каждой переменной. Структурная иерархия шкал опросника производилась путем ранжирования полученных значений. Были построены и проанализированы интеркорреляционные плеяды качества жизни респондентов во временном континууме. Структурная организация определялась посредством расчета индекса когерентности, дивергентности и организованности структур качества жизни. Организованность структуры определялась (по А.В. Карпову [7]) путем подсчета индекса (ИОС), где суммируются индекс когерентности (ИКС) и индекс дивергентности структуры (ИДС). При вычислении ИКС суммировались положительные корреляционные связи с учетом их значимости (связям на уровне значимости $p < 0,05$ присваивался 1 балл; $p < 0,01$ – 2 балла, $p < 0,001$ – 3 балла). Данный индекс отражает степень интегрированности структуры. ИДС показывает «несинтезируемость» структуры. Он определялся путем подсчета суммы отрицательных корреляционных связей.

При обработке результатов вычислялся средний коэффициент интеркорреляции качества жизни (первое и второе измерение) и выражался в процентах. Индекс устойчивости–неустойчивости связей показателей шкал опросника определялся как отношение устойчивых связей к общему количеству значимых связей (устойчивые связи – связи на уровне значимости коэффициентов корреляции $p < 0,001$, связи неустойчивые (гибкие) – $p < 0,05$). Структурообразующий показатель качества жизни респондентов выявлялся при подсчете «структурного

веса» каждого значения переменных (количество значимых положительных и отрицательных корреляций, умноженных на коэффициент корреляции).

Результаты исследования

Аналізу подверглись полученные результаты, которые представлены в виде оценок в баллах по 8 шкалам. Результаты обрабатывались по «ключу». Количество баллов, соответствующее 100, указывает на более высокий уровень качества жизни; значение показателя выше 75 баллов – на незначительное снижение; выше 50 – умеренное; выше 25 – значительное; менее 25 – резко выраженное снижение качества жизни [20]. В ходе исследования выявлено значительное снижение показателей (от 25 до 50 баллов) общего состояния здоровья ($41,80 \pm 11,01$), физического ($44,27 \pm 20,78$) и социального функционирования ($26,48 \pm 19,41$), интенсивности боли ($37,510 \pm 16,05$), жизнеспособности ($35,15 \pm 12,28$), психического здоровья ($38,24 \pm 12,34$) матери ребенка с церебральным параличом. Выявлено резко выраженное снижение (меньше 25 баллов) ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным ($19,44 \pm 25,70$) и физическим ($18,94 \pm 26,33$) состоянием. Физический компонент здоровья респондентов ($50,02 \pm 3,24$) умеренно снижен (от 50 до 75) и включает значения шкал физического и ролевого функционирования; интенсивности боли; общего состояния здоровья. Психологическое здоровье респондентов ($30,34 \pm 6,47$) значительно снижено. Самый высокий показатель разности данных наблюдается по шкале «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ($d=52,66$), низкий – «Общее состояние здоровья» ($d=22,02$).

По результатам первого измерения показатели качества жизни респондентов снижены от 18,93 до 44,27 баллов. Надо признать тот факт, что наличие больного ребенка в семье негативно сказывается на оценке общего состояния здоровья матерями, включая физическое и психологическое, а также на их социальной активности, о чем упоминается в некоторых исследованиях [19].

В результате исследования наиболее высокие средние значения выявлены по шкале физического функционирования ($m=44,27$) и низкое ($m=18,94$) – по шкале ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием, что может ограничивать социальную и ролевою активность матери. Возможно, это вносит существенные коррективы в оценку респондентами как общего состояния здоровья ($m=41,80$), так и психического ($m=38,24$). Повседневная забота матери о ребенке с церебральным параличом сопровождается болезненными ощущениями ($m=37,50$). Мы можем предположить, что это отрицательно отражается на жизненной активности ($m=35,15$), социальном ($m=26,48$) и ролевом функционировании, которые обусловлены эмоциональным состоянием ($m=19,44$).

В ходе корреляционного анализа показателей качества жизни респондентов было установлено 37 положительных и одна отрицательная связь между физическим компонентом здоровья и физическим функционированием ($r=-0,34$; $p<0,01$), из них 33 устойчивых (при уровне значимости коэффициентов корреляции $p<0,001$) и 6 неустойчивых (гибких) связей (при $p<0,05$). Коэффициенты корреляции варьируют от $r=0,26$ (психологическое здоровье и физическое функционирование)

до $r=0,83$ (психическое здоровье и психологический компонент здоровья). Устойчивость структуры качества жизни респондентов составила 84%, что соответствует достаточно «жестким» связям между переменными (процент устойчивости структуры определялся как отношение устойчивых связей к общему количеству значимых связей, умноженных на 100%).

Для нахождения «ведущего» элемента в структуре качества жизни респондентов связям на уровне значимости $p<0,05$ присваивался 1 балл, $p<0,01$ – 2 балла, $p<0,001$ – 3 балла. Переменная с наибольшей суммой баллов по всем связям (статистический вес) является структурообразующим элементом и определяет построение всей структуры. Как показано на рис. 1, устойчивые связи выявлены между общим состоянием здоровья и физическим функционированием ($r=0,60$), ролевым функционированием, обусловленным физическим ($r=0,60$) и эмоциональным состоянием ($r=0,49$), социальным функционированием ($r=0,59$), жизненной активностью ($r=0,63$) и самооценкой психического здоровья ($r=0,83$).

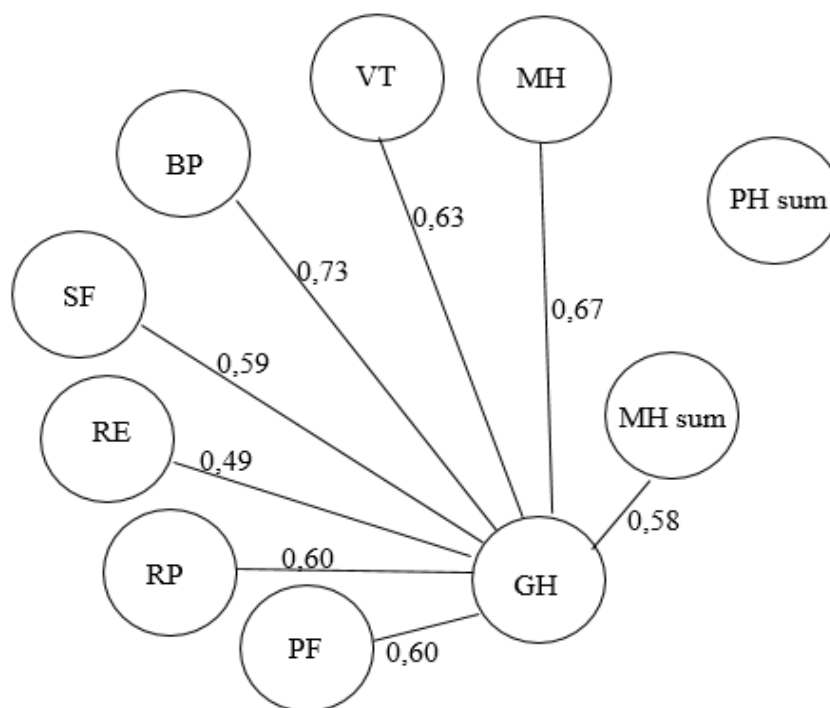


Рис. 1. Корреляционные плеяды: графическое представление связи качества жизни респондентов ОГ₆₆

Примечание. Все указанные связи статистически значимы на уровне $p<0,001$. GH – общее состояние здоровья; PF – физическое функционирование; RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; SF – социальное функционирование; BP – интенсивность боли; VT – жизненная активность; MH – самооценка психического здоровья; Ph sum – физический компонент здоровья; Mh sum – психологический компонент здоровья.

Анализ значимости корреляций показал, что наибольшим числом высокосignификантных, устойчивых связей обладает показатель общего состояния здоровья, включая максимальное количество корреляций (8 связей при $p<0,001$),

а, следовательно, согласно структурографическому анализу А.В. Карпова [7], является ведущим элементом структуры качества жизни респондентов.

Средний коэффициент корреляции составляет $r_m=0,61$, а 29,16% показателей не случайно положительно направлены. При рассмотрении общих структурных характеристик качества жизни индекс когерентности составил ИКС=106, дивергентности ИДС=2. Высокий индекс организованности (ИОС=108) указывает на связанность, структурированность (когерентность, организованность), а устойчивость определяет прочность структуры как целого. По результатам первого измерения структура качества жизни сложно организована и устойчива. Состояние здоровья матерей, включая физический, психический и психологический компоненты, актуализируется в ситуации воспитания, лечения и реабилитации ребенка с церебральным параличом. Наши данные дополняют результаты ряда исследователей [3; 5; 6; 9; 14; 15] о наличии выраженных психологических и социальных проблем в семьях детей с различными вариантами дизонтогенеза, а также онкологическими и хроническими заболеваниями. Исследователи выявили значительное снижение параметров качества жизни у родителей детей с онкологическими заболеваниями по сравнению с показателями качества жизни родителей, имеющих детей с общесоматическими заболеваниями [10].

На втором этапе исследования результаты качества жизни матерей, воспитывающих ребенка с церебральным параличом, претерпевают трансформацию. Обнаружен широкий разброс значений по шкале ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ($d=72,72$), самый узкий ($d=20,82$) – по шкале Физическое функционирование. Показатели физического функционирования ($87,81 \pm 10,41$) у респондентов снижены незначительно (от 75 до 100 баллов), в то время как физического компонента здоровья ($m=50,55$), общего состояния здоровья ($63,12 \pm 18,89$), ролевого ($61,46 \pm 35,71$) и социального функционирования ($68,29 \pm 19,10$), жизненной активности ($55,42 \pm 15,12$), а также психического здоровья ($58,92 \pm 13,73$) – умеренно (от 50 до 75 баллов).

Изменение значений психологического компонента здоровья ($m=39,83$), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ($48,59 \pm 36,36$) респондентов ОГ₄₈, характеризуется значительным снижением (от 25 до 50 баллов). Большинство значений переменных качества жизни респондентов ОГ₄₈ находится в диапазоне (от 50 до 75 баллов) умеренного снижения.

Сравнительный анализ показателей качества жизни во временном континууме позволил выявить, что у матерей, независимо от временного интервала, физическое состояние ограничивается состоянием здоровья ($m=87,81$ и $m=44,27$ соответственно). Это свидетельствует о постоянных физических нагрузках матери в процессе оказания помощи ребенку с церебральным параличом, которая со временем не только не ослабевает, но и возрастает.

По результатам повторного исследования отмечается возрастающая активность социального функционирования ($m=68,29$) по сравнению с результатами первого ($m=26,48$) измерения (табл. 1).

Таблица 1

Оценка качества жизни респондентами ОГ (первое и второе измерение)

Шкалы	ОГ ₆₆		ОГ ₄₈	
	m	ранг	m	ранг
Общее состояние здоровья	41,80	2	63,12	4
Физическое функционирование	44,27	1	87,81	1
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием	18,93	8	61,46	5
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	19,43	7	48,59	8
Социальное функционирование	26,48	6	68,29	2
Интенсивность боли	37,50	4	64,37	3
Жизнеспособность	35,15	5	55,42	7
Психическое здоровье	38,24	3	58,92	6
Физический компонент здоровья	50,02	-	50,55	-
Психологический компонент здоровья	30,34	-	39,83	-

Смена позиции социального функционирования респондентов свидетельствует о восстановлении и сохранении социальных контактов матери с близкими, друзьями, знакомыми. Со временем объектом внимания матери ребенка с церебральным параличом становится забота о своем состоянии здоровья, которое определяет эффективность жизнедеятельности, рольное функционирование.

Психическое здоровье респондентов ОГ₄₈, характеризующее настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций, и жизнеспособность (ощущение человека полным сил и энергии или, напротив, обессиленным) определяются также положительными изменениями, занимая шестой и седьмой ранг соответственно. Восьмой ранг занимает рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием.

Со временем у матерей, воспитывающих детей с церебральным параличом, происходит переоценка психического здоровья, жизнеспособности и социальной активности. Ситуация матери, вызванная воспитанием, лечением и реабилитацией ребенка с церебральным параличом, определяет своеобразие иерархичности структуры качества жизни, тем самым отражая его многомерность, изменчивость во времени и оценки респондентами состояния здоровья.

В результате проведенного анализа важно отметить, что во втором измерении распределение средних значений качества жизни по рангам матерями детей с церебральным параличом отличается от результатов первого, в частности, средние значения качества жизни респондентов во втором исследовании выше по сравнению с первым. По результатам повторного измерения можно констатировать, что структура качества жизни респондентов со временем претерпевает трансформацию. В структуре качества жизни респондентов ОГ₄₈ происходит разрушение прежних связей, изменяется их количество ($n=20$), намечается тенденция к дифференциации различных показателей. Общее количество интеркорреляций переменных со временем уменьшается за счет увеличения гибких связей (со значимостью $p<0,05$). Как следствие, происходит снижение прочности, устойчивости структурной организации качества жизни.

Диапазон варьирования коэффициентов корреляции включает значения от $r=0,29$ (физическое здоровье и жизнеспособность) до $r=0,77$ (психологическое здоровье и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием). Во временном континууме минимальный коэффициент корреляции определен между шкалами Физический компонент здоровья и Жизнеспособность ($r=0,29$; $p<0,05$), а максимальный – между ролевым функционированием и психологическим здоровьем ($r=0,77$; $p<0,001$).

Характеристика структуры качества жизни связана не только с количеством корреляций переменных, но и с устойчивостью, которая определяется отношением высокосвязанных связей к общему количеству значимых связей. По результатам повторного измерения отмечается снижение устойчивости структурной организации качества жизни, так как показатель составляет 43%, что меньше 50%.

По результатам первого измерения связи между структурными компонентами качества жизни у респондентов более тесные ($r_m=0,61$), по сравнению с результатами повторного исследования ($r_m=0,45$), что, возможно, указывает на более высокий уровень их дифференциации; связи у 20,25% показателей варьируют однонаправленно. Все связи характеризуются положительной направленностью. Наряду с этим происходит снижение величин, которые отражают сложность структуры, так индекс организованности структуры равен 43. Важно подчеркнуть, что при организованности структуры индекс дивергентности ниже индекса когерентности структур качества жизни.

В процессе анализа динамики корреляции показателей качества жизни респондентов установлено 38 связей в первом исследовании и 20 связей – во втором. В ходе исследования были выявлены значимые связи между всеми показателями качества жизни респондентов в диапазоне от 0,30 ($p<0,05$) до 0,83 ($p<0,001$), динамика которых со временем проявилась в снижении коэффициентов корреляции от 0,77 ($p<0,001$) до 0,29 ($p<0,05$).

Ведущим элементом качества жизни респондентов ОГ₄₈ является жизнеспособность, так как она имеет высокий статистический вес и наибольшее количество (шесть) интеркорреляций с другими показателями. Отметим связь жизненной активности с ролевым ($r=0,41$; $p<0,01$), социальным функционированием

($r=0,40$; $p<0,01$), интенсивностью боли ($r=0,52$; $p<0,001$), психическим ($r=0,52$; $p<0,001$), физическим ($r=0,29$; $p<0,05$) и психологическим ($r=0,62$; $p<0,001$) здоровьем (рис. 2).

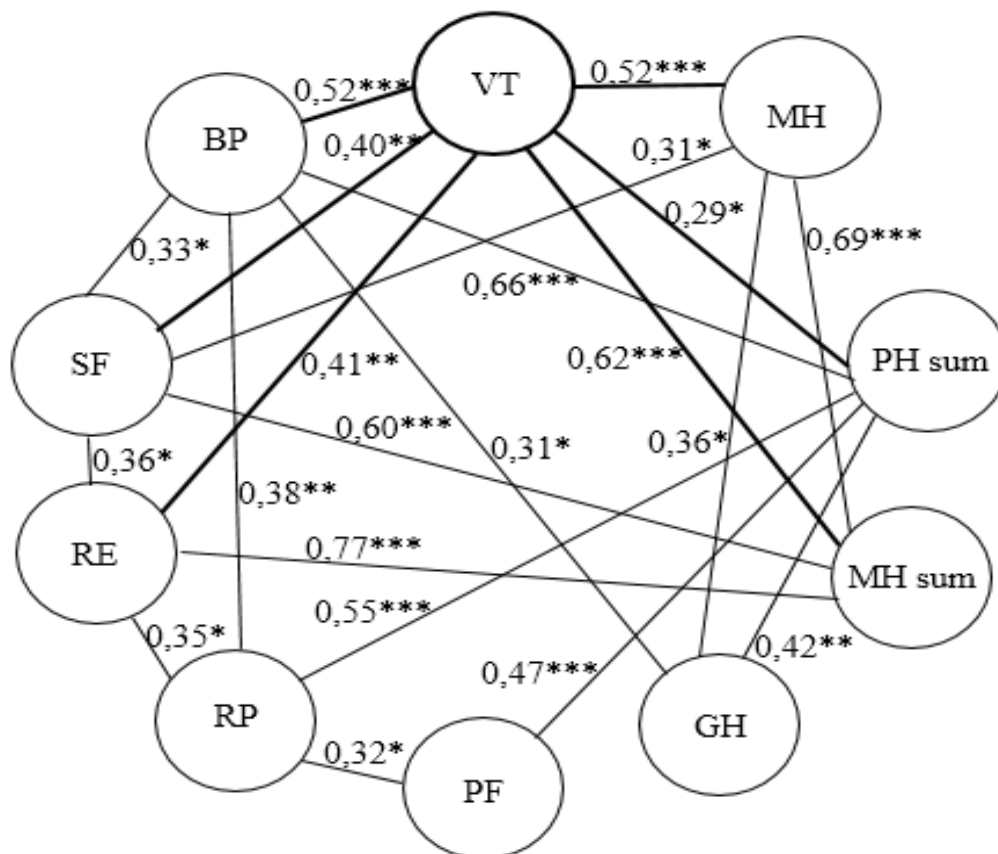


Рис. 2. Корреляционные плеяды: графическое представление связи качества жизни респондентов ОГ₄₈

Примечание. Используются обозначения уровня значимости * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$. GH – общее состояние здоровья; PF – физическое функционирование; RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; SF – социальное функционирование; BP – интенсивность боли; VT – жизненная активность; MH – самооценка психического здоровья; Ph sum – физический компонент здоровья; Mh sum – психологический компонент здоровья.

Показатели качества жизни по результатам первого исследования снижены от 44,27 до 18,93 баллов, а при повторном исследовании выявлены изменения в значениях – от 39,83 до 87,81 баллов. В целом, обнаружены статистически значимые различия выраженности показателей качества жизни респондентов ($p<0,001$) по всем шкалам, что говорит о сохранности их социальной и жизненной активности, возможном восстановлении старых социальных связей и формировании новых (поиск контактов с семьями, воспитывающих ребенка с церебральным параличом; взаимодействие со специалистами: педагогами, врачами, психологами и т.д.). При этом исключение составляет показатель физического компонента здоровья, включающего значения шкал физического и ролевого функционирования,

обусловленное физическим состоянием; интенсивности боли; общего состояния здоровья (табл. 2).

Таблица 2

Различия в показателях качества жизни респондентов (первое и второе измерение) по t-критерию Стьюдента

Шкалы	Среднее значение		t-критерий	p
	ОГ ₆₆	ОГ ₄₈		
Общее состояние здоровья	41,80	63,12	-7,57	0,001
Физическое функционирование	44,27	87,81	-13,34	0,001
Ролевое функционирование	19,43	48,59	-5,02	0,001
Социальная активность	26,48	68,29	-11,43	0,001
Жизнеспособность	35,15	55,42	-7,89	0,001
Самооценка психического здоровья	38,24	58,92	-8,42	0,001
Физический компонент здоровья	50,09	50,55	-0,39	0,690
Психологический компонент здоровья	30,34	39,83	-6,43	0,001

Константность в оценке физического здоровья респондентами свидетельствует о регулярных нагрузках, связанных с оказанием физической помощи ребенку с церебральным параличом по дому и вне его. Резюмируя, отметим изменения показателей качества жизни матерей во временной перспективе, при этом подчеркнем, что наличие больного ребенка вносит существенные коррективы в субъективную оценку качества их жизни.

Выводы

Таким образом, выявлена динамика качества жизни матери ребенка с церебральным параличом, которая характеризуется разным уровнем выраженности всех структурных компонентов, наличием доминирующего компонента физического функционирования, изменением структурной организации за счет снижения числа связей, средних коэффициентов корреляции, минимальных и максимальных значений, индексов организованности структур, когерентности и дивергентности, увеличения неустойчивых связей, следствием чего является ослабление прочности структурной организации качества жизни. Качественным своеобразием динамики качества жизни респондентов является высокий индекс когерентности и низкий индекс дивергентности структур, наличие структурообразующего показателя, сменяющегося с общего состояния здоровья на жизнеспособность во временной перспективе, что свидетельствует о проявлениях ее нестабильности, изменчивости во времени.

Литература

1. Авдеева Н.Н. Взаимодействие матери и ребенка раннего возраста с задержкой речевого развития // Психологическая наука и образование. 2019. Т. 24. № 2. С. 19–28. doi: 10.17759/pse.2019240202
2. Ананьев Б.Г. Избранные труды по психологии: В 2 т. Т. 1. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2007. 409 с.
3. Винникова Е.А. Принципы и технологии взаимодействия с семьей ребенка с особенностями психофизического развития // Специальная адукация. 2010. № 6. С. 24–29.
4. Воловикова М.И., Джидарьян И.А. Итоги исследований психологического здоровья в лаборатории психологии личности // Психологический журнал. 2017. № 2. С. 19–31.
5. Гуслова М.Н., Стуре Т.К. Психологическое изучение матерей, воспитывающих детей-инвалидов // Дефектология. 2003. № 6. С. 28–32.
6. Исаев Д.Н. Умственная отсталость детей и подростков. СПб.: Речь, 2007. 389 с.
7. Карпов А.В., Карпов А.В., Маркова Е.В. Психология принятия решения в управленческой деятельности. М.: изд. дом РАО, 2016. 644 с.
8. Левчик Т.П. Особенности родительского отношения в семьях, воспитывающих детей с нормальным и нарушенным развитием // Психологический журнал. 2011. № 3/4. С. 29–33.
9. Майрамян Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребенок: психопатологические и психологические аспекты проблемы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1976. 24 с.
10. Никитина Т.П., Моисеенко Е.И., Заева Г.Е. и др. Изучение качества жизни родителей детей, больных онкологическими заболеваниями. // Вестник международного центра исследования качества жизни. 2005. № 5/6. С. 88–96.
11. Новик А.А., Ионова Т.И., Гандек Б. и др. Показатели качества жизни населения Санкт-Петербурга. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2001. № 4. С. 22–31.
12. Певнева А.Н. Качество жизни, психическое состояние и смысложизненные ориентации матерей, дети которых страдают церебральным параличом // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2011. № 3. С. 66–74.
13. Сурмач М.Ю. Качество жизни подростков Республики Беларусь: связь со здоровьем. Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2013. 228 с.
14. Ткачева В.В. Психологические особенности родителей, имеющих детей с детским церебральным параличом // Специальная психология. 2009. № 1. С. 53–62.

15. Чарова О.Б., Савина Е.А. Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием // Дефектология. 1999. № 5. С. 34–39.
16. Barog Z.S., Younesi S.J., Sedaghati A.H., et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Quality of Life of Mothers of Children with Cerebral Palsy // Iran Journal of Psychiatry. 2015. Vol. 10. № 2. P. 86–92.
17. Marrón E., Redolar-Ripoll D., Boixadós M., et al. Burden on caregivers of children with cerebral palsy: predictors and related factors // Universitas Psychologica. 2013. Vol. 12. № 3. P. 767–777.
18. Okurowska-Zawada B., Kułak W., Wojtkowski J., et al. Quality of life of parents of children with cerebral palsy // Progress in Health Sciences. 2011. Vol. 1. № 1. P. 116–123.
19. Ones K., Yilmaz E., Cetinkaya B., et al. Assessment of the quality of life of mothers of children with cerebral palsy (primary caregivers) // Neurorehabil Neural Repair. 2005. Vol. 19. № 3. P. 232–237.
20. Ware J.E., Kosinski M., Gandek B. SF-36 health survey: manual and interpretation guide. Boston: Health Inst., 1993. 316 p.

The Dynamics of the Quality of Life of Mothers Bringing up Children with Cerebral Palsy

Pevneva A.N.,

*PhD in Psychology, Professor of the Department of Social and Pedagogical Psychology,
Francisk Skorina Gomel State University, Gomel, Belarus. pevneva.angela@rambler.ru*

In studies of psychological problems of mothers bringing up children with cerebral palsy, the least explored is the problem of the quality of life. The knowledge of the structural and dynamic characteristics of the quality of life may give an answer to a number of methodological and theoretical issues on the change in the quality of life over time, its structural hierarchy and organization, structure sustainability/unsustainability and core elements. The aim of present study was to identify the dynamics of the quality of life of the mother of a child with cerebral palsy. 66 mothers raising a child with cerebral palsy have been surveyed; 48 respondents participated in a repeated measurement. The outcome of the study is the proof that the quality of life is not stable, it depends on the situation and is reproduced in the context of the situation. The dynamics of the quality of life of the mother of a child with cerebral palsy is characterized by difference in indicators of all structural components with the tendency to change positively, constancy of dominant position of physical functioning, structural transformation of the organization, its flexibility, as well as change of the structural core element.

Keywords: dynamics, structure, quality of life, cerebral palsy.

References

1. Avdeeva N.N. Vzaimodejstvie materi i rebenka rannego vozrasta s zaderzhkoj rechevogo razvitiya [The interaction of a mother and a young child with delayed speech development]. *Psichologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2019, no. 2, pp. 19–28. (In Russ.; abstr. in Engl.)
2. Anan'ev B.G. Izbrannye trudy po psihologii: V 2 t. T. 1. [Selected works on Psychology], Saint-Petersburg: Publ. of SPU, 2007. 409 p.
3. Vinnikova, E.A. Principy i tekhnologii vzaimodejstviya s sem'ej rebenka s osobennostyami psihofizicheskogo razvitiya [Principles and methods of interaction with the family of a child with psychological and physical development peculiarities].

Spetsyul'naya adukacyya [Specialized Education], 2010, no. 6, pp. 24–29. (In Russ.; abstr. in Engl.)

4. Volovikova M.I., Dzhidar'yan I.A. Itogi issledovaniy psihologicheskogo zdorov'ya v laboratorii psihologii lichnosti [The results of the research of psychological health in the laboratory of personality psychology] *Psihologicheskij zhurnal [Psychological Journal]*, 2017, no. 2, pp. 19–31. (In Russ.; abstr. in Engl.)

5. Guslova M.N., Sture T.K. Psihologicheskoe izuchenie materej, vospityvayushchih detej-invalidov [Psychological study of mothers raising children with disabilities]. *Defektologiya [Defectology]*, 2003, no. 6, pp. 28–32. (In Russ.; abstr. in Engl.)

6. Isaev D.N. Umstvennaya otstalost' detej i podrostkov [Mental retardation of children and adolescents]. Saint-Petersburg: Rech., 2002. 389 p. (In Russ.).

7. Karpov A.V., Karpov A.V., Markova E.V. Psihologiya prinyatiya resheniya v upravlencheskoj deyatel'nosti [Decision psychology in management]. Moscow: Izd. Dom RAO, 2016. 644 p. (In Russ.).

8. Levchik T.P. Osobennosti roditel'skogo otnosheniya v sem'yah, vospityvayushchih detej s normal'nym i narushennym razvitiem [Features of parental relations in families raising children with normal and impaired development]. *Psihologicheskij zhurnal [Psychological Journal]*, 2011, no. 3/4. pp. 29–33. (In Russ.; abstr. in Engl.)

9. Majramyan R.F. Sem'ya i umstvenno otstalyj rebenok: psihopatologicheskie i psihologicheskie aspekty problem. Avtoref. diss. kand. med. Nauk [Family and a mentally retarded child: mental and psychological aspects of the problem. PhD. (Medicine) Thesis]. Moscow, 1976. 24 p. (In Russ.).

10. Nikitina T.P., Moiseenko E.I., Zaeva G.E., et al. Izuchenie kachestva zhizni roditel'ej detej, bol'nyh onkologicheskimi zabolevaniyami [Study of the quality of life of parents of children suffering from cancer]. *Vestnik mezhnacional'nogo centra issledovaniya kachestva zhizni [Bulletin of the International Research Center of the Quality of Life]*, 2005, no. 5/6, pp. 88–96. (In Russ.; abstr. in Engl.)

11. Novik A.A., Ionova T.I., Gandek B., et al. Pokazateli kachestva zhizni naseleniya Sankt-Peterburga [Quality of life indicators for St. Petersburg citizens или Citizens of St. Petersburg]. *Problemy standartizacii v zdrazvoohranenii [Health care standardization problems]*, 2001, no. 4, pp. 22–31. (In Russ.).

12. Pevneva A.N. Kachestvo zhizni, psihicheskoe sostoyanie i smyslozhiznennyye orientacii materej, deti kotoryh stradayut cerebral'nym paralichom [Quality of life, mental state and life values of the mothers whose children suffer cerebral palsy]. *Psihiatriya, psihoterapiya i klinicheskaya psihologiya [Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology]*, 2011, no. 3, pp. 66–74. (In Russ.; abstr. in Engl.)

13. Surmach M.Yu. Kachestvo zhizni podrostkov Respubliki Belarus': svyaz' so zdorov'em [The quality of life of adolescents in the Republic of Belarus: health connections], Grodno: State Medical University, 2013. 228 p. (In Russ.).

14. Tkacheva V.V. Psihologicheskie osobennosti roditel'ej, imeyushchih detej s detskim cerebral'nym paralichom [Psychological characteristics of parents having children with cerebral palsy]. *Special'naya psihologiya* [*Special Psychology*], 2009, no. 1, pp. 53–62. (In Russ.; abstr. in Engl.).
15. Charova O.B., Savina E.A. Osobennosti materinskogo otnosheniya k rebenku s intellektual'nym nedorazvitiem [Features of maternal attitude to children with intellectual underdevelopment]. *Defektologiya* [*Defectology*], 1999, no. 5, pp. 34–39. (In Russ.).
16. Barog Z.S., Younesi S.J., Sedaghati A.H., et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Quality of Life of Mothers of Children with Cerebral Palsy. *Iran Journal of Psychiatry*, 2015, vol. 10, no. 2, pp. 86–92.
17. Marrón E., Redolar-Ripoll D., Boixadós M., et al. Burden on caregivers of children with cerebral palsy: predictors and related factors. *Universitas Psychologica*, 2013, vol. 12, no. 3, pp. 767–777.
18. Okurowska-Zawada B., Kułak W., Wojtkowski J., et al. Quality of life of parents of children with cerebral palsy. *Progress in Health Sciences*, 2011, vol. 1, no. 1, pp. 116–123.
19. Ones K., Yilmaz E., Cetinkaya, B., et al. Assessment of the quality of life of mothers of children with cerebral palsy (primary caregivers). *Neurorehabil Neural Repair*, 2005, vol. 19, no. 3, pp. 232–237.
20. Ware J.E., Kosinski M., Gandek B. SF-36 health survey: manual and interpretation guide. Boston: Health Inst., 1993. Vol. 316 p.

Нарциссические черты личности и их взаимосвязь с разными асpekтами самоотношения в молодежной выборке

Польская Н.А.,

доктор психологических наук, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, polskayana@yandex.ru

Соловьянова Ю.А.,

студентка, факультет консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, julia4od@gmail.com

Представлены результаты исследования, направленного на оценку связи нарциссических черт и аспектов самоотношения личности в популяционной выборке юношеского и молодого возраста. В исследовании приняли участие 67 респондентов в возрасте от 17 до 30 лет; 59 (88,1%) – женского пола, 8 (11,9%) – мужского пола. Основная часть выборки – 58 человек (84,1%) – студенты, обучающиеся в высших учебных заведениях. Использовались методики: Короткий опросник темной триады (М.С. Егорова, М.А. Ситникова, О.В. Паршикова, 2015), опросник «Нарциссические черты личности» (О.А. Шамшикова, Н.М. Клепикова, 2010), Краткий опросник «Большой пятерки» (Т.В. Корнилова, М.А. Чумакова, 2016) и Опросник самоотношения (В.В. Столин, С.Р. Пантिलеев, 1988). При обработке данных использовались методы корреляционного и множественного регрессионного анализа. Выявлены значимые взаимосвязи между показателями самоотношения, темной триадой личностных черт и нарциссическими чертами. Большинство корреляций имеют отрицательное значение за исключением шкал самоинтереса, аутосимпатии, ожидаемого отношения от других. Отсутствие эмпатии и зависть к достижениям других оказались более свойственны респондентам с преобладанием негативных представлений о собственной личности. Влияние показателей темной триады и нарциссических черт личности на факторы самоотношения имеет отрицательный характер за исключением грандиозного чувства самозначимости и веры в собственную уникальность. Полученные результаты отражают противоречивость самоотношения, определяемую сочетанием грандиозности и уязвимости – главных характеристик нарциссической структуры личности.

Ключевые слова: нарциссическая структура личности, Темная триада; самоотношение, DSM-5, исследования нарциссизма, личностные черты, Большая пятерка.

Для цитаты:

Польская Н.А., Соловьянова Ю.А. Нарциссические черты личности и их взаимосвязь с разными аспектами самоотношения в молодежной выборке [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 4. С. 74–92. doi: 10.17759/cpse.2019080405

For citation:

Polskaya N.A., Solovyanova Y.A. Narcissistic Features of Personality and Their Correlation with Self-attitude in Young Adult Sample [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2019, vol. 8, no. 4, pp. 74–92. doi: 10.17759/cpse.2019080405 (In Russ., abstr. in Engl.)

В клиничко-психологической и психотерапевтической литературе большое внимание уделяется проблеме нарциссизма [1; 2; 4; 7; 10; 16]. Этот интерес связан с современной культурной ситуацией и с социальными приоритетами, поощряющими индивидуализм, целеустремленность, уверенность и независимость. Современный человек озабочен самопониманием, самоутверждением и саморефлексией. Обратной – «темной» – стороной фокусировки на индивидуализме и уникальности собственной личности являются высокомерие, манипулятивность, пренебрежение моральными нормами, проблемы с установлением эмоционально значимых и доверительных взаимоотношений. В психологических и клинических классификациях выделен континуум эмоциональных, личностных и поведенческих феноменов – от отдельных черт в структуре характера до крайне заостренных, патологических личностных черт, определяемых термином «нарциссизм».

Нарциссические черты могут присутствовать в структуре личности и поддерживать стремление к успеху, достижениям, самореализации, карьере, социальному признанию. В периоды кризисов развития (например, в подростковом возрасте или в период физиологического и психического старения) выраженность нарциссических черт может усиливаться в ответ на физиологические изменения организма и изменения социальных ожиданий, что может стать причиной трудностей социальной адаптации.

Нарциссическое расстройство личности в DSM-5. При нарциссическом расстройстве личности трудности социальной адаптации приобретают постоянный характер, что выражается, согласно DSM-5, паттерном устойчивых характеристик: чувством грандиозности, потребностью в восхищении и отсутствием эмпатии [13]. Эти характеристики имеют прямое отношение к я-концепции (самоотношению, самооценке) личности и к межличностным отношениям личности. Они оказываются в основе нарушений социальной адаптации и при их значительной выраженности – причиной нарциссического расстройства.

В качестве основных характеристик нарциссического расстройства личности, проявляющихся к ранней взрослости, в DSM-5 указываются следующие [13]:

- 1) грандиозное чувство собственной важности: преувеличенные представления о своих талантах, ожидания признания и отсутствие реальных достижений;
- 2) захваченность фантазиями о неограниченном успехе, власти, уме, красоте или идеальной любви;
- 3) вера в собственную уникальность и избранность (человек считает, что может быть понят или должен общаться только с особенными или высокостатусными людьми или сообществами);
- 4) требование чрезмерного восхищения;
- 5) чувство привилегированности (нереалистичные ожидания особого к себе отношения или уступок со стороны окружающих);
- 6) эксплуатация других (использует других для достижения своих целей);
- 7) отсутствие эмпатии, неспособность распознать чувства и потребности других людей, отождествлять себя с ними;
- 8) чувство зависти или вера в то, что другие ему завидуют;
- 9) высокомерное и надменное поведение.

Современные исследования нарциссизма отражают наличие устоявшейся проблематики, связанной с нарушениями личностного и эмоционального функционирования, которые определяются с помощью близких или идентичных характеристик, а понимание нарциссизма охватывает значительный континуум феноменов, относящихся как к нормативному психическому функционированию, так и к клинической форме злокачественного нарциссизма [14; 15; 18–24].

Нарциссизм как форма пограничной организации личности. Эта континуальность находит свое отражение в современных психоаналитических представлениях о высшем и низшем уровнях пограничной личностной организации. Именно в этих рамках рассматривается нарциссизм: он может относиться как к высшему уровню – в форме нарциссического расстройства личности, так и к низшему – в форме злокачественного нарциссизма [4]. Главной патологической характеристикой пограничной организации личности называют нарушение интеграции и целостности личности, диффузную идентичность, следствием чего является сложность, неясность, хаотичность внутреннего мира пограничной личности, неспособной осознать внутренние противоречия [4; 6].

В качестве поведенческих коррелятов пограничной личностной организации выступают проблемы с контролем импульсов, гнев, эмоциональная неустойчивость, проблемы тестирования реальности, самоповреждающее поведение, проблемы с моралью [1; 4]. Типичным проявлением диффузной идентичности, пишут Ф. Йоманс, Д. Кларкин и О. Кернберг, является импульсивность – быстрый переход от спокойствия в отношении к ярости из-за малейших признаков невнимания [4, с. 20]. Нарциссическое расстройство личности, по их мнению, является одним из

вариантов пограничной личностной организации – диффузия идентичности в данном случае проявляется в чувстве грандиозности [4].

С одной стороны, диффузия идентичности сказывается на самопонимании, приводя к когнитивным искажениям и эмоциональной дисрегуляции. С другой стороны, маркером этой диффузии оказываются дисфункциональные межличностные отношения, в контексте которых и разворачивается драма нарциссической личности – драма ее расщепления, импульсивности, самовозвеличивания и самообесценивания.

Исследования нарциссизма. Одной из задач изучения нарциссизма является задача психологической операционализации и верификации наблюдаемых феноменов. Диффузная идентичность является одной из основных характеристик нарциссической личности. Она может быть исследована с помощью диагностики самооотношения (я-концепции, самооценки) личности. Именно «неспособность психики регулировать самооценку и поддерживать ее на нормальном уровне» [6, с. 37] составляет ядро психологического дефекта нарциссической личности.

Как отмечают российские исследователи, я-концепция нарциссической личности характеризуется либо резко негативной, либо резко позитивной самооценкой; чувством собственной уникальности, собственным моральным кодексом; грандиозными фантазиями, с которыми соотносится позитивный образ Я [2]. Озабоченность собой и преувеличенное чувство собственной значимости приводят к выраженному доминированию мотива достижения и превосходства, что накладывает отпечаток на межличностные отношения, которые сопровождаются мучительными переживаниями и постоянным сравнением с более успешными людьми [10; 18]. Грандиозность нередко сочетается с переживанием психологической хрупкости, сопровождающейся страхом потерять себя, утратить самоуважение. Диффузность, размытость внутриличностных и межличностных границ определяется сложными взаимосвязями базовых характеристик нарциссической личности – грандиозностью, уязвимостью, привилегированностью.

В зависимости от преобладающей тенденции – грандиозности или уязвимости – выделяют грандиозный и уязвимый типы нарциссизма [19; 20; 23]. Грандиозные нарциссы, как правило, настроены энергично и оптимистично, у них высокая самооценка, и они в большей мере готовы использовать других людей. Уязвимые нарциссы чувствительны к угрозам, склонны к беспокойству и отрицательному аффекту. Свойственные им гиперчувствительность и разочарование, вызванное неудовлетворенными ожиданиями, ведут к социальной дезорганизации и избеганию в безуспешной попытке управлять самооценкой. Это вызывает стыд, депрессию, гнев, враждебность и часто достигает кульминации во вспышках нарциссической ярости.

Эмпирически выявлена положительная связь грандиозного нарциссизма с субъективным благополучием и отрицательная – с психологическим дистрессом [14; 15]. Вне зависимости от преобладания грандиозности или уязвимости в структуре личности высокая чувствительность к социальным сравнениям, наряду

с негативным опытом межличностного взаимодействия, оказывают влияние на стабильность самооценки и колебания настроения [21; 24].

В данной статье представлены результаты эмпирического исследования связи нарциссических черт личности (структурных характеристик, которые относятся к нарциссическому личностному радикалу) и самооотношения – эмоционально-ценностного отношения личности к себе [11], которое может как способствовать, так и препятствовать самореализации или быть конфликтным (т.е. соединять в себе обе тенденции) [8]. Структура самооотношения неоднородна и вариативна, она включает разные аспекты того, как личность относится к себе: с симпатией или антипатией, уважением или неуважением, с чувством близости или с отчуждением [8]. При пограничной личностной организации негативные стороны самооотношения могут усиливаться, либо становится все более выражена конфликтность (противоречивость) разных аспектов самооотношения.

Выборка и методики исследования

Выборка. В исследовании приняли участие 67 респондентов в возрасте от 17 до 30 лет; 59 (88,1%) – женского пола, 8 (11,9%) – мужского пола. Основная часть выборки – 58 человек (84,1%) – студенты, обучающиеся в высших учебных заведениях; 7 человек (10,1%) имеют высшее образование, работают; 4 (5,8%) – не работают, не учатся, имеют среднее образование.

Методики. Для диагностики нарциссизма использовались два опросника: Короткий опросник темной триады (М.С. Егорова, М.А. Ситникова, О.В. Паршикова, 2015), направленный на выявление таких черт личности, как макиавеллизм, нарциссизм и психопатия [3]; опросник «Нарциссические черты личности» (О.А. Шамшикова, Н.М. Клепикова, 2010), включающий 9 шкал: грандиозное чувство самозначимости; поглощенность фантазиями; вера в собственную уникальность; потребность в постоянном внимании и восхищении; ожидание особого отношения; эксплуативность в межличностных отношениях; отсутствие эмпатии; сверхзанятость чувством зависти; дерзкое, заносчивое поведение [12].

Для диагностики личностных особенностей был применен краткий опросник «Большой пятерки» (Т.В. Корнилова, М.А. Чумакова, 2016), включающий шкалы экстраверсии, согласия, добросовестности, эмоциональной стабильности, открытости опыту [5].

Также был использован Опросник самооотношения (В.В. Столин, С.Р. Пантिलеев, 1988), позволяющий выделить такие аспекты самооотношения, как самоуважение, аутосимпатия, самоинтерес, ожидание отношения к себе и общий показатель – глобальное самооотношение [9].

При статистической оценке данных (SPSS v. 22.0) использовались методы корреляционного анализа (коэффициент корреляции Ч. Спирмена), непараметрические критерии Манна–Уитни и Краскела–Уоллиса, множественная линейная регрессия (метод пошаговой регрессии).

Результаты исследования

При оценке взаимосвязей самооотношения с нарциссическими чертами личности были выявлены статистически значимые связи между показателями самооотношения, темной триадой личностных черт и нарциссическими чертами (табл. 1).

Таблица 1

Значимые взаимосвязи между шкалами опросников самооотношения, темной триады и нарциссических черт личности

Шкалы		Самоуважение	Аутосимпатия	Самоинтерес	Ожидаемое отношение от других
Темная триада	Шкала макиавеллизма	-0,276*	-	-	-
	Шкала нарциссизма	-	-	0,350**	-
	Шкала психопатии	-	-	-	-0,366**
Нарциссические черты личности	Грандиозное чувство самозначимости	-	0,302*	0,353**	-
	Захваченность фантазиями неограниченного успеха, власти	-	-	0,251*	-
	Вера в собственную уникальность	-	0,254*	0,351**	0,281*
	Потребность в восхищении	-	-	0,304*	-
	Чувство привилегированности	-	-	-	-0,321**
	Эксплуативность в межличностных отношениях	-0,444**	-	-	-0,293*
	Отсутствие эмпатии	-	-	-	-0,364**
	Зависть к достижениям других	-0,412**	-	-	-0,350**
	Дерзкое, заносчивое поведение	-0,243*	-	-	-0,431**

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

Взаимосвязи опросников темной триады и нарциссических черт со шкалами самооотношения преимущественно имеют отрицательное значение. Однако самоинтерес и аутосимпатия демонстрируют положительные связи с нарциссизмом (темная триада), грандиозным чувством самозначимости, захваченностью фантазиями, верой в собственную уникальность, потребностью в восхищении (нарциссические черты). Также вера в собственную уникальность положительно связана с ожидаемым отношением от других.

Связи между показателями самооотношения и «Большой пятерки» носят положительный характер (табл. 2).

Таблица 2

Значимые взаимосвязи между шкалами Опросника самооотношения и Кратким опросником «Большой пятерки» (коэффициент корреляции Спирмена)

Шкалы	Самоуважение	Аутосимпатия	Самоинтерес	Ожидаемое отношение от других
Согласие	-	0,271*	-	0,272*
Добросовестность	0,406**	-	-	-
Эмоциональная стабильность	0,328**	0,344**	-	0,353**
Открытость опыту	0,391	0,298*	0,359**	0,394**

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

Полученные связи между аспектами самооотношения – самоуважением, аутосимпатией, самоинтересом, ожидаемым отношением от других – и такими личностными чертами, как согласие, добросовестность, эмоциональная стабильность, открытость опыту, вполне закономерны. Указанные личностные черты в своих высоких значениях отражают социально ориентированную, заинтересованную в сотрудничестве, ответственную и эмоционально сбалансированную личность. Поэтому позитивное, принимающее отношение к себе является закономерным итогом таких личностных предпосылок. Однако повышение выраженности отдельных личностных черт, например, экстраверсии, связано с усилением нарциссических проявлений (табл. 3).

Если с другими шкалами «Большой пятерки» (согласием, эмоциональной стабильностью, открытостью опыту) нарциссические черты взаимосвязаны отрицательно, то связь с экстраверсией положительная. По всей видимости, смысл этой связи в активности и потребности в признании, характерной для грандиозного нарциссизма, что побуждает таких людей искать общество, в котором они могли бы распространять свое влияние и которое служило бы почвой для нарциссических фантазий.

Таблица 3

Значимые взаимосвязи между шкалами опросников нарциссизма и личностными чертами по Краткому опроснику «Большой пятерки» (коэффициент корреляции Спирмена)

Шкалы	Экстраверсия	Согласие	Эмоциональная стабильность	Открытость опыту
Захваченность фантазиями неограниченного успеха, власти	0,302*	-	-	-
Потребность в восхищении	0,289*	-	-	-
Эксплуативность в межличностных отношениях	-	-	-0,303*	-
Отсутствие эмпатии	-	-0,419**	-	-0,298*
Зависть к достижениям других	-	-	-0,407**	-
Шкала Макиавеллизма	-	-0,299*	-	-
Шкала Нарциссизма	0,448**	-	-	-
Шкала Психопатии	0,289*	-	-	-

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

Для оценки межгрупповых различий по шкалам опросника самооотношения выборка была разделена с помощью квартилей на три подгруппы по интегральному показателю самооотношения. Группу с низкими значениями составили 22 (32,8%) респондента с показателями до 12 баллов. В группу со средним уровнем самооотношения были включены 30 (44,8%) респондентов с показателями от 13 до 18 баллов, а в группу с высокими показателями самооотношения были включены 15 (22,4%) респондентов со значениями 19 баллов и выше.

При оценке различий между группами с разной выраженностью интегрального показателя самооотношения значимые различия были получены только по двум шкалам: отсутствие эмпатии и зависть к достижениям других (табл. 4). Отсутствие эмпатии и зависть к достижениям других оказались более свойственны респондентам с низким уровнем самооотношения, то есть у тех, у кого преобладают негативные представления о собственной личности.

Таблица 4

Статистически значимые различия между группами с разным уровнем самооотношения по шкалам нарциссизма (критерий Краскела–Уоллиса)

Шкалы	Интегральный показатель самооотношения			Статистика критерия	p
	Низкий	Средний	Высокий		
Отсутствие эмпатии	40,82	35,42	21,17	9,39	0,009
Зависть к достижениям других	42,89	32,57	23,83	8,87	0,012

Влияние нарциссических черт личности на формирование я-концепции оценивалось с помощью множественного регрессионного анализа (метод пошаговой регрессии), где предикторами выступали шкалы опросников темной триады, нарциссических черт личности и «Большой пятерки», а зависимыми переменными – шкалы опросника самооотношения. Были рассмотрены 4 модели, полученные по ним результаты обобщены в таблице 5.

Таблица 5

Результаты множественного регрессионного анализа связи между шкалами самооотношения, личностными чертами и шкалами нарциссизма

Зависимая переменная	Предиктор	β	p	R ²
Самоуважение	Эмоциональная стабильность	0,3	<0,01	0,43
	Добросовестность	0,3	<0,01	
	Открытость опыту	0,23	<0,05	
	Макиавеллизм	-0,34	<0,01	
	Грандиозное чувство самозначимости	0,22	<0,05	
Аутосимпатия	Эмоциональная стабильность	0,25	<0,05	0,28
	Грандиозное чувство самозначимости	0,41	<0,01	
	Зависть к достижениям других	-0,25	<0,05	
Ожидаемое отношение от других	Открытость опыту	0,44	<0,001	0,58
	Дерзкое, заносчивое поведение	-0,33	<0,01	
	Вера в собственную уникальность	0,36	<0,001	
	Зависть к достижениям других	-0,29	<0,01	
Самоинтерес	Грандиозное чувство самозначимости	0,53	<0,001	0,45
	Зависть к достижениям других	-0,31	<0,01	
	Добросовестность	0,22	<0,05	
	Открытость опыту	0,23	<0,05	

Примечание: b – регрессионный коэффициент; p – уровень значимости; R^2 – коэффициент множественной детерминации.

Влияние шкал темной триады и нарциссических черт личности на факторы самооотношения имеет отрицательный характер за исключением грандиозного чувства самозначимости и веры в собственную уникальность. Эти две шкалы, выступающие предикторами ожидаемого отношения других (вера в собственную уникальность) и самоинтереса, самоуважения, аутосимпатии (грандиозное чувство самозначимости), поддерживают видимость социального благополучия нарциссической личности в системе представлений о себе. Они словно мимикрируют под положительные черты, но их избыточность и чрезмерная преувеличенность делают их маркерами конфликтности, противоречивости, нестабильности я-концепции. При этом самооотношение в целом выдерживает значительное внутреннее давление со стороны тех нарциссических черт, негативное влияние которых так или иначе осознается личностью, и чтобы этому влиянию противостоять, личностью прикладываются дополнительные усилия по снижению интенсивности переживаний, связанных с завистью к достижениям других, вызывающим поведением, макиавеллизмом.

Обсуждение результатов исследования

Полученные результаты вносят вклад в понимание связей нарциссических черт и самооотношения личности. Нарциссическая личность оказывается в заложниках собственной грандиозности, ставя перед собой все более масштабные и все менее реалистичные цели.

Ее самооотношение претерпевает деформацию: с одной стороны, переживаемые чувства собственной грандиозности и уникальности усиливают самоинтерес, аутосимпатию, самоуважение; ожидания почета и восхищения от других людей кажутся вполне реалистичными. С другой стороны, самооотношение атакуется деструктивными импульсами, вызванными завистью, стремлением контролировать других людей, использовать их в своих целях. И чтобы самооотношение поддерживалось на субъективно хорошем и социально приемлемом уровне, личность ищет способы снижения давления этих импульсов. Таким образом, в структуре самооотношения нарциссической личности заложено противоречие: положительное самооотношение во многом сохраняет приемлемый уровень за счет грандиозности и веры в собственную уникальность и избранность, но именно эти черты оказываются почвой для зависти и манипулятивности в межличностных отношениях.

Понимание неприемлемости подобных стратегий приводит к стыду и переживанию собственной дефективности – уязвимости. В ответ на это личность либо фокусируется на болезненной стороне подобных переживаний, что усиливает чувство зависти, приводит к нарциссическим вспышкам ярости и вызывающему поведению, либо стремится к самоутверждению и социальным достижениям, что позволяет поддерживать чувство грандиозности.

Отсутствие эмпатии и зависть к достижениям других, согласно результатам нашего исследования, наиболее выражены у респондентов с негативными представлениями о собственной личности.

Самоотношение нарциссической личности нестабильно. Ориентированность на постоянное подтверждение собственной уникальности в сочетании с негативным межличностным опытом, неудачами, отвержением и различными угрозами самоуважению оказываются триггером снижения самооценки и колебаний настроения [15; 17; 23; 24]. Полученные нами результаты хорошо согласуются с этими представлениями. Взаимосвязи большинства шкал опросников темной триады и нарциссических черт со шкалами самооотношения имеют отрицательное значение. Однако шкалы самоинтереса и аутосимпатии демонстрируют положительные связи со шкалами: нарциссизм (темная триада), грандиозное чувство самозначимости, захваченность фантазиями, вера в собственную уникальность, потребность в восхищении (нарциссические черты). Также вера в собственную уникальность положительно связана с ожидаемым отношением от других. Это хорошо объясняет колебания самооценки нарциссической личности: с одной стороны, необходимость поддержания высокого уровня самооценки (грандиозности), с другой – низкая самооценность, связанная с эго-угрозами, основной лейтмотив которых «всегда есть кто-то лучше тебя» (и это воспринимается как вызов и повод для зависти и ярости).

Наше исследование проводилось в популяции молодых людей, не имеющих психиатрических диагнозов. Связи, полученные между шкалами самооотношения и «Большой пятерки», положительные. Система представлений о себе в этих связях выступает как целостная, эмоционально, морально и социально сбалансированная. Самоуважение, принятие себя, самоинтерес сопровождаются готовностью следовать социальным и моральным нормам, готовностью брать на себя ответственность, регулировать свои эмоции, считаться с чужими ценностями. Связь шкал «Большой пятерки» с нарциссическими шкалами отрицательная, за исключением экстраверсии.

Мы получили положительные связи экстраверсии со шкалами психопатии и нарциссизма, что согласуется с данными и Д. Паулюса и К. Уилльямса (D. Paulhus, K. Williams) [18]. Они объясняют эту связь на основе концепции «неограниченной субъектности» (unmitigated agency) В. Хельгесон и Х. Фритц (V. Helgeson, H. Fritz) как крайнее проявление индивидуализма, с исключительным фокусом на себе и негативным отношением к другим, использованием их, без желания создавать с ними близкие отношения [17; 22]. На наш взгляд, эта связь поддерживается одной из основных нарциссических характеристик – грандиозностью, а модель поведения, основанная на грандиозности, предполагает социальную активность, ориентированную на поиск признания и восхищения. Однако экстраверсия в данном случае в большей мере отражает усилия нарциссической личности, связанные с саморегуляцией и регуляцией аффекта.

Полученные нами результаты согласуются с динамической моделью саморегуляции нарциссизма, предложенной К. Морф и Ф. Родевальтом (С. Morf, F. Rhodewalt) [21]. Эта модель предполагает, что грандиозная, но уязвимая самооценка – ключ к пониманию нарциссизма. Уязвимость лежит в основе самоутверждения нарциссической личности и инициирует поиски обратной связи для поддержания хрупкого самоуважения. Для регуляции самооценки

нарциссическая личность использует переоценивание (обесценивание) и давление на других (унижение), что позволяет снизить эго-угрозы и поддерживать чувство самооценности.

Выводы

В исследовании самооотношения и нарциссических черт личности были выявлены значимые взаимосвязи между самооотношением, темной триадой и нарциссическими чертами личности. Эти связи имеют преимущественно негативный характер. Однако самоинтерес и аутосимпатия демонстрируют положительные связи со шкалами: нарциссизм (темная триада), грандиозное чувство самозначимости, захваченность фантазиями, вера в собственную уникальность, потребность в восхищении (нарциссические черты). Также вера в собственную уникальность положительно связана с ожидаемым отношением от других.

Связи между положительными аспектами самооотношения и личностными чертами из «Большой пятерки» носят положительный характер. Эти связи характеризуют личность как социально ориентированную, заинтересованную в сотрудничестве, ответственную и эмоционально сбалансированную. Поэтому позитивное, принимающее отношение к себе является закономерным итогом таких личностных предпосылок.

Экстраверсия поддерживает усиление нарциссических черт. По всей видимости, смысл этой связи в активности и потребности в признании, что характерно для грандиозного аспекта нарциссизма и связанного с этим поведения – поиска общества, в котором можно было бы распространять свое влияние и которое служило бы почвой для нарциссических фантазий.

Отсутствие эмпатии и зависть к достижениям других оказались более свойственны респондентам с негативными представлениями о себе. Здесь больше проявляется уязвимый аспект нарциссизма, сопряженный с сознательным ограничением социальных контактов, гневом и завистью.

Влияние шкал темной триады и нарциссических черт личности на факторы самооотношения имеет отрицательный характер за исключением грандиозного чувства самозначимости и веры в собственную уникальность. Эти две шкалы, оказывающие влияние на самооотношение, поддерживают видимость социального благополучия нарциссической личности в системе представлений о себе. С другой стороны, это влияние подтверждает потребность нарциссической личности в признании. Грандиозное чувство самозначимости и вера в собственную уникальность играют защитную роль – это барьер не только для внешних угроз, но и для имманентных эго-угроз, давление которых приводит к переживанию бесполезности и собственной неполноценности.

Таким образом, изученные связи самооотношения и нарциссических черт отражают глубинные противоречия нарциссической личности – между грандиозностью и уязвимостью, между стремлением сохранить представления

о себе как об исключительной личности, наделенной особыми привилегиями и правами, и стремлением избежать болезненных переживаний уязвимости и неполноценности.

В заключение отметим, что в силу пилотажного характера исследования, небольшого объема выборки и ограниченного (рамками юношеского и молодого) возраста участников, полученные результаты не могут быть широко экстраполированы, из чего следует необходимость дальнейших исследований на выборке большего объема, с более широким возрастным диапазоном и включением как общепопуляционных, так и клинических групп.

Литература

1. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности: пер. с англ. СПб.: Питер, 2017. 448 с.
2. Дмитриева А.Б. Особенности Я-концепции нарциссических личностей: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2010. 26 с.
3. Егорова М.С., Ситникова М.А., Паршикова О.В. Адаптация Короткого опросника Темной триады [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2015. Т. 8. № 43. С. 1. URL: <http://psystudy.ru/num/2015v8n43/1181-egorova43.html> (дата обращения: 16.03.2019).
4. Йоманс Ф., Кларкин Д., Кернберг О. Психотерапия, фокусирующаяся на переносе при пограничном расстройстве личности. М.: б/и, 2018. 498 с.
5. Корнилова Т.В., Чумакова М.А. Апробация краткого опросника Большой пятерки (TIPI, КОБТ) [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2016. Т. 9. № 46. С. 5. URL: <http://www.psystudy.ru/index.php/num/2016v9n46/1259-kornilova46.html> (дата обращения: 16.03.2019).
6. Кохут Х. Анализ самости. Систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности. М.: Когито-Центр, 2017. 368 с.
7. Соколова Е.Т. Нарциссизм как клинический и социокультурный феномен // Вопросы психологии. 2009. № 1. С. 67–80.
8. Столин В.В. Самосознание личности. М.: Изд-во Московского университета, 1983. 285 с.
9. Столин В.В., Пантилеев С.Р. Опросник самоотношения // Практикум по психодиагностике: Психодиагностические материалы / Под ред. А.А. Бодалева. М.: Изд-во Московского гос. ун-та, 1988. С. 123–130.
10. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Нарциссизм, перфекционизм и депрессия // Консультативная психология и психотерапия. 2004. Т. 12. № 1. С. 18–35.

11. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии. М.: Наука, 1977. 144 с.
12. Шамшикова О.А, Клепикова Н.М. Опросник «Нарциссические черты личности» // Психологический журнал. 2010. Т. 31. № 2. С. 114–128.
13. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
14. Dufner M., Denissen J., Zalk M., et al. Positive intelligence illusions: On the relation between intellectual self-enhancement and psychological adjustment // Journal of Personality. 2012. Vol. 80. № 3. P. 537–572. doi:10.1111/j.1467-6494.2011.00742.x
15. Dufner M., Gebauer J.E., Sedikides C., et al. Self-enhancement and psychological adjustment: A meta-analytic review // Personality and Social Psychology Review. 2019. Vol. 23. № 1. P. 48–72. doi:10.1177/1088868318756467
16. Handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments / W.K. Campbell, J.D. Miller (eds.). Hoboken: John Wiley & Sons, 2011. 511 p.
17. Helgeson V.S., Fritz H.L. The implications of unmitigated agency and unmitigated communion for domains of problem behavior // Journal of Personality. 2000. Vol. 68. № 6. P. 1031–1057. doi:10.1111/1467-6494.00125
18. Krizan Z., Herlache A.D. The narcissism spectrum model: A synthetic view of narcissistic personality // Personality and Social Psychology Review. 2018. Vol. 22. № 1. P. 3–31. doi:10.1177/1088868316685018
19. Luchner A.F., Houston J.M., Walker C., et al. Exploring the relationship between two forms of narcissism and competitiveness // Personality and Individual Differences. 2011. Vol. 51. № 6. P. 779–782. doi:10.1016/j.paid.2011.06.033
20. Miller J.D., Price J., Gentile B., et al. Grandiose and vulnerable narcissism from the perspective of the interpersonal circumplex // Personality and Individual Differences. 2012. Vol. 53. № 4. P. 507–512. doi:10.1016/j.paid.2012.04.026
21. Morf C.C., Rhodewalt F. Unraveling the Paradoxes of Narcissism: A Dynamic Self-Regulatory Processing Model // Psychological Inquiry. 2001. Vol. 12. № 4. P. 177–196. doi:10.1207/S15327965PLI1204_1
22. Paulhus D.L., Williams K.M. The Dark Triad of Personality: Narcissism, Machiavellianism, and Psychopathy // Journal of Research in Personality. 2002. Vol. 36. № 6. P. 556–563. doi:10.1016/S0092-6566(02)00505-6
23. Pincus A.L., Roche M.J. Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability // Handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments / W.K. Campbell, J.D. Miller (eds.). Hoboken: John Wiley & Sons, 2011. P. 31–40.

Польская Н.А., Соловьянова Ю.А. Нарциссические черты личности и их взаимосвязь с разными аспектами самоотношения в молодежной выборке
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 4. С. 74–92.

*Polskaya N.A., Solovyanova Y.A. Narcissistic Features of Personality and Their Correlation with Self-attitude in Young Adult Sample
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 4, pp. 74–92.*

24. *Zeigler-Hill V., Jordan C.H. Behind the Mask. Narcissism and Implicit Self-Esteem // Handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments / W.K. Campbell, J.D. Miller (eds.). Hoboken: John Wiley & Sons, 2011. P. 101–115.*

Narcissistic Features of Personality and Their Correlation with Self-attitude in Young Adult Sample

Polskaya N.A.,

Doctor of Psychology, Professor, Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, polskayana@yandex.ru

Solovyanova Y.A.,

Undergraduate Student, Counseling and Clinical Psychology Department, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, julia4od@gmail.com

Article presents results of the study aimed at assessing the correlation between narcissistic features of personality and self-attitude factors in the sample of young adults. The sample (N=67) included young adults aged 17–30, 59 female (88,1%) and 8 male (11,9%). The main part of the sample consisted of university students – 58 respondents (84,1%). Methods: The Dirty Dozen (Jonason, Webster, 2010; adapted by Egorova, Sitnikova, Parshikova, 2015), Narcissistic Personality Traits Inventory (Shamshikova, Klepikova, 2010), Ten Item Personality Measure (Gosling, Rentfrow, Swann, 2003; adapted by Kornilova, Chumakova, 2016), and Questionnaire of Self-Attitude (Stolin, Pantileev, 1988). Statistical analysis included correlation analysis (Spearman's correlations) and multiple linear regressions (stepwise). The results show significant correlations between self-attitude scales and the Dark Triad and narcissistic features of personality. Most of the correlations are negative excluding the scales of self-interest, self-sympathy, and expected attitude of others. Lack of empathy and envy for others' successes are more characteristic of the respondents with predominant negative notions of their personality (vulnerable narcissism). Influence of the dark triad and narcissistic features of personality on self-attitude factors is negative except for grandiose self-worth and belief in one's uniqueness. The yielded results reflect the contradictions within self-attitude defined by the combination of grandiosity and inferiority as the main characteristics of the narcissistic personality.

Keywords: narcissistic personality structure; Dark Triad; self-attitude; DSM-5; personality traits; Big Five.

References

1. Beck A., Freeman A. Kognitivnaya psikhoterapiya rasstroistv lichnosti [Cognitive therapy of personality disorders]. Saint-Petersburg: Piter, 2017. 448 p. (In Russ.).
2. Dmitrieva A.B. Osobennosti Ya-kontseptsii nartsissicheskikh lichnostei. Avtoref. diss. kand. psikhol. nauk [Features of Self-concept in narcissistic personalities. PhD. (Psychology) Thesis]. Moscow, 2010. 26 p. (In Russ.).
3. Egorova M.S., Sitnikova M.A., Parshikova O.V. Adaptatsiya Korotkogo oprosnika Temnoi triady [Adaptation of the Short Dark Triad] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies], 2015, vol. 8, no. 43, p. 1. URL: <http://psystudy.ru/num/2015v8n43/1181-egorova43.html> (Accessed 16.03.2019). (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Yeomans F., Clarkin D., Kernberg O. Psikhoterapiya, fokusirovannaya na perenose pri pogranichnom rasstroistve lichnosti [Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder]. Moscow, 2018. 498 p. (In Russ.).
5. Kornilova T.V., Chumakova M.A. Aprobatsiya kratkogo oprosnika Bol'shoi pyaterki (TIPI, KOBT) [Development of the Russian version of the brief Big Five questionnaire (TIPI)] [Elektronnyi resurs]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies], 2016, vol. 9, no. 46, p. 5. URL: <http://www.psystudy.ru/index.php/num/2016v9n46/1259-kornilova46.html> (Accessed 16.03.2019). (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Kohut H. Analiz samosti. Sistemacheskii podkhod k lecheniyu nartsissicheskikh narushenii lichnosti [The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2017. 368 p. (In Russ.).
7. Sokolova E.T. Nartsissizm kak klinicheskii i sotsiokul'turnyi fenomen [Narcissism as a clinical and socio-cultural phenomenon]. *Voprosy Psikhologii* [Questions of Psychology], 2009, no. 1, pp. 67–80. (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Stolin V.V. Samosoznanie lichnosti [Self-Consciousness of the Personality]. Moscow: Publ. of MSU, 1983. 285 p. (In Russ.).
9. Stolin V.V., Pantileev S.R. Oprosnik samoотношения [Attitude to Self Questionnaire]. In *Praktikum po psikhodiagnostike: Psikhodiagnosticheskie materialy* [Psychodiagnosics practice module: Methods]. Moscow: Publ. of MSU, 1988, pp. 123–130. (In Russ.).
10. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. Nartsissizm, perfektsionizm i depressiya [Narcissism, perfectionism and depression]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2004, vol. 12, no. 1, pp. 18–35. (In Russ., abstr. in Engl.).
11. Chesnokova I.I. Problema samosoznaniya v psikhologii [The issue of self-consciousness in psychology]. Moscow: Nauka, 1977. 144 p.

12. Shamshikova O.A, Klepikova N.M. Oprosnik "Nartsissicheskie cherty lichnosti" [Narcissistic personality traits questionnaire]. *Psikhologicheskii Zhurnal [Psychological Journal]*, 2010., vol. 31, no. 2, pp. 114–128. (In Russ., abstr. in Engl.).
13. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
14. Dufner M., Denissen J., Zalk M., et al. Positive intelligence illusions: On the relation between intellectual self-enhancement and psychological adjustment. *Journal of Personality*, 2012, vol. 80, no. 3, pp. 537–572. doi:10.1111/j.1467-6494.2011.00742.x
15. Dufner M., Gebauer J.E., Sedikides C., et al. Self-enhancement and psychological adjustment: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 2019, vol. 23, no. 1, pp. 48–72. doi:10.1177/1088868318756467
16. Campbell W.K., Miller J.D. (eds.). *Handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments*. Hoboken: John Wiley & Sons, 2011. 511 p.
17. Helgeson V.S., Fritz H.L. The implications of unmitigated agency and unmitigated communion for domains of problem behavior. *Journal of Personality*, 2000, vol. 68, no. 6, pp. 1031–1057. doi:10.1111/1467-6494.00125
18. Krizan Z., Herlache A.D. The narcissism spectrum model: A synthetic view of narcissistic personality. *Personality and Social Psychology Review*, 2018, vol. 22, no. 1, pp. 3–31. doi:10.1177/1088868316685018
19. Luchner A.F., Houston J.M., Walker C., et al. Exploring the relationship between two forms of narcissism and competitiveness. *Personality and Individual Differences*, 2011, vol. 51, no. 6, pp. 779–782. doi:10.1016/j.paid.2011.06.033
20. Miller J.D., Price J., Gentile B., et al. Grandiose and vulnerable narcissism from the perspective of the interpersonal circumplex. *Personality and Individual Differences*, 2012, vol. 53, no. 4, pp. 507–512. doi:10.1016/j.paid.2012.04.026
21. Morf C.C., Rhodewalt F. Unraveling the Paradoxes of Narcissism: A Dynamic Self-Regulatory Processing Model. *Psychological Inquiry*, 2001, vol. 12, no. 4, pp. 177–196. doi:10.1207/S15327965PLI1204_1
22. Paulhus D.L., Williams K.M. The Dark Triad of Personality: Narcissism, Machiavellianism, and Psychopathy. *Journal of Research in Personality*, 2002, vol. 36, no. 6, pp. 556–563. doi:10.1016/S0092-6566(02)00505-6
23. Pincus A.L., Roche M.J. Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability. In W.K. Campbell, J.D. Miller (eds.), *Handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments*. Hoboken: John Wiley & Sons, 2011, pp. 31–40.
24. Zeigler-Hill V., Jordan C.H. Behind the Mask. Narcissism and Implicit Self-Esteem. In W.K. Campbell, J.D. Miller (eds.), *Handbook of narcissism and narcissistic personality*

Польская Н.А., Соловьянова Ю.А. Нарциссические черты личности и их взаимосвязь с разными аспектами самоотношения в молодежной выборке
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 4. С. 74–92.

Polskaya N.A., Solovyanova Y.A. Narcissistic Features of Personality and Their Correlation with Self-attitude in Young Adult Sample
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 4, pp. 74–92.

disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments. Hoboken: John Wiley & Sons, 2011, pp. 101–115.

Эмоциональная дезадаптация и посттравматический рост родителя ребенка с ОВЗ: связь с субъективным восприятием тяжести симптоматики и с возрастом ребенка

Сергиенко А.И.,

аспирант факультета консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, sergienkoanna809@gmail.com

Представлены результаты эмпирического исследования влияния субъективного восприятия родителями тяжести психофизического состояния ребенка с ограниченными возможностями здоровья и возраста ребенка (имеется в виду время, прошедшее после установления диагноза) на симптомы депрессии («Шкала депрессии Бека», в адаптации Тарабриной, 2001 г.), базисные убеждения («Шкала базисных убеждений личности», в адаптации М.А. Падун и А.В. Котельниковой, 2008 г.) и посттравматический рост («Опросник посттравматического роста», в адаптации М.Ш. Магомед-Эминова, 2007 г.) у родителей детей с ограниченными возможностями здоровья. Субъективное восприятие родителями состояния своего ребенка с ограниченными возможностями здоровья оказывает влияние только на одну из шкал посттравматического роста – Духовные изменения, а также на выраженность депрессивной симптоматики. Период после постановки диагноза ребенку (т.е. возраст ребенка) оказывает влияние на симптомы депрессии и базисные установки, но не на показатели посттравматического роста. На основании полученных результатов и концепции посттравматического роста сформулированы рекомендации по оказанию психологической помощи родителям детей с ограниченными возможностями здоровья с учетом их восприятия тяжести заболевания и возраста ребенка.

Ключевые слова: родители детей с ограниченными возможностями здоровья, посттравматический рост, стресс, хронический стресс, базисные убеждения, симптомы депрессии.

Для цитаты:

Сергиенко А.И. Эмоциональная дезадаптация и посттравматический рост родителя ребенка с ОВЗ: связь с субъективным восприятием тяжести симптоматики

и с возрастом ребенка [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 4. С. 93–106. doi: 10.17759/cpse.2019080406

For citation:

Sergienko A.I. Emotional Disadaptation and Post-Traumatic Growth in Parents of Children with Disabilities: A Link with Severity of Symptoms and the Age of the Child [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 4, pp. 93–106. doi: 10.17759/cpse.2019080406 (In Russ., abstr. in Engl.)

Постановка диагноза ребенку является серьезным психотравмирующим событием для родителей. Если ребенок первый, то близкие могут не замечать на начальных этапах, что развитие идет нетипичным путем, особенно это характерно при аутизме. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) является хроническим стрессом для всей семьи, которая в связи с этим на протяжении всей жизни проживает постоянно повторяющиеся кризисные ситуации, связанные с развитием ребенка и основывающиеся на субъективных и объективных факторах проявления симптоматики заболевания [1; 14].

Несмотря на большой спектр индивидуальных различий существуют наиболее характерные стадии психологических реакций родителей в ситуации постановки диагноза их ребенку: шок, отрицание, агрессия, депрессия, принятие. Переход от одной стадии к другой проживают все родители детей с ОВЗ, в лучшем случае это занимает от шести месяцев до нескольких лет, в худшем случае происходит «застревание» на одной из них. Однако стадии в данном случае могут повторяться и не обязательно проходят в указанном порядке [3; 6; 8; 10]. Кроме того, травматические жизненные события разрушают фундаментальные представления родителей детей с ОВЗ о себе и окружающем мире [12; 13]. В результате видоизменения своих убеждений относительно жизненного мира может развиваться или хроническое стрессовое состояние, или успешное совладание с травматической ситуацией, результатом которого может быть посттравматический рост (ПТР) [4; 15; 16].

Идея посттравматического роста не нова, однако непосредственно само понятие было введено R.G. Tedeschi и L.G. Calhoun в 1995 году. С их точки зрения, ПТР – это процесс позитивных изменений, которые возникают в результате жизненного кризиса: развитие ранее не приоритетных свойств и качеств и приобретение новых взамен утраченных). Но возникают они не просто так, а благодаря активной, осознанной позиции человека, которую он оказывается способным занять в стрессовой ситуации [15–17].

Один из механизмов ПТР – готовность к стрессу. Таким образом, чем успешней был пройден период совладания с острым периодом стресса, тем более устойчив становится пострадавший к последующим стрессам подобного генеза [13]. Отсюда появляется вопрос относительно того, какие характеристики родителей детей с ОВЗ

вливают на особенности переживания и проживания ситуации инвалидности ребенка и как они видоизменяются в процессе жизнедеятельности.

В эмпирической части данной статьи мы не будем говорить об этапах и типах психологических реакций, хотя имеем их ввиду, а основной акцент сделан на том, каким образом меняются переживания и восприятие родителями ребенка с ОВЗ окружающего мира и себя в зависимости от субъективного восприятия тяжести состояния ребенка и времени прошедшего после постановки диагноза ребенку. В качестве меры времени мы используем возраст ребенка, так как диагноз в обследуемой выборке был установлен в период от рождения до трех лет.

Целью исследования стало выявление степени влияния субъективного восприятия тяжести психофизического состояния ребенка родителем и возраста ребенка на симптомы депрессии, базисные убеждения и ПТР у родителей детей с ОВЗ.

В исследовании проверялись две **гипотезы**:

1. субъективное восприятие тяжести состояния ребенка с ОВЗ оказывает влияние на степень выраженности депрессивных симптомов, ПТР и базисных убеждений родителей;

2. возраст ребенка с ОВЗ связан со степенью выраженности депрессивных симптомов, ПТР и базисных убеждений у родителей.

Метод

Выборка. В исследовании приняли участие 113 респондентов. Общая выборка состояла из родителей детей с ОВЗ (106 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 25 до 50 лет (средний возраст – 36,6 лет), имеющих как минимум специальное образование и проживающих в Москве. Из них 27 испытуемых (25 женщин и двое мужчин) заполнили Лист наблюдений Т. Ахенбаха.

Родители, вошедшие в общую выборку, имели детей в возрасте от 4 до 20 лет с различными диагностированными расстройствами (аутизмом, синдромом Дауна, детским церебральным параличом, умственной отсталостью, общим недоразвитием речи и т.д.). 66,4% родителей воспитывали детей с аутизмом; 33,6% – родители детей с другими особенностями развития. Между вышеуказанными двумя группами родителей не было выявлено значимых различий по шкалам Листа наблюдений Т. Ахенбаха, Шкале базисных убеждений личности, шкалам Опросника посттравматического роста и Шкале депрессии Бека, потому для анализа мы использовали данные всей выборки целиком.

Методики. В исследовании использовался ряд методик.

1. Лист наблюдений Т. Ахенбаха (Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)) [1]. Это стандартизированная методика, которая измеряет

степень отклонения различных типов детского поведения от популяционных адаптивных норм. Сбор данных осуществлялся с помощью формы: Child Behavior Checklist (CBCL). Этот опросник заполняют лица, осуществляющего уход за ребенком (родители, опекуны). Методика адаптирована на русскоязычных выборках в Научно-методический центр «ДАР» им. Л.С. Выготского и в Центре исследования ребенка Йельского университета (Нью-Хевен, США) в 1995 году [2; 11]. Методика включает 113 утверждений, которые отражают субъективное восприятие родителем состояния и поведения ребенка, и применима для анализа особенностей поведения детей в возрасте от 4 до 18 лет. В Листе наблюдений Т. Ахенбаха выделяются первичные и производные шкалы. Первичные: замкнутость, соматические проблемы, тревожность, нарушения социализации, проблемы мышления, проблемы с вниманием, делинквентное поведение, агрессия. Производные шкалы: Показатель внутренних проблем, Показатель внешних проблем, Общий показатель проблем.

2. Шкала базисных убеждений личности (*World Assumptions Scale, WAS*) Р. Янова–Бульмана в адаптации М.А. Падун и А.В. Котельниковой [7]. Опросник основан на когнитивной концепции базисных убеждений личности. Данная методика широко используется для исследования механизмов психической травмы.

3. Опросник посттравматического роста (ОПТР) Р. Тадеша и Л. Кэлоуна (Tedeschi, Calhoun, 1996; Taku et al., 2008) в адаптации М.Ш. Магомед-Эминова [5; 15; 16]. Опросник измеряет степень положительных изменений, произошедших после травматического события (общий показатель ПТР) и состоит из пяти подшкал, которые отражают сферы, в которых возможен ПТР: 1) отношение к другим; 2) новые возможности; 3) сила личности; 4) духовные изменения; 5) повышение ценности жизни [5].

4. Шкала депрессии А.Т. Бека (Beck Depression Inventory, BDI) в адаптации Н.В. Тарабриной [9]. Методика разработана на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. Методика выделяет общий балл депрессивного симптомокомплекса, а также когнитивно-аффективные и соматические проявления депрессии.

Для обработки данных и проверки гипотезы применялись множественный линейный регрессионный анализ, критерии Манна–Уитни и Крускала–Уоллиса для сравнения независимых выборок. Статистический анализ проводился в программе SPSS v. 22.0.

Результаты и обсуждение

Зависимость проявления ПТР и симптомов депрессии от субъективного восприятия психофизического состояния детей с ОВЗ родителями

27 родителей детей с ОВЗ заполнили Лист наблюдений Т. Ахенбаха, который позволяет исследовать субъективное восприятие особенностей поведения ребенка,

отклоняющегося от принятой социальной нормы. В исследовании принимали участие родители детей от 10 до 16 лет. Оказалось, что субъективное восприятие тяжести психофизического состояния ребенка не влияет на общий показатель ПТР родителей детей с ОВЗ. Однако показатели, характеризующие детей с ОВЗ в субъективном восприятии их родителей, а именно Тревожность и на уровне тенденции Замкнутость и Соматические проблемы оказывают негативное влияние на уровень зависимой переменной «Духовные изменения» ($F=2,702$, $p<0,05$). Данная модель позволяет объяснить 68% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,68$).

Таблица 1

Шкалы Листа наблюдений Т. Ахенбаха, оказывающие влияние на показатель шкалы ПТР «Духовные изменения»

Независимые переменные	β	t	p
Замкнутость	-1,069	-2,102	0,054
Соматические проблемы	-0,828	-1,917	0,076
Тревожность	-1,154	-2,692	0,017

Примечание: β – стандартный коэффициент регрессии; t – критерий Стьюдента; p – уровень статистической значимости.

Шкала «духовные изменения» оценивает личностный рост в сферах как повышение интереса к религии, философии, психологии и более глубокое понимание духовных вопросов. Родители, которые субъективно оценивают своих детей с ОВЗ как замкнутых, имеющих соматические проблемы и высокую степень тревожности, с меньшей вероятностью задумываются об экзистенциальных вопросах. Можно предположить, что родители в этой ситуации поглощены проблемами ребенка и им некогда задумываться о духовных процессах и красоте окружающего мира.

Наиболее значимое влияние на Духовные изменения оказывает показатель Тревожности, который проявляется не только в виде чувств и проявлений поведения ребенка, но может быть отражением тревоги самих родителей за ребенка. Повышенное внимание родителей детей с ОВЗ к этому фактору, возможно, не только демонстрирует симптоматику диагноза, но и отражает тревожность самих родителей, что в свою очередь может индуцировать тревожность детей.

Как видно из таблицы 2, высокие значения шкалы Внутренних проблем ребенка, включающей целую совокупность симптомов – замкнутость, соматические проблемы, тревожность и нарушения социализации – способствуют росту

депрессивной симптоматики родителей детей с ОВЗ. По отдельности же эти симптомы снижают уровень симптомов депрессии ($F=2,979$, $p<0,05$). Данная модель позволяет объяснить 70,1% дисперсии зависимой переменной ($R^2=0,701$). Таким образом, совокупность различных симптомов, объединенная в показателе Внутренних проблем, т.е. воспринимаемая тяжесть состояния ребенка, провоцирует депрессивную симптоматику у родителей.

Таблица 2

Шкалы Листа наблюдений Т. Ахенбаха, оказывающие влияние на общий показатель депрессии

Независимые переменные	β	t	p
Замкнутость	-1,279	-2,600	0,021
Соматические проблемы	-1,606	-3,845	0,002
Тревожность	-0,943	- 2,279	0,039
Нарушения социализации	-0,816	-2,659	0,019
Внутренние проблемы	2,416	2,736	0,016

Примечание: β – стандартный коэффициент регрессии; t – критерий Стьюдента; p – уровень статистической значимости.

Но когда ребенок проявляет эти проблемы (замкнутость, соматические проблемы, тревожность или трудности социализации) не все одновременно, а по отдельности, то уровень симптомов депрессии может снижаться. Предположительно, это происходит за счет того, что родители не испытывают таких интенсивных отчаяния и беспомощности, как при одновременном «сгущении» всех проблем, а, наоборот, мобилизуются для наиболее эффективного совладания с отдельной имеющейся проблемой.

Зависимость проявления ПТР, симптомов депрессии и базисных убеждений родителей от возраста детей с ОВЗ

В таблице 3 приведены результаты родителей по шкалам всех опросников в зависимости от возраста их детей с ОВЗ. Для этого мы использовали периодизацию Д.Б. Эльконина и поделили детей на три группы: дошкольный возраст, младший школьный возраст, отрочество. Важно подчеркнуть, что определяющий фактор прежде всего не возраст ребенка сам по себе, а промежуток времени, прошедший после постановки диагноза, разрушения старого жизненного мира и состоянием построения нового на момент исследования.

Таблица 3

Различия в показателях выраженности шкал ПТР, симптомов депрессии и базисных убеждений в зависимости от возраста детей

Шкалы опросников	Возраст детей			p
	Дошкольный	Младший школьный	Отрочество	
Посттравматический рост	53,04	56,64	62,52	0,508
Отношение к другим	53,22	56,85	61,93	0,566
Новые возможности	57,04	57,81	55,60	0,960
Сила личности	53,42	58,52	58,93	0,727
Духовные изменения	52,13	55,34	65,79	0,218
Повышение ценности жизни	55,72	57,61	57,57	0,960
Депрессия	63,07	58,21	47,47	0,152
Симптомы когнитивно-аффективной депрессии	60,78	58,74	49,43	0,338
Симптомы соматической депрессии	65,36	56,25	47,86	0,097
Доброта окружающего мира	49,29	57,76	65,31	0,141
Доброжелательность людей	44,31	55,99	74,43	0,001
Справедливость мира	47,81	62,74	59,57	0,115
Контролируемость мира	51,89	59,73	58,83	0,518
Случайность, как принцип распределения событий	50,97	60,52	58,66	0,394
Ценность собственного «Я»	53,07	62,66	52,52	0,285
Степень самоконтроля	57,74	57,11	55,90	0,974
Степень удачи или везения	56,15	56,32	59,17	0,917
Общее отношение к доброте окружающего мира	45,72	56,94	71,10	0,008
Осмысленность мира	52,50	56,68	63,12	0,427
Собственная ценность	53,75	59,90	56,24	0,689

Примечание: жирным текстом выделены значимые различия; p – уровень статистической значимости.

Как мы видим из таблицы 3, при сравнении групп по возрасту и по степени выраженности общих показателей симптомов депрессии и ПТР различий нет.

Постановка диагноза ребенку (травмирующее событие) разрушает жизненный мир родителей. С течением времени у них строится новый жизненный мир, в котором уже присутствуют не только ребенок, но и его особенности развития. В дальнейшем может наблюдаться ретравматизация, вызванная возрастными изменениями ребенка с ОВЗ, которые каждый раз вынуждают модифицировать жизненный мир под новые жизненные условия. По мере роста ребенка возникают новые критические ситуации, связанные с взрослением и изменением социальной ситуации (окончание школы, поступление в колледж или вуз, необходимость интеграции в общество). Многие родители в процессе опроса озвучивали тревожный для себя вопрос: «Что делать, когда ребенок закончит учиться?».

Отсутствие различий по ПТР можно обосновать тем, что пусковым механизмом ПТР является разрушение привычных базисных убеждений вследствие травмирующего события разрушительного («сейсмического») характера [16], каким и является постановка диагноза ребенку. Предположительно, текущие адаптационные процессы и ретравматизации не носят «сейсмический» характер и не влияют непосредственно на ПТР. Их воздействие может проявляться опосредованно по мере формирования новых базисных убеждений, на которые они оказывают прямое влияние.

В свою очередь, из таблицы 3 видна тенденция к снижению выраженности соматических симптомов депрессии у родителей по мере взросления ребенка. Это можно объяснить тем, что происходит постепенное принятие ситуации болезни ребенка и родители учатся выражать свои чувства и переживания, что препятствует соматизации стресса и психологических проблем. Выявлены различия по базисным убеждениям: чем старше ребенок, тем выше у родителей показатели по шкалам Общего отношения к доброте окружающего мира и Доброжелательности людей. Предположительно, у родителей после постановки диагноза ребенка появляется ощущение отчужденности, формируется внутренняя стигматизация и установка, что все отвергают их и ребенка с ОВЗ. Но с течением времени появляется понимание важности поиска доброго отношения и реальной возможности найти людей, которые смогут поддержать и понять.

Выводы

Субъективное восприятие тяжести психофизического состояния ребенка влияет на степень выраженности депрессивной симптоматики у родителей, в частности, показатель «Внутренние проблемы» (психологические симптомы поведенческих и эмоциональных проблем ребенка) [2] повышает ее уровень. Однако отдельные составляющие этого показателя – Замкнутость, Соматические проблемы, Тревожность и Нарушения социализации, – напротив, снижают уровень симптомов депрессии у родителей.

Таким образом, обилие проблем способствует росту симптомов депрессии у родителей детей с ОВЗ, а наличие отдельных проблем, напротив, способствует мобилизации ресурсов на их решение и снижает проявления депрессии.

Субъективное восприятие тяжести психофизического состояния ребенка не влияет на общий показатель ПТР родителей детей с ОВЗ. Отдельные шкалы, входящие в интегральный показатель «Внутренние проблемы ребенка» – Тревожность, а также на уровне тенденции Социальная дезадаптация и Соматические проблемы – негативно влияют лишь на Духовные изменения как фактор ПТР.

При сравнении групп по возрастам (дошкольный, младший школьный, отроческий) по степени выраженности общих показателей симптомов депрессии и ПТР у родителей различий не обнаружено. Однако можно увидеть тенденцию, что чем старше ребенок, то есть чем больше времени прошло после постановки диагноза, тем меньше выраженность соматических симптомов депрессии у его родителей, что можно объяснить постепенным переходом родителей к более зрелым способам переработки негативных эмоций реагирования вместо соматизации негативных чувств.

Выявлены различия по базисным убеждениям: чем старше ребенок, тем выше у родителей показатели по шкалам Общего отношения к доброте окружающего мира и Доброжелательности людей, т.е. тем больше они склонны воспринимать и ценить поддержку и доброжелательность окружающих.

Полученные выводы требуют дальнейшего уточнения и верификации в силу ряда **ограничений текущего исследования**:

1) в данной статье учитывался только возраст детей с ОВЗ, но не количество времени, прошедшее с момента постановки диагноза ребенку. Влияние количества времени с момента постановки диагноза ребенку с ОВЗ на посттравматический рост родителя мы планируем рассмотреть в дальнейших исследованиях;

2) выводы основаны на результатах математической обработки данных непараметрическими методами и учитывают слабозначимые (на уровне тенденции) связи и различия между исследуемыми переменными и группами. В дальнейшем планируется расширение выборки родителей детей с ОВЗ и применение параметрических статистических критериев для получения более точных и надежных результатов;

3) результаты, полученные в текущем исследовании, не были сопоставлены с имеющимися в отечественной и зарубежной научной литературе данными о связи посттравматического роста родителя ребенка с ОВЗ с субъективным восприятием тяжести симптоматики и с возрастом ребенка. В ближайшей перспективе планируется сделать обзор исследований со сходными задачами и сравнить с ними полученные данные.

Основные направления психологической помощи родителям детей с ОВЗ, вытекающие из полученных результатов

На основании проведенного исследования и следующих из него выводов можно сформулировать ряд направлений психологической помощи. Семья – это первичная среда развития ребенка, именно поэтому родители должны быть первыми, кому должна оказываться психологическая помощь в случае инвалидности ребенка. Целью данной помощи должно быть содействие в адаптации родителей детей с ОВЗ к новой жизненной ситуации.

1. *Снижение уровня тревожности* родителей детей с ОВЗ является важным аспектом для успешной жизнедеятельности самого родителя и процесса абилитации ребенка. Родители, у которых дети с повышенной тревожностью, особенно нуждаются в психологической помощи и поддержке со стороны специалистов. В последнем случае важно помогать им учиться справляться (взаимодействовать) с тревогой ребенка, а не заражаться ею.

2. *Профилактика психосоматических заболеваний* у родителей, которые недавно узнали о диагнозе ребенка. Родители детей дошкольного возраста находятся в зоне риска, так как склонны к соматизации психологического стресса. Они нуждаются в помощи для выработки эффективных стратегий переработки стресса и требуют к себе особенно пристального внимания со стороны специалистов.

3. *Профилактика стигматизации* родителей детей с ОВЗ должна проводиться не только со специалистами, но и в целом с населением. Кроме того, необходимо предупреждать возникновение «аутостигматизации». Помощь, особенно на первых этапах принятия диагноза и формирования нового жизненного мира, может заключаться в поиске эмоциональной поддержки у окружающих, поиске среды с положительным отношением к ребенку с ОВЗ, людей, искренне помогающих или поддерживающих его семью.

Литература

1. *Гостунская Я.И.* Совладающее поведение родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья // Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Психологическое благополучие современной семьи» (г. Ярославль, 01 декабря 2016 г.). Ярославль: Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского, 2016. С. 41–44.

2. Корнилова Т.В., Григоренко Е.Л., Смирнов С.Д. Подростковая группа риска. СПб.: Питер, 2005. 336 с.

3. *Левченко И.Ю., Приходько О.Г.* Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М.: Академия, 2001. 192 с.

4. Леонтьев Д.А. Человек и жизненный мир: от онтологии к феноменологии // Культурно-историческая психология. 2019. Т. 15. № 1. С. 25–34. doi:10.17759/chr.2019150103
5. Магомед-Эминов М.Ш. Позитивная психология человека. М.: ПАРФ, 2007. 624 с.
6. Матейчек З. Родители и дети: Книга для учителя. М.: Просвещение, 1992. 318 с.
7. Падун М.А., Котельникова А.В. Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман // Психологический журнал. 2008. Т. 29. № 4. С. 98–106.
8. Рыженко И. В., Карданова М.С. Особенности реагирования родителей на присутствие в семье ребенка-инвалида. Вероятностные пути психологической помощи // Мир психологии. 2003. Т. 35. № 3. С. 242–246.
9. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
10. Чарова О.Б., Савина Е.А. Особенности материнского отношения к ребенку с интеллектуальным недоразвитием // Дефектология. 1999. № 5. С. 34–39.
11. Achenbach T.M., Rescorla L.A. Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001. pp. 16–17.
12. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct // Social Cognition, 1989. Vol. 7. № 2. P. 113–116. doi: 10.1521/soco.1989.7.2.113
13. Janoff-Bulman R. Posttraumatic growth: Three explanatory models // Psychological Inquiry, 2004. Vol. 15. № 1. P. 30–34.
14. Scorgie K., Wilgosh L., Sobsey D. The experience of transformation in parents of children with disabilities: Theoretical considerations // Developmental Disabilities Bulletin. 2004. Vol. 32. № 1. P. 84–110.
15. Taku K., Cann A., Calhoun L.G., et al. The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: a comparison of five models using confirmatory factor analysis // Journal of Traumatic Stress. 2008. Vol. 21. № 2. P. 158–164. doi:10.1002/jts.20305
16. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma // Journal of Traumatic Stress, 1996. Vol. 9. № 3. P. 455–471. doi:10.1007/BF02103658
17. Tedeschi R.G., Calhoun L.G., Shakespeare-Finch J., et al. Posttraumatic Growth. Theory, Research, and Applications. New York, 2018. 264 p. doi: 10.4324/9781315527451.

Emotional Disadaptation and Post-Traumatic Growth in Parents of Children with Disabilities: A Link with Severity of Symptoms and the Age of the Child

Sergienko A.I.,

post-graduate student, Faculty of Consultative and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, sergienkoanna809@gmail.com

The article presents results of empirical studies of the effect of the subjective perception of parents of the severity of the psychophysical condition of a child with special needs and age (meaning the time elapsed after diagnosis) on depression symptoms ("Beck's depression inventory"), basic beliefs ("World Assumptions Scale") and posttraumatic growth ("Post Traumatic Growth Inventory") in parents of children with disabilities. Parents' subjective perception of their child's condition with disabilities affects only on one of the scales of PTGI ("Spiritual changes"), as well as the severity of depressive symptoms. The period after the diagnosis of the child (i.e., the age of the child) has an impact on the symptoms of depression and baseline settings, but not on the indicators of PTGI. Based on the results obtained and the concept of PTGI, author formulated recommendations for providing psychological assistance to parents of children with disabilities, taking into account their perception of the severity of the disease and the age of the child.

Keywords: parents of children with disabilities, post-traumatic growth, stress, chronic stress, basic beliefs, symptoms of depression.

References

1. Gostunskaya Y.I. «Sovladayushchee povedenie roditelei, vospityvayushchikh detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya» [The coping behavior of parents raising children with disabilities]. *Materialy mezhhregional'noi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem «Psikhologicheskoe blagopoluchie sovremennoi sem'i» (g. Yaroslavl', 01 dekabrya 2016 g.)* [Materials of the interregional scientific-practical

conference with international participation "Psychological well-being of the modern family". Yaroslavl: publ. of Yaroslavl State Pedagogical University of K.D. Ushinskogo, 2016, pp. 41–44. (In Russ.).

2. Kornilova T.V., Grigorenko E.L., Smirnov S.D. Podrostkovaya gruppa riska [Adolescent risk group]. Saint-Petersburg: Piter, 2005. 336 p.

3. Levchenko I.Yu., Prikhod'ko O.G. Tekhnologii obucheniya i vospitaniya detei s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Technologies for training and education of children with musculoskeletal disorders]. Moscow: Akademiya, 2001. 192 p. (In Russ.).

4. Leont'ev D.A. Chelovek i zhiznennyi mir: ot ontologii k fenomenologii [Human Being and Lifeworld: From Ontology to Phenomenology]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya [Cultural-Historical Psychology]*, 2019, vol. 15, no. 1, pp. 25–34. doi:10.17759/chp.2019150103 (In Russ., abstr. in Engl.).

5. Magomed-Eminov M.Sh. Pozitivnaya psihologiya cheloveka [Positive human psychology]. Moscow: PARF, 2007. 624 p. (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Mateichuk Z. Roditeli i deti: Kniga dlya uchitelya [Parents and Children: Teacher Book]. Moscow: Prosveshchenie, 1992. 318 p. (In Russ.).

7. Padun M.A., Kotel'nikova A.V. Modifikatsiya metodiki issledovaniya bazisnykh ubezhdenii lichnosti R. Yanoff-Bul'man [Modification of the methodology for the study of basic personality beliefs R. Yanoff-Bulman]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological journal]*, 2008, vol. 29, no. 4, pp. 98–106. (In Russ., abstr. in Engl.).

8. Ryzhenko I. V., Kardanova M.S. Osobennosti reagirovaniya roditelei na prisutstvie v sem'e rebenka-invalida. Veroyatnostnye puti psikhologicheskoi pomoshchi [Features of the reaction of parents to the presence of a disabled child in the family. Probabilistic ways of psychological assistance]. *Mir psikhologii [World of psychology]*, 2003, vol. 35, no. 3, pp. 242–246.

9. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the Psychology of Post-Traumatic Stress]. Saint-Petersburg: Piter, 2001. 272 p.

10. Charova O.B., Savina E.A. Osobennosti materinskogo otnosheniya k rebenku s intellektual'nym nedorazvitiem [Features of the maternal attitude towards a child with intellectual underdevelopment]. *Defektologiya [Defectology]*, 1999, no. 5, pp. 34–39.

11. Achenbach, T.M.; Rescorla L.A. Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families, 2001, pp. 16–17.

12. Janoff-Bulman R. Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 1989, vol. 7, no. 2, pp. 113–116. doi: 10.1521/soco.1989.7.2.113.

13. Janoff-Bulman R. Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 2004, vol. 15, no. 1, pp. 30–34.
14. Scorgie K., Wilgosh L., Sobsey D. The experience of transformation in parents of children with disabilities: Theoretical considerations. *Developmental Disabilities Bulletin*, 2004, vol. 32, no. 1, pp. 84–110.
15. Taku K., Cann A., Calhoun L.G., et al. The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: a comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 2008, vol. 21, no. 2, pp. 158–164. doi:10.1002/jts.20305
16. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 1996, vol. 9, no. 3, pp. 455–471. doi:10.1007/BF02103658.
17. Tedeschi R.G., Calhoun L.G., Shakespeare-Finch J., et al. Posttraumatic Growth. Theory, Research, and Applications. New York, 2018. 264 p. doi: 10.4324/9781315527451.

Психологические предикторы бродяжничества подростков

Симаева И.Н.,

доктор психологических наук, профессор, институт образования, ФГБОУ ВО Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград, Россия, isimaeva@kantiana.ru

Бударина А.О.,

доктор педагогических наук, профессор, институт образования, ФГБОУ ВО Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград, Россия, abudarina@kantiana.ru

Хитрюк В.В.,

доктор педагогических наук, профессор, институт образования, ФГБОУ ВО Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград, Россия, hvv64@tut.by

Вайткене О.В.,

аспирант, институт образования, ФГБОУ ВО Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград, Россия, o.v.vaitkene@gmail.com

Авторами исследуются психологические предикторы бродяжничества и уходов из дома подростков из социально и экономически благополучных семей. Цель статьи – показать, что существует возможность прогнозирования возникновения побегов и бродяжничества подростков. Обследованы 72 подростка 12–16 лет и 78 их родителей с помощью методики определения акцентуаций характера К. Леонгарда в модификации Г. Шмишека и методики «Анализ стилей воспитания» Э.Г. Эйдемиллера и В. Юстицкиса, проведены регрессионный анализ и оценка достоверности тенденций по G-критерию знаков. Показаны многомерные связи между различными сочетаниями гипертимности, циклотимности, экзальтированности, эмотивности, возбудимости бродяжничующих подростков и особенностями их семейных отношений в форме инфантилизации взрослеющего подростка в сознании родителя, приписывании ему собственных негативных качеств в рамках механизма проекции. На основании полученных данных сделан вывод о том, что психологическими предикторами, которые позволяют с достаточно высокой достоверностью прогнозировать бродяжничество как девиацию поведения, выступают не отдельные акцентуированные свойства личности, а эмерджентная система взаимосвязанных исходных характеристик личности подростка и семейных отношений. Установлено, что ни одна из акцентуаций личности самостоятельно и вне контекста семейного воспитания не является специфическим предиктором

бродяжничества. Выявленные психологические предикторы бродяжничества подростков представлены как информация для адресных коррекционных и профилактических программ для подростков и их родителей с целью предотвращения бродяжничества на ранних этапах подросткового кризиса.

Ключевые слова: подросток, бродяжничество, вагабондаж, психологические предикторы, стили семейного воспитания.

Для цитаты:

Симаева И.Н., Бударина А.О., Хитрюк В.В., Вайткене О.В. Психологические предикторы бродяжничества подростков [Электронный ресурс]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2019, vol. 8, no. 4, pp. 107–122. doi: 10.17759/cpse.2019080407

For citation:

Savchenko E.A., Khokhlova A.Yu. Features of Written Language in Virtual Communication of Deaf Teenagers [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2019, vol. 8, no. 4, pp. 107–122. doi: 10.17759/cpse.2019080407 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Психологическое здоровье и благополучие детей в современном обществе считается приоритетной задачей, решению которой посвящена деятельность государственных организаций, общественных фондов и ассоциаций. В государственной программе РФ «Развитие образования» на 2013–2020 гг. особое внимание уделяется воспитательной функции образовательного учреждения и необходимости введения дополнительных мер по профилактике девиантного поведения у детей и подростков [8]. Почти десять лет реализуется Стратегия «Здоровье и развитие подростков России», основной целью которой является гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков [2]. В марте 2017 года была принята Концепция развития системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних на период до 2020 года, приоритетами которой заявлены ранняя профилактика подростковой преступности, координация и систематизация действия властей и устранение пробелов в законе [6].

Среди наиболее масштабных проектов в нашей стране выделяется Федеральный проект «Крепкая семья» (2006–2019 гг.), в рамках которого научными исследованиями и разработками в области психологии асоциального и делинквентного поведения и его превенции, психологии агрессии, проблем преодоления негативных последствий социального сиротства активно занимается научная школа под руководством А.А. Реана [10; 11]. Исследования геномики поведения проводятся в Институте психологии РАО [3].

За пределами нашей страны широко известна международная некоммерческая программа для подростков и их семей в Южной Африке «Воспитание для здоровья на протяжении всей жизни» (Parenting for Lifelong Health: a pragmatic cluster randomised controlled trial of a non-commercialised parenting programme for adolescents and their families in South Africa), организованная учеными Оксфордского, Кейптаунского, Кембриджского и других университетов в сотрудничестве с правительственными департаментами и исследовательскими советами [22]. Программа интегрировала проведение исследований на данную тематику, информирование взрослых и детей, взаимодействие с государственными органами в целях реализации практического применения полученных результатов, а также подключение исследователей из смежных отраслей науки и представителей общественных организаций с целью более масштабного распространения информации относительно различных аспектов подросткового здоровья и важности их освещения.

Усилия, предпринимаемые государственными институтами и общественными организациями по поддержке детей и семей группы риска, привели к положительным сдвигам, однако количество деструктивных поведенческих феноменов в подростковой среде по-прежнему велико. За 2018 год в РФ было зарегистрировано более 40 тысяч преступлений, совершенных несовершеннолетними, около 230 тысяч подростков совершили административные правонарушения [16]. Неблагоприятная тенденция наблюдается по общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения подростков в возрасте 15-17 лет и подростковым суицидам [14; 15]. В зарубежных странах, где профилактикой молодежной преступности занимаются в основном правоохранительные органы, наблюдаются аналогичные тенденции подростковой преступности [17; 21]. Результаты отечественных и зарубежных исследований убедительно показывают, что серьезным условием деформации поведения детей и подростков являются уходы и бродяжничество, во время которых «дети улиц» могут невольно усваивать девиантные способы поведения. Ученые разных стран сходятся во мнении, что первичную социализацию по отклоняющемуся типу провоцирует психосоциальная деформация семьи. Обесценивание отношений с ребенком, недостаточный надзор над ними, негативные отношения подростка с одним или обоими родителями оказываются более важными факторами делинквентного развития личности, чем неблагоприятное социально-экономическое положение, и вероятность противоправного поведения существенно возрастает [1; 10; 22].

На наш взгляд, одной из существенных причин актуальных тенденций подростковой преступности и различных форм отклоняющегося поведения в России является недооценка психологической превенции склонности к бродяжничеству. Несмотря на декларации о профилактике, психологическая помощь запаздывает: часть подростков со склонностью к делинквентному поведению не получает необходимую поддержку превентивно, до возникновения поведенческих отклонений. Это обусловлено следующими обстоятельствами. Как показали наши наблюдения, в отличие от зарубежных стран [7], такие подростки зачастую

воспитываются в благополучных семьях, и далеко не все родители готовы признать деформацию семейных отношений. Кроме того, недостаточная психологическая компетентность многих родителей не позволяет им своевременно распознать признаки наступления подросткового кризиса, изменений личности подростка в пубертатном периоде и скорректировать стиль воспитания [10; 11]. И главное – семейные предикторы делинквентного поведения подростков исследованы, как правило, в отрыве от личностных предикторов [1; 9; 22; 23]. Последние же довольно часто изучаются безотносительно к влиянию конкретных факторов семейных отношений [5; 12; 18; 20]. Вследствие этого практические рекомендации психологов-консультантов основываются на дискретной информации, не отражающей полной картины многомерных связей семейных и личностных предикторов отклоняющегося поведения личности. В итоге, несмотря на огромную сеть центров психолого-педагогической диагностики и консультирования и социально-психологических центров помощи семье и детям, различные поведенческие и личностные отклонения у подростков чаще всего диагностируются только на этапе наблюдаемого отклоняющегося поведения. А семьи, имеющие таких подростков, далеко не всегда становятся субъектами профилактических и коррекционных профилактических мероприятий ни в системе образования, ни в системе здравоохранения. Таким образом, существует проблема междисциплинарного характера, требующая безотлагательного решения. Она заключается в недостатке научно-обоснованных данных о семейных психологических предикторах вагабондажа подростков для построения вероятностного прогноза бродяжничества ребенка в периоде пубертатного кризиса.

Обзор исследований по данной теме показывает, что синдром уходов и бродяжничества как одна из распространенных форм отклоняющегося поведения наиболее детально исследован в условиях клинической практики. Установлено, что данная форма отклоняющегося поведения может встречаться с той или иной вероятностью при различных видах дизонтогенеза: при умственной отсталости, эпилепсии, резидуально-органическом поражении ЦНС, различных типах расстройств личности (в подростковом возрасте при дисгармоничном развитии личности). Он присущ некоторым формам шизофрении, эписиндрома, депрессий и неврозов [7; 12; 19]. Феноменологические особенности данной формы отклоняющегося поведения описаны в рамках типологии побегов и бродяжничества А.Е. Личко (эмансипационный, импунитивный, демонстративный, дромоманический) и модифицированы Г.В. Кондратьевым в контексте современных социокультурных условий (выделены амбулаторный, коммунитивный и спровоцированный типы) [5]. В международной классификации заболеваний бродяжничество именуется дромоманией (или вагабондажем) и классифицируется как психическое расстройство, которое проявляется у людей, которые страдают различными психическими заболеваниями [20]. Тем не менее, в ряде исследований и в Международной классификации болезней МКБ-10 (F91) оговаривается, что бродяжничество в ряде случаев можно рассматривать как проявление одной из особенностей темперамента, присущей индивидам, не имеющим патологии. Чаще прочих в данном контексте упоминается гипертимная акцентуация характера, провоцирующая уход и бродяжничество подростков под влиянием внешних обстоятельств.

В ряде исследований показано, что неконструктивная реакция социального окружения на изменения, происходящие с ребенком в подростковый период, может спровоцировать развитие различных отклонений, в том числе и бродяжничества. Так, непонимание родителями особенностей и психологических закономерностей развития в подростковом периоде, неумение семьи гибко реагировать на происходящие изменения могут непосредственно влиять на возникновение девиаций, поскольку усугубляют качество жизни подростка, нарушают его взаимоотношения с окружающими людьми [9; 10]. В то же время наличие акцентуации или неблагоприятной ситуации в семье сами по себе далеко не всегда приводят к бродяжничеству, и наоборот. Примером могут служить неоднократные уходы и бродяжничество детей и подростков из социально благополучных семей, имеющих нескольких детей, хороший доход и жилье. Однако эти обстоятельства требуют детализации, поскольку описаны довольно расплывчато: непомерные нагрузки, нежелание подчиняться приказам родителей и выполнять свои обязанности по дому, конфликты в семье, эмансипация. Не вызывает сомнения тот факт, что чаще всего изменения в пубертатном периоде развития (биологические, психологические, социальные) усиливают чувствительность организма к различным внешним и внутренним раздражителям и приводят к заострению характерологических черт и свойств темперамента – акцентуациям. Тогда потребность подростка в привязанности к семье вступает в противоречие с одновременным желанием эмансипации, поиском собственных интересов и их отстаиванием, становлением Я-концепции и потребности в признании собственной значимости. Многомерность и разнонаправленность условий и факторов окружающей среды создают неопределенность ситуации развития, в которой, согласно универсальным закономерностям, достаточно малых воздействий для новых линий поведения, в том числе попыток побега для снижения социального и личностного напряжения. Однако взаимовлияние акцентуаций характера и отклонений в стиле семейного воспитания не так прямолинейно, как представляется на первый взгляд, поскольку взаимосвязь множества личностных и микросоциальных переменных образует сложную эмерджентную систему, регулирующую поведение.

Целью исследования стало выявление возможности прогнозировать возникновение бродяжничества подростков при наличии тех или иных отклонений в стиле семейного воспитания и в отсутствие шизофрении и других клинических диагнозов. Мы предположили, что в роли семейных психологических предикторов бродяжничества подростков выступают не отдельные свойства личности, а эмерджентная система взаимосвязанных исходных характеристик личности подростка и семейных отношений. Свойства этой системы дают возможность прогнозировать вероятность появления делинквентного поведения и его направленность. Переменные, используемые для построения предикторов, получены из двух основных источников: первые – непосредственно из диагностики личности подростка, включая свойства темперамента и характера, вторые – из диагностики социальной среды, т.е. семьи (стилей семейного воспитания и отношений подростка с родителями). Таким образом, психологические предикторы в нашем исследовании имеют комплексную природу. Построение прогностической

модели помогает определить перечень надежных предикторов, то есть признаков, наличие или отсутствие которых может спровоцировать развитие того или иного феномена. Такой подход уже используется, например, при прогнозировании академической успеваемости в контексте взаимосвязи с влиянием среды или совладающего поведения в межличностных конфликтах во взаимосвязи с индивидуальными особенностями личности.

Методы и материалы исследования

Эмпирическое исследование психологических предикторов бродяжничества подростков было проведено в Калининградской области на базе центров социальной и психологической помощи семье и детям, а также Центра временного содержания несовершеннолетних (2015–2019 годы).

Выборку составили 150 подростков 12-14 лет (в том числе 72 респондента мужского пола) с неоднократными эпизодами уходов из дома и бродяжничества, а также их родители (78 матерей). Подростки имели интеллект в пределах возрастной нормы и не состояли на учете у психиатра. Родители имели среднее или высшее профессиональное образование.

Для диагностики использовались следующие **методики**:

- 1) «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса для выявления отклонений в стиле воспитания у родителей [19];
- 2) опросник К. Леонгарда в адаптации Г. Шмишека для определения акцентуаций личности подростка [9].

В качестве метода статистической оценки эмпирических данных использовались G-критерий знаков и регрессионный анализ [13]; последний позволяет определить влияние совокупности независимых переменных на зависимую переменную как по отдельности, так и во взаимодействии и дает возможность прогнозирования данного влияния.

Результаты исследования

Анализ отклонений в стиле семейного воспитания по методике АСВ в семьях, имеющих подростков, склонных к бродяжничеству, показал статистически достоверный сдвиг в сторону отклонений по шкалам Недостаточности требований-запретов ($p < 0,01$), Предпочтения детских качеств ($p < 0,05$) и Переноса нежелательных качеств ($p < 0,01$). Диагностика акцентуаций личности по тесту Леонгарда выявила разброс показателей (табл. 1). Результаты психодиагностики и математико-статистической обработки по G-критерию знаков позволили выделить пять независимых (личностных) предикторов у подростков, склонных к бродяжничеству: четыре акцентуации темперамента (гипертимность, циклотимность, экзальтированность, эмотивность) и акцентуацию характера – возбужденность. Отличий между девочками и мальчиками не выявлено.

Таблица 1

	Акцентуации									
	Де	З	П	В	Г	Ди	Т	Эк	Эм	Ц
Частота встречаемости	4	5	25	48	36	3	12	26	39	25
Уровень достоверности р	-	-	-	<0,01	<0,01	-	-	<0,05	<0,01	<0,05

Примечания. Де – демонстративный тип акцентуаций; З – застревающий (ригидный); П – педантичный; В – возбудимый; Г – гипертимный; Ди – дистимный; Т – тревожный; Эк – экзальтированный; Эм – эмотивный; Ц – циклотимный.

Однако исследовательский интерес представляет не столько наличие отдельных акцентуаций, сколько их сочетания, свойственные практически всем испытуемым. Из таблицы 2 видны статистически достоверные сдвиги по G-критерию знаков в сторону наличия сочетаний акцентуаций у подростков, склонных к бродяжничеству.

Таблица 2

Сочетания акцентуаций характера и темперамента у подростков, склонных к бродяжничеству

Сочетание акцентуаций	Число сочетаний акцентуаций	Уровень достоверности сдвига по G-критерию р
В+Г+Эк	47	<0,01
В+Эк	48	<0,01
Эк+Эм	38	<0,01
В+Ц	25	<0,05

Примечания. Де – демонстративный тип акцентуаций; З – застревающий (ригидный); П – педантичный; В – возбудимый; Г – гипертимный; Ди – дистимный; Т – тревожный; Эк – экзальтированный; Эм – эмотивный; Ц – циклотимный.

На следующих этапах диагностики было выявлено несколько тенденций. По отношению к подростку, которому свойственно сочетание трех и более акцентуаций характера и темперамента, применяются негармоничные стили воспитания (наличие трех и более отклонений по АСВ). Кроме того, по отношению практически ко всем подросткам выявлено стремление родителей проецировать на подростка свои собственные нежелательные качества и приписывать подростку неприсущие ему качества или действия, обвинять его в этом (шкала Проекции нежелательных

качеств в опроснике «Анализ семейных взаимоотношений»). Особенно явно эта тенденция проявилась по отношению к подросткам, в профиле личности которых выраженная возбудимость сочеталась с гипертимностью, циклотимностью и экзальтированностью. Сочетание возбудимости и экзальтированности в личностном профиле подростка в большинстве случаев также происходит в условиях родительской проекции собственных нежелательных качеств на своих детей.

Было также обнаружено, что значительная часть родителей не меняет стиль воспитания с наступлением пубертатного периода у их ребенка и предпочитает в ребенке видеть детские качества, что может сказываться на естественном процессе становления личности подростка и приводить к различным поведенческим отклонениям. Недостаточная определенность системы требований со стороны родителей детей с вышеуказанными акцентуациями позволяет подросткам чувствовать себя безнаказанными и не осознавать возможных последствий собственных действий и ответственности за них, однако статистически значимое влияние данного отклонения в стиле воспитания выявлено не было (табл. 3).

Таблица 3

**Влияние характеристик стиля воспитания на формирование
склонности к бродяжничеству у подростков**

№	Независимые переменные	Бета	Станд. отклонение	Уровень статистической значимости связей
1	Недостаточность требований–запретов	-0,530	0,308	$\chi^2=3,329$ $p=0,068$
2	Предпочтение детских качеств в подростке	-2,800	1,027	$\chi^2=28,49$ $p=0,00$
3	Перенос нежелательных качеств на ребенка	-2,883	1,050	$\chi^2=24,34$ $p=0,00$

Для построения бинарной логистической регрессии в качестве переменных были выбраны наиболее выраженные характеристики стиля воспитания респондентов данной группы: недостаточность требований–запретов, предпочтение детских качеств в подростке и перенос собственных нежелательных качеств на ребенка. Регрессионный анализ выявил, что переменная «Недостаточность требований–запретов» не имеет статистически значимого влияния, в то время как остальные две переменные имеют статистически значимые показатели. Тем самым подтверждена статистически значимая взаимосвязь между двумя группами факторов: переносом нежелательных качеств на ребенка и возбудимостью, а также предпочтением детских качеств и эмотивностью. Это означает, что выявленная связь может провоцировать уходы и побеги из дома. Однако проверка качества логистической регрессии показала, что вероятность влияния требований и запретов все же существует. Из таблицы 4 видно, что модели с переменными «Предпочтение

детских качеств в подростке» и «Перенос нежелательных качеств на ребенка» позволяют сделать качественный прогноз относительно формирования стремления к бродяжничеству, так как процент точности составляет более 80% [4]. Переменная «Недостаточность требований–запретов» может прогнозировать примерно половину вероятности возникновения бродяжничества, что не является достаточно сильным прогностическим показателем.

Таблица 4

Оценка качества логистической регрессии: влияние характеристик стиля воспитания на формирование склонности к бродяжничеству у подростков

Отклонения воспитания по АСВ	Отношение шансов	Вероятность прогноза, %
Недостаточность требований – запретов	1,57	55,88
Предпочтение детских качеств в подростке	72,00	88,24
Перенос нежелательных качеств на ребенка	36,00	82,35

Для проверки того, оказывают ли наиболее выраженные акцентуации подростков изолированное влияние (вне связей с отклонениями в стиле семейного воспитания) на формирование склонности к бродяжничеству, была построена бинарная логистическая регрессия с использованием четырех независимых переменных: Возбудимость, Гипертимность, Экзальтированность, Эмотивность и Циклотимность. Из таблицы 5 видно, что ни одна из переменных не имеет статистической значимости (менее уровня $p < 0,05$).

Таблица 5

Влияние акцентуаций на формирование склонности к бродяжничеству у подростков

Акцентуации личности	Бета	Станд. отклонение	Уровень статистической значимости связей
Возбудимость	-0,135	0,109	$\chi^2=1,67$ $p=0,19$
Гипертимность	-0,080	0,063	$\chi^2=1,73$ $p=0,19$
Экзальтированность	-0,115	0,075	$\chi^2=2,85$ $p=0,09$
Эмотивность	-0,169	0,123	$\chi^2=2,19$ $p=0,14$

Выводы

Результаты проведенного исследования позволяют сделать ряд выводов. Психологическими предикторами, которые позволяют с достаточно высокой достоверностью прогнозировать возникновение у подростков склонности к уходам и бродяжничеству, являются многомерные связи между сочетанием определенных личностных свойств (гипертимность, циклотимность, экзальтированность, эмотивность, возбудимость) и особенностей семейных отношений (отклонения в стиле семейного воспитания в виде инфантилизации взрослеющего подростка в сознании родителя, приписывание ему собственных негативных качеств в рамках механизма проекции). При этом ни одна из акцентуаций личности самостоятельно, вне контекста семейного воспитания, не является специфическим предиктором для прогноза бродяжничества и не дает возможности прогнозировать его возникновение. Именно влияние отклонений в стиле воспитания на подростков, имеющих сочетание вышеперечисленных акцентуаций, может провоцировать вагабондаж.

Мы предполагаем, что сочетание сразу нескольких отклонений в стиле воспитания подростков с несколькими акцентуированными чертами в социально и экономически благополучных семьях вызваны неудачными попытками родителей опытным путем найти способы восстановить утраченный контроль над ребенком, родительской неосведомленностью о различном влиянии тех или иных методов и стратегий воспитания на личность. Не исключено, что родители просто не в состоянии адекватно реагировать на порой противоречащие и агрессивные послания ребенка, проходящего пубертатный период, и нуждаются в психологическом сопровождении.

Проведенное исследование открывает возможности прогнозирования делинквентного поведения в подростковом периоде развития личности в зависимости от стилей семейного воспитания и в перспективе может стать начальным этапом при разработке профилактических мероприятий и их эффективного внедрения.

Наличие информации о подобных семейных предикторах делинквентного поведения позволяет разработать не абстрактные, а конкретные и адресные коррекционные и профилактические программы для подростков и их родителей, а также не только уменьшить степень выраженности уже сформировавшихся девиаций поведения, но и предотвратить их развитие на ранних этапах подросткового кризиса.

В то же время полученные результаты оставляют в стороне вопрос о возможном влиянии на подростка, склонного к бродяжничеству, других социальных групп (учебных, виртуальных групп в социальных сетях и т.д.). Необходимо создание комплексного диагностического инструментария для выявления вклада психологических и различных социальных факторов в возникновение склонности к бродяжничеству как расстройству системного генеза.

Литература

1. Андронникова О.О. Специфика психолого-педагогического сопровождения подростков, склонных к бродяжничеству // *Science for Education Today*. 2019. Т. 9. № 1. С. 123–136. doi: 10.15293/2658-6762.1901.08.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Намазова-Баранова Л.С. и др. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация Европейский и Российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков). М.: Педиатръ, 2014. 112 с.
3. Геномика поведения: детское развитие и образование / Под ред. С.Б. Малых, Ю.В. Ковас, Д.А. Гайсиной. Томск: изд-во Томского государственного университета, 2016. 442 с.
4. Кобзарь А.И. Прикладная математическая статистика. 2-е изд. М.: Физматит, 2012. 174 с.
5. Кондратьев Г.В. Психологические особенности подростков, совершающих побеги и бродяжничество, и коррекционная работа в условиях центра временного содержания несовершеннолетних. Монография. Волгоград: Изд-во Волгоградского гос. мед. ун-та. 2009. С. 83–88.
6. Концепция развития системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних на период до 2020 года. Распоряжение Правительства РФ от 22 марта 2017 г. № 520-р. [Электронный ресурс]. URL: http://base.garant.ru/71643618/#block_1000 (дата обращения 02.05.2019).
7. Понсе Гуадаррама Л.С. Клинические особенности синдрома уходов и бродяжничества у детей и подростков. Автореферат дисс...канд. мед. наук. М., 1993. 25 с.
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 295 Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие образования» на 2013-2020 гг. [Электронный ресурс]. URL: <http://static.government.ru/media/files/0kPx2UXxWQ.pdf> (дата обращения 01.08.2019).
9. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Под. ред. Д.Я. Райгородского. Самара: Бахрах, 1998. С. 274–281.
10. Реан А.А. Семья, социальные установки и асоциальное поведение детей и подростков // *Российский психологический журнал*. 2015. Т. 12. № 1. С. 29–40. [Электронный ресурс] URL: <https://elibrary.ru/item.asp> (дата обращения 10.07.2019).
11. Реан А.А., Кошелева Е.С. Агрессивность как предиктор дефицита ощущения счастья у подростков // *Вестник Московского университета МВД России*. 2019. № 3. С. 258–263. doi: 10.24411/2073-0454-2019-10178.

12. Резаков А.А. Синдром уходов и бродяжничества у детей и подростков с непсихотическими и психотическими формами заболеваний (клиника и реабилитация): дис. ... канд. мед. наук. СПб, 2011. 174 с.

13. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2003. 323 с.

14. Титова А. И. Преступность несовершеннолетних: состояние и динамика // Молодой ученый. 2018. № 34. С. 64–66. [Электронный ресурс] URL: <https://moluch.ru/archive/220/52434> (дата обращения 01.08.2019).

15. Федеральная служба государственной статистики Здравоохранение. Официальная статистика [Электронный ресурс] URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/ (дата обращения 01.08.2019).

16. Федеральная служба государственной статистики. Правонарушения. Официальная статистика / [Электронный ресурс] URL: www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/infraction/# (дата обращения 12.08.2019).

17. Шайденко Н.А. Зарубежный опыт борьбы с правонарушениями несовершеннолетних // Молодой ученый. 2014. № 17. С. 18–19 [Электронный ресурс] URL <https://moluch.ru/archive/76/13014> (дата обращения 01.08.2019).

18. Шереметьева И.И., Ведяшкин В.Н. Бродяжничество у подростков, осложненное делинквентным поведением // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. № 3. С. 89–92. [Электронный ресурс] URL: <https://elibrary.ru/item.asp> (дата обращения 08.08.2019).

19. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 1999. 595 с.

20. Bender K., Brown S.M., Ferguson K.M., et al. Multiple Victimization before and after Leaving Home Associated with PTSD, Depression, and Substance Use Disorder among Homeless Youth // Child Maltreatment. 2015. Vol. 20. № 2. P. 115–124. doi: 10.1177/1077559514562859.

21. Cluver L.D., Meinck F., I Steinert J., et al. Parenting for Lifelong Health: a pragmatic cluster randomised controlled trial of a non-commercialised parenting programme for adolescents and their families in South Africa // BMJ Glob Health. 2017; 3:e000539. doi: 10.1136/bmjgh-2017-000539.

22. Partnership project between DIPEX and the Health Experiences Research Group at the University of Oxford's Nuffield Department of Primary Healthcare Sciences. URL: www.youthhealthtalk.org. (дата обращения 10.08.2019).

23. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases (ICD) [Электронный ресурс] URL: <https://www.who.int/ru/health-topics/international-classification-of-diseases> (дата обращения 08.08.2019).

Psychological Predictors of Vagrancy in Adolescents

Simaeva I.N.,

Doctor of Psychology, Professor, Institute of Education, I. Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia, ISimaeva@kantiana.ru

Bударина А.О.,

Doctor of Education, Professor, I. Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia, ABudarina@kantiana.ru

Khитрюк В.В.,

Doctor of Education, Professor, I. Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia, hvv64@tut.by

Vaitkene O.V.,

PhD Student, Institute of Education, I. Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia, o.v.vaitkene@gmail.com

Psychological predictors of vagrancy and home leave from socially and economically prosperous families in adolescents are analyzed in the article. The purpose of present article is to show that it is possible to predict the occurrence of runaways and vagrancy in adolescents in the absence of schizophrenia and other clinical diagnoses. Presented research data on the multidimensional relationship of personality accentuations and deviations in the styles of family education as psychological predictors of vagrancy in adolescents presented. 72 adolescents aged 12-16 and their 78 parents were examined according to the typology of character accentuations by K. Leonhard (the Kleist-Leonhard classification system) and the methodology "Analysis of parenting styles" by E.G. Eidemiller and V. Yustitskis, a regression analysis and assessment of the reliability of trends by the G-criterion of signs were carried out. Multidimensional links between various combinations of hypertimacy, cyclotimicity, exaltation, emotionality, excitability of vagrant teenagers and the characteristics of their family relationships in the form of infantilizing an adult teenager in the parent's mind, attributing their own negative qualities within the framework of the projection mechanism are shown. Based on the data obtained, it has been concluded that psychological predictors that allow anticipating wagon bondage as a behavior deviation with a rather high reliability are not individual accentuated personality traits, but an emergent system of interrelated initial characteristics of a teenager's personality and family relationships. It has been reliably established that the presence of none of the accentuations of the personality independently, outside the context of family education, is not a specific predictor for vagrancy and does not make it possible to predict its occurrence. The identified psychological predictors of vagrancy in adolescents

are highlighted for targeted corrective and preventive programs for adolescents and their parents in order to prevent vagrancy in the early stages of the teenage crisis.

Keywords: adolescents, vagrancy, vagabondage, psychological predictors, family education styles.

References

1. Andronnikova O.O. Spetsifika psikhologo-pedagogicheskogo soprovozhdeniya podrostkov, sklonnykh k brodyazhnichestvu [The specifics of the psychological and pedagogical support of adolescents prone to vagrancy]. *Science for Education Today*, 2019, vol. 9, no. 1, pp. 123–136. doi: 10.15293 / 2658-6762.1901.08. (In Russ.).
2. Baranov A.A., Kuchma V.R., Namazova-Baranova L.S., et al. Strategiya «Zdorov'ye i razvitiye podrostkov Rossii» (garmonizatsiya Yevropeyskiy i Rossiyskikh podkhodov k teorii i praktike okhrany i ukrepleniya zdorov'ya podrostkov) [Strategy “Health and development of adolescents in Russia” (harmonization of the European and Russian approaches to the theory and practice of protecting and strengthening adolescent health)] [Electronic resource]. Moscow: *Pediatrics*, 2014. 112 p. (In Russ.).
3. Genomika povedeniya: detskoye razvitiye i obrazovaniye [Genomics of behavior: child development and education]. S.B. Malykh, Yu.V. Kovas, D.A. Gaysinoy (eds.). Tomsk, 2016: publ. of Tomsk State University. 442 p.
4. Kobzar A.I. *Prikladnaya matematicheskaya statistika* [Applied Mathematical Statistics]. 2nd ed. Moscow: Fizmatit, 2012. 174 p.
5. Kondratyev G.V. Psikhologicheskiye osobennosti podrostkov, sovershayushchikh pobegi i brodyazhnichestvo, i korrektsionnaya rabota v usloviyakh tsentra vremennogo soderzhaniya nesovershennoletni [Psychological characteristics of adolescents making escapes and vagrancy, and correctional work in a juvenile detention center.]. Volgograd: publ. of Volgograd State University, 2009, pp. 83–88. doi: 10.12737/10327 (In Russ.).
6. Kontseptsiya razvitiya sistemy profilaktiki beznadzornosti i pravonarusheniy nesovershennoletnikh na period do 2020 goda. Rasporyazheniye Pravitel'stva RF ot 22 marta 2017 g. # 520-r [The concept of developing a system for the prevention of neglect and juvenile delinquency for the period up to 2020. Order of the Government of the Russian Federation of March 22, 2017, no 520-p] [Electronic resource]. URL: http://base.garant.ru/71643618/#block_1000 (Accessed 02.05.2019) (In Russ.).
7. Ponce Guadarrama L.S. Klinicheskiye osobennosti sindroma ukhodov i brodyazhnichestva u detey i podrostkov. Avtoreferat diss...k.m.n. [Clinical features of the syndrome of care and vagrancy in children and adolescents. Phd thesis]. Moscow, 1993. 25 p. (In Russ.).
8. Postanovleniye Pravitel'stva Rossiyskoy Federatsii ot 15 aprelya 2014 g. №295. Ob utverzhdenii gosudarstvennoy programmy Rossiyskoy Federatsii «Razvitiye

obrazovaniya» na 2013-2020 gg. [Decree of the Government of the Russian Federation of April 15, 2014, No. 295. On approval of the state program of the Russian Federation "Development of education" for the years of 2013-2020] [Electronic resource]. URL: <http://static.government.ru/media/files/0kPx2UXxuWQ.pdf> (accessed 01.08.2019) (In Russ.).

9. Prakticheskaya psichodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. D.Y. Raigorodskiy [ed.]. Samara: Bahrah, 1998, pp. 274–281.

10. Rean A.A. Sem'ya, sotsial'nyye ustanovki i asotsial'noye povedeniye detey i podrostkov // Rossiyskiy psikhologicheskiy zhurnal [Family, social attitudes and antisocial behavior of children and adolescents]. *Rossiiskii psikhologicheskii zhurnal [Russian Psychological Journal]*, 2015, vol. 12, no. 1, pp. 29–40. (In Russ.).

11. Rean A.A., Kosheleva E.S. Agressivnost' kak prediktor oshchushcheniya schast'ya u podrostkov [Aggression as a predictor of feelings of happiness in adolescents]. *Vestnik Moskovskogo universiteta MVD Rossii [Bulletin of the Moscow University of the Ministry of Internal Affairs of Russia]*, 2019, no. 3, pp. 258–263. doi: 10.24411/2073-0454-2019-10178 (In Russ.).

12. Rezakov A.A. Sindrom ukhodov i brodyazhnichestva u detey i podrostkov s nepsikhoticheskimi i psikhoticheskimi formami zbolevaniy (klinika i reabilitatsiya): dis. ... kand. med. Nauk [Care and vagrancy syndrome in children and adolescents with nonpsychotic and psychotic forms of the disease (clinic and rehabilitation), Phd Diss.]. Saint-Petersburg, 2011, 174 p. (In Russ.).

13. Sidorenko E.V. Metody matematicheskoy obrabotki v psichologii [Methods of mathematical processing in psychology]. Saint-Petersburg, Rech, 2003. 323 p. (In Russ.).

14. Titova A.I. Prestupnost' nesovershennoletnikh: sostoyaniye i dinamika [Juvenile delinquency: state and dynamics]. *Molodoy uchenyy [Young scientist]*, 2018, no. 34, pp. 64–66 (In Russ.).

15. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki Zdravookhraneniye. Ofitsial'naya statistika [Federal State Statistics Service Health. Official statistics] [Electronic resource]. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/ (Accessed 01.08.2019) (In Russ.).

16. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki. Pravonarusheniya. Ofitsial'naya statistika / [Federal State Statistics Service. Offenses. Official statistics] [Electronic resource] URL: www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/infraction/# (Accessed 12.08.2019) (In Russ.).

17. Shaydenko N.A. Zarubezhnyy opyt bor'by s pravonarusheniyami nesovershennoletnikh [Foreign experience in combating juvenile delinquency]. *Molodoy uchenyy [Young scientist]*, 2014, no. 17, pp. 18–19 (In Russ.).

18. Sheremet'yeva I.I., Vedyashkin V.N. Brodyazhnichestvo u podrostkov, oslozhnennoye delinkventnym povedeniyem [Vagrancy in adolescents complicated by

delinquent behavior]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya [Social and Clinical Psychiatry]*, 2012, vol. 22, no. 3, pp. 89–92. (In Russ.).

19. Eydemiller E.G., Yustickis V. *Psychologiya i psichoterapiya semyi [Family psychology and psychotherapy]*. Saint-Petersburg, Piter, 1999. 595 p. (In Russ).

20. Bender K., Brown S.M., Ferguson K.M., et al. Multiple Victimizations before and after Leaving Home Assotiated with PTSD, Depression, and Substance Use Disorder among Homeless Youth. *Child Maltreatment*, 2015, vol. 20, no. 2, pp. 115–124. doi: 10.1177/1077559514562859.

21. Cluver L.D., Meinck F., Steinert J.L., et al. Parenting for Lifelong Health: a pragmatic cluster randomised controlled trial of a non-commercialised parenting programme for adolescents and their families in South Africa. *BMJ Glob Health*, 2017, 3:e000539. doi:10.1136/bmjgh-2017-000539.

22. Partnership project between DIPEX and the Health Experiences Research Group at the University of Oxford's Nuffield Department of Primary Healthcare Sciences [Electronic resource]. URL: www.youthhealthtalk.org (Accessed: 08.08.2019).

23. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases (ICD) [Electronic resource]. URL: <https://www.who.int/ru/health-topics/international-classification-of-diseases> (Accessed: 08.08.2019).

Семантическая репрезентация деструктивного опыта в системе психической самоорганизации личности

Дьяков С.И.,

кандидат психологических наук, доцент кафедры «Психология», Севастопольский государственный университет (ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет»), Крым, Россия, sd333@mail.ru

В аспекте проблемы бессознательной психической самоорганизации личности определена тематика базовой семантики проблемного индивидуального опыта, отражающая структуру подсознательных деструктивных комплексов тревоги. Представлен анализ психодинамического подхода в психотерапии и моделировании бессознательной психической самоорганизации в контексте синергетики и субъектности личности. Рассмотрен семантический подход в моделировании сознания и неосознаваемых структур. В экспериментальном исследовании выявлены шесть тем базовой семантики тревоги: «Я боюсь»; «Обидно», «Я не могу», «Я не знаю», «Стыдно» «Я виноват». Выделенные темы отражают семантические комплексы тревоги как природного свойства бессознательной психической самоорганизации личности. Исследование подтверждает центральную роль социокультурных факторов в семантической репрезентации и категоризации опыта, интегрирующих систему психической самоорганизации личности. В семантике проблемного опыта не были обнаружены темы агрессии, что позволяет исключить бессознательную агрессию как базальный фактор семантики.

Ключевые слова: семантические темы проблемного опыта; подсознательные деструктивные комплексы; базовая семантика тревоги; психическая самоорганизация, субъектность личности.

Для цитаты:

Дьяков С.И. Семантическая репрезентация деструктивного опыта в системе психической самоорганизации личности [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 4. С. 123–137. doi: 10.17759/cpse.2019080408

For citation:

Diyakov S.I. Semantic Representation of Destructive Experience in the System of Mental Self-Organization of Personality [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 4, pp. 123–137. doi: 10.17759/cpse.2019080408 (In Russ., abstr. in Engl.)

*...Таково и наше думание.
Все равно ничего, кроме ассоциации, в нем нет.*

И.П. Павлов [9, с. 369]

Введение

Психоаналитическое наследие дает свои плоды и остается актуальным в современном мире психотерапии [12]. Проблема бессознательного сегодня может быть представлена в ракурсе современной методологической парадигмы синергетики [13] и раскрыта в модели психической самоорганизации (ПСО) [5]. Известно, что бессознательные структуры психики человека содержат, наряду с наследственными и генетическими паттернами опыта, материал накопленного им личного опыта познания и взаимодействия с миром. Последние выступают как когнитивные семантические сети индивидуальной памяти [19] и отражают паттерны и программы подсознательной (в терминологии З. Фрейда [20]) автоматизированной ПСО личности. Данная сфера рассматривается в нашем исследовании. В результате проблемного личного опыта в подсознательной сфере создается конфликтно-адаптивные, потребностно-смысловые конструируемые, деструктивно влияющие на сознательную сферу ПСО личности.

Моделирование бессознательной ПСО личности. Мы рассматриваем личность в контексте психического отражения реальности как систему ПСО, формируемую в пространстве самоорганизации жизни. ПСО включает сознательный и бессознательный уровни (сферы). Промежуточная между ними сфера подсознательной ПСО включает в себя механизмы индивидуального опыта, выступающие как психические автоматизмы (по П. Жане [6]): конструктивных – ранее сознательно освоенных и произвольно управляемых действий и поступков (составляющих содержание какой-либо деятельности или поведения как целенаправленного акта, в результате которого индивид получает желаемый продукт удовлетворения потребности), а также позитивных неосознанных впечатлений (непосредственных, чувственных, особенно связанных с детским возрастом, положительно подкрепляемых реакций на какой-либо стимул) и деструктивных – негативных реактивных впечатлений, которые выступают как подсознательные комплексы, вызывающие к действию психологические защиты и формирующие психические нарушения [20] и др. Последние выступают как факторы неадекватного реагирования на соответствующий стимул (проблемный), блокирующие или вносящие девиацию в ПСО и проявления активности.

В целом разные формы установок, навыков и привычек отражают как положительные, так и отрицательные (в аспекте удовлетворения потребностей и реализации ценностей и смыслов) семантические характеристики индивидуального опыта личности. Оценка значения вещей и их значимости, смысла, т.е. семантики, имеет относительный, часто ситуативный характер (ситуация выступает первым звеном в структуре поступка В.А. Роменца, поводящая к формированию канона и идеологии [10]). Данные семантические конструкты опыта раскрываются целостно через сознательные и бессознательные структуры личности, определяют особенности ее психической самоорганизации (ПСО), а, следовательно, характер поступков и перспективу жизнедеятельности. Поэтому наследственно-генетической базой ПСО индивида являются врожденные семантические паттерны опыта, составляющие бессознательные механизмы и программы ПСО и определяющие произвольные функции саморегуляции состояний, поведения и деятельности. В личной жизни, особенно в детстве, когда мало опыта, эмоционально насыщенные ситуации формируют семантики непосредственно и произвольно, что создает первичные подсознательные структуры. Механизмы сознания, в свою очередь, играют консолидирующую роль в ПСО личности как субъекта жизни (синергетика [2; 5]) и отражают вербальные семантики категоризации опыта относительно идей мира. Следовательно, семантика опыта выступает критерием моделирования ПСО.

Семантика сознания – довольно популярная сегодня тема (Е.Ю. Артемьева [1] и др.), хотя и не разработанная до конца, особенно в аспекте субъектности [5]. Однако семантика неосознаваемых механизмов ПСО представляет новизну в контексте позиции Московской школы МГУ, определяющей значение как вербализованный феномен социального понимания. Поэтому актуально исследование семантических факторов и механизмов глубинных пластов психической системы. В данной связи исследователи указывают на необходимость определения факторов и механизмов, открывающих возможность актуализации личностных смыслов и предлагают техники психоаналитического и медитативного характера (Н.П. Бусыгина [3]; И.Б. Гриншпун [4]; Х. Лейнер (Leyner) [15]; Дж. Рубин (J. Rubin) [17]; Х. Томэ (Tome) [11]).

Неосознаваемые структуры и механизмы (как позитивные, так и негативные) выстраиваются в семантические пространственно-временные цепи и сплетаются в системные информационно-смысловые сети *значений–отношений (смыслов–мотивации)* субъекта с миром (отражают ценностно-смысловую нагрузку тех или иных вещей мира и жизни) и составляют структуры диспозиций, т.е. предрасположенность субъекта поступать определенным образом (своеобразные программы действий-поступков). Следовательно, и положительные (конструктивные), и отрицательные (деструктивные) структуры и механизмы (паттерны) опыта составляют *информационно-смысловую систему* ПСО (сознательный и бессознательный уровни), мотивирующие и направляющие субъекта в его жизнедеятельности. Данная система складывается информационно и самоорганизованно, следовательно, по *семантическому принципу*. В системе ПСО паттерны опыта индивида имеют семантическую полярность и могут вызывать когнитивный диссонанс, а, следовательно, смысловые понятийные

и мотивационные барьеры и противоречия. Поэтому деструктивные подсознательные психические механизмы (дисфункциональные комплексы индивидуального опыта) выступают семантическими факторами, нарушающими оптимальность ПСО активности, гармоничную адаптивность и самореализацию личности в жизненном пространстве. Варианты преодоления (развития способности) и компенсации (замещения) могут быть конструктивные и деструктивные [7], в том числе и революционные, кардинальные преобразования идеологии (В.А. Роменец: драма–катарсис–соблазн–канон [10]) и свойств личности.

Проблема ПСО личности актуализирована парадигмой *субъекта*, в аспекте самоорганизации жизнедеятельности личности [5]. *Субъектность* раскрывается в развитии способностей оптимальной адаптации и самореализации, а также в «трансформации» деструктивных комплексов проблемного опыта, преодолении психологических защит [5; 14; 20]. В результате автономного действия глубинно-психологических механизмов проблемный опыт непроизвольно запускает формирование «психических защит» и становление «травматической тревоги» (по З. Фрейду [20]), а также по теории негативной компенсаторной мотивации А. Адлера [7]). Эти механизмы имеют семантическую природу смысловой целесообразности, и они блокируют и искажают активность субъекта в его личностной самореализации.

Гипотеза: подсознательные деструктивные комплексы проблемного опыта личности создают семантический диссонанс в ее ПСО. Они отражают бессознательное свойство тревоги и их можно семантически классифицировать по тематике. Аналоги: символическая тематика мотивов Х. Лейнера (луг, ручей и т.д.); апперцептивные темы опыта Г. Мюррея (реальность, будущее, фантазии) и др. Но данные модели либо символичны, либо не отражают тематику деструктивной семантики опыта личности. На тревогу как базовое бессознательное свойство указывают ведущие исследователи: К. Хорни (базальная тревога) [14]; З. Фрейд (сигнализирующая и травматическая виды тревоги) [20]; Р. Мэй (смысл тревоги) [16].

Цель исследования – выявить базовую семантическую тематику подсознательных деструктивных комплексов, выступающих как механизмы непроизвольной ПСО и саморегуляции и как факторы, блокирующие и нарушающие осознанную ПСО и волеизъявление субъекта. Также поставлена задача разработки экспериментальной процедуры для определения и подтверждения данной тематики.

Организация эмпирического исследования

Исследование проводилось на протяжении 2008–2018 годов. **Выборка** включала 483 человек в возрасте от 17 до 55 лет (пациенты разных профессиональной и жизненной направленности и социального статуса). Основная группа исследуемых (n=212, 44 мужчины и 168 женщин) работала в клинических условиях психотерапии (Научно-практический центр «Биологическая медицина», Симферополь). Для определения тематики деструктивных семантических

комплексов, структурирующих подсознательную ПСО личности, были использованы **методы и методики**: интроспекция и ассоциативный эксперимент объединены в метод тематических ассоциаций, который составляет основу оригинальной методики «Тематический семантический процессинг» (ТСП) [5]; методика «Шкала эмоциональных тонов» Р. Хаббарда (ШЭТ, см. Приложение 1).

Процедура. При исследовании в клинических условиях вначале испытуемого просили с помощью ШЭТ определить актуальное состояние, свойственное ему в последнее время. По мере того, как он определял свой эмоциональный тон, у него возникали *ассоциации проблемных событий личного опыта*, что давало возможность перейти к определению темы. На фоне проблемных ассоциаций событий опыта, испытуемого просили обозначить словами тему, отражающую его проблему (связанную с выбором по Шкале эмоциональных тонов). Для образца предлагалась тема (например, «Вы боитесь или чувствуете обиду»). В последующих процедурах по мере накопления тем испытуемым предлагались примерные темы, записанные на листе бумаги (сначала 2-3, рис. 1). Испытуемый, чувствуя свою проблему, определял тему, выбрав ее из представленных, конкретизировав или назвав другую собственную тему.

Далее проводился ТСП, который занимал 2-3 часа, в котором терапевтически прорабатывалась и уточнялась семантика данной темы. Отмечена особая продолжительность проведения сессии: первая – от двух до трех часов (при сложном синдроме), последующие обычно – не менее двух часов (очень редко менее двух часов, при эмоциональной лабильности и высокой открытости). Подробная процедура и принципы ТСП рассмотрены в нашей работе [5]. Пациента настраивают на доверительность и наиболее полное раскрытие ассоциируемых событий. В начале или по ходу сессии пациенту объясняют, что он может не говорить о том, какая картина (сцена) возникла у него в сознании (например, интимного характера), важно наблюдать ее, не переключаться на другую и проговаривать вслух характеристики модальностей внутреннего восприятия.

Также пациента просят наблюдать свои ощущения и физиологические реакции, а также возникающие по ходу сессии мысли, чувства, впечатления. Пациент сидит в кресле. Начало сессии, терапевт: «Мы начинаем нашу первую сессию. Закройте глаза, чтобы вы могли наблюдать картины событий, которые будут возникать у вас в психике. Все, что будет происходить во время сессии, вы будете осознавать и помнить (чтобы дать понять, что не будет использован гипноз). По окончании сессии я скажу слово “отменяю”, чтобы отменить всякие негативные внушения, которые могут произойти с моей стороны».

Затем психотерапевт говорит: «Назовите тему (например, “я боюсь”). Просто наблюдайте. Что вы видите? Где вы? Что происходит?» Пациент отвечает, например, «Я дома. Я сижу на кухне» и выделяет характеристики возникшей тематической ассоциации, т.е. описывает, как представлена картина: видит ли он ее вообще или видит темный фон, она цветная или черно-белая. Как правило, проблемная картина (образ) не раскрывается пространно, а представлена фрагментарно или вообще отсутствует на «внутреннем экране».

Далее психотерапевт настраивает пациента на то, что чем больше тот будет говорить о происходящем (отмечаем конфиденциальность процедуры), тем больше он раскроется и тем больший эффект освобождения произойдет в результате. Не надо вносить свои объяснения и заключения по поводу происходящего в сессии. Психотерапевт ведет и удерживает внимание пациента на проблемной теме. Они вместе с пациентом наблюдают появление и смену сцен, образов и мыслей, раскрывающих связи и сущность проблемы. Психотерапевт задает вопросы: «Что означает эта реакция, когда вы вздрогнули? Что значит этот образ?», т.е. что значит то или иное происходящее в текущий момент действие, ощущение, мысль, образ, впечатление, побуждение. Это позволяет пациенту способом непосредственного наблюдения-воспоминания осознано рассмотреть событие (взрослым взглядом относительно прошлого, детства), определить связи и отношения между событиями.

После этого психотерапевт просит клиента назвать тему: «Назовите тему. Я буду просить вас постоянно на протяжении сессии называть тему, чтобы вы могли удерживать ее и углубиться в нее, чтобы найти истоки проблемы. Чувствуйте эту тему. Что происходит?» Пациент описывает возникшую картину воспоминаний. Обычно достаточно скоро (5–20 мин.) наступает момент острого переживания прошлого события пациентом. Возникает эмоциональная реакция тревоги, пациент плачет, порой навзрыд. Бывают пациенты, которые наблюдают символические картины. Это могут быть сцены, связанные с архаикой прошлых веков (монахи, князья и т.п.) или духовные сцены (ангелы и т.п.). Могут быть фон и узоры (цвет и узоры изменяются в аспекте яркости). Однако в процессе сессии наблюдаются тревога, негативные реактивные состояния организма; происходит разрядка, пациент находит в этих сценах ответы на свои вопросы и к концу сеанса чувствует облегчение (если проблема не связана с финансовыми долгами или неизлечимой болезнью). Психотерапевт поддерживает пациента во время острой эмоциональной реакции и просит потерпеть, чтобы дать возможность проблемным переживаниям разрядиться.

В ходе описания пациентом болезненной сцены психотерапевт просит также описать возникшие ощущения, связанные с напряжением и тревогой. «Просканируйте свое тело: ощущения в ногах, стопа, голень обеих ног, бедра, живот, грудь, сердце, область поясницы, позвоночник – нижняя часть, средняя, верхняя, шея, голова, руки – от пальцев вверх к плечам». Психотерапевт дает установку, чтобы пациент говорил по ходу сессии, если у него возникают определенные ощущения, а также мысли, чувства и образы. Это необходимо для того, чтобы пациент замечал, как меняются в процессинге его психические и физиологические реакции на стимулы, которые выступают в начале сессии как проблемные. В конце сессии проблемные переживания и ощущения проходят – это является сигналом для окончания сессии. Очень редко удается за полтора часа работы достигнуть состояния спокойствия и расслабленности при интроспекции пациентом в конце сессии проблемных событий, которые вскрылись в начале и по ходу сессии. Может наблюдаться эффект диссоциации. Пациент видит картины не своими глазами, а смотрит как бы со стороны. Это связано с травматическими сценами опыта, болезненными для переживания. Мы не проводим сессии продолжительностью более трех часов. При затянувшемся сеансе, чтобы закончить сессию, можно

переключить внимание и сознание пациента на нейтральную тему и предложить релаксационные и дыхательные упражнения. Оставшиеся симптомокомплексы снимаются на следующей сессии.

Результаты исследования

Список тем, который приведен ниже, составляет конечный вариант семантики основных проблемных тем опыта жизнедеятельности личности, которые отражаются как деструктивные семантические (смысловые) комплексы его подсознательной (связаны с индивидуальным опытом) ПСО (рис. 1).



Рис. 1. Базовая семантическая тематика подсознательных комплексов тревоги

Представленные темы были выделены в клинической группе (n=212). Список тем собрался в 6 вариантов достаточно быстро, уже после 30 процедур. Далее испытуемые могли уже выбирать из данных шести свою проблемную тему (с возможностью добавить свою тему). Курс психотерапии (3-5 сессий) позволял пройти все актуальные темы. Дополнительное исследование подтвердило данный набор тем. Испытуемым была представлена сокращенная процедура ТСП в групповом варианте работы со студентами по 15–25 чел. (n=250, 18–21 лет). Респондентам также предлагалось (на основе возникших ассоциаций в ходе оценки эмоционального тона по ШЭТ) почувствовать свою проблему и назвать тему, выбрав ее из нескольких представленных (в начале 2-3, затем, в результате накопления, из шести), конкретизировав или назвав другую собственную тему. Также отдельной группе испытуемых (n=70) в ходе тренинга психической саморегуляции предлагалось закрыть глаза на 3-5 минут и представить то, что их беспокоит,

и определить семантику темы своей проблемной переживаемой ситуации, а затем открыть глаза и записать тему. Потом проводился тренинг психической саморегуляции. Для образца так же использовались данные 6 тем для ориентации (с возможностью их изменить или добавить). Мы снова находили подтверждение этим 6 темам. Фиксировалась только актуальная тема, первая в ассоциациях. Чаще всего выбирались темы «Я боюсь», «Обидно», менее «Не знаю», другие реже. Специфика тем показывает, что они отражают семантику морально-этических конструктов культуры общества, относительно которых личность строит свою идентификацию и императивность которых создает проблематику жизнедеятельности в аспекте дихотомии «моя воля – воля общества» [5].

В исследовании также участвовала группа респондентов эзотерической ценностно-смысловой направленности (n=18). У них мы не нашли разницы в тематике проблемной семантики. Различия данной группы состояли в том, что испытуемые в ТСП часто наблюдали эзотерические, мистические, т.е. символические ассоциативные сцены (ангелы и, себя в облике монаха и т.п.), чего не наблюдалось у лиц реалистичной направленности (клиническая группа). Их тревога также связана с проблемными событиями реальности. Отдельный случай, в сессии психодрамы, поднял у двух участниц новую тему «я жалею» («что не смогла защитить»; «не могла больше общаться»), связанную с утратой близких. Но дальше эта тема влилась в базовую, первичную тему «я виновата» (не смогла помочь), которая явилась причиной возникновения проблемного паттерна.

Актуален факт, что в подсознательной семантике проблемного опыта не были обнаружены темы агрессии типа: «я убью», «я хочу убить», что позволило бы отнести бессознательную агрессию к базальной, первичной семантике (Ч. Дарвин, З. Фрейд и др. [18]). Отсюда представляет интерес обследование лиц с преступной направленностью. Вероятно, это связано с тем, что темы агрессии также имеют под собой причины (тревога вызывает разные реакции: от агрессии до депрессии) разрушить что-то, кого-то потому, что обидно, страшно потерять что-либо, невозможно так жить. В одном консультативном случае у респондента, молодой женщины, был вскрыт мотив «я хочу кого-нибудь убить». Это была скрытая агрессия, которая являлась следствием проблемной семантики ее личной жизни, так сказать, комплекс «старой девы». В основе темы проблемы тревоги: «не могу», «не знаю», потребность исправить сложившееся положение и предшествующие причины его (у нее – это родительское влияние), «боюсь остаться одна» и т.п. Все выделенные нами темы отражают семантику тревоги. Следовательно, основой бессознательной ПСО является тревога (базальная тревога по К.Хорни [14]; у З. Фрейда – сигнальная тревога, природная и травматическая тревога, вторичная [20]), которая сигнализирует о потребности, удовлетворение которой может осуществляться разными путями и способами (агрессивными, эзотерическими, мазохистскими) и предполагать различную смысловую направленность в ПСО и самоорганизации жизни. Исследование, проведенное с испытуемыми систематически практикующими раджа-йогу (n=3 в возрасте 27, 48, 50 лет), способных контролировать свои мыслепотоки и выключать актуальность проблемных «мирских» тем, показало, что темы тревоги и деструктивные комплексы продолжают составлять семантическую нагрузку их жизни

и пробуждаются, если направить на них сознание. Они также болезненно переживают их в сессии ТСП, а их вытесненные проблемы требуют отреагирования.

Курс терапии начинается с самой актуальной темы. Часто это тема «Я боюсь» или «Обидно», реже – «Не знаю», «Не могу», другие «Стыдно», «Виноват» – еще реже. Одна конкретная тема составляет каждый сеанс. Тема захватывает обычно один, редко два сеанса. Но если тема особо актуальная (например, тема «Я боюсь» при ПТСР пациента участника боевых действий в Афганистане), травматическая, она может продолжаться 5 сеансов, возможно более.

Выводы

Результаты исследования показали законченность данного набора тем. Выявлена определенная специфика выбора тем: 1) при высокой интенсивности тревоги актуализируется тема «Я боюсь»; 2) часто актуальна тема «Обидно», реже – «Не могу», «Не знаю»; реже всего – «Стыдно», «Виноват». Также специфика отмечена в продолжительности проведения сессии: первая – от двух до трех часов (при сложном синдроме), последующие обычно – не менее двух часов. Следовательно, выделенные темы отражают основные жизненные проблемы и определяют деструктивные семантические комплексы подсознательной ПСО личности, выстраиваемые на основе тревоги как природного свойства бессознательной ПСО. Проблемные темы отражают значение и смысловую репрезентацию негативных событий личного опыта, вызывающих когнитивно-семантический дисбаланс в ПСО личности и препятствующих сознательному волеизъявлению субъекта.

Исследование, на наш взгляд, подтверждает центральную роль социокультурных факторов в семантической репрезентации опыта, интегрирующих систему ПСО личности: 1) семантика речи как знаковой системы кодирования и транслирования знания в поле человеческого познания и самоидентификации (отдельная сессия имеет отдельную тему, вербализуемую лингвосемантическими паттернами и структурой опыта); 2) семантика морально-этических конструктов культуры общества, определяющих личностную социокультурную категоризацию ПСО и жизнедеятельности (тематика комплексов тревоги отражает императивность аспектов нравственности личности). Таким образом, получил обоснование семантический принцип ПСО личности.

В исследовании не были обнаружены в семантике проблемного опыта темы агрессии, например, «Я хочу убить». Вероятно, бессознательная агрессия не является базальным фактором семантики. Однако для уточнения этого феномена представляется интересным провести обследование лиц с насильственной преступной мотивацией.

Финансирование

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект № 16-16-00066.

Литература

1. *Артемяева Е.Ю.* Основы психологии субъективной семантики / Под ред. И.Б. Ханиной. М.: Наука; Смысл, 1999. 350 с.
2. Большой психологический словарь / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. М.: Прайм-Еврознак, 2003. 672 с.
3. *Бусыгина Н.П.* Психоаналитическая интерпретация как исследовательская стратегия // Консультативная психология и психотерапия. 2012. Т. 20. № 4. С. 60–84.
4. *Гриншпун И.Б.* История психотерапии. Лекция 2. Предыстория психотерапии (Часть II) // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Том 24. № 1. С. 151–168. doi:10.17759/cpp.2016240110
5. *Дьяков С.И.* Психосемантика самоорганизации человека как субъекта жизни. Основы психологии субъекта: монография. СПб.: Проспект Науки, 2016. 680 с.
6. *Жане П.* Психический автоматизм. Экспериментальное исследование низших форм психической деятельности человека. СПб.: Наука, 2009. 500 с.
7. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия: учеб. для вузов. 2-е изд. СПб.: Питер, 2002. 672 с.
8. *Лурия А.Р.* Основные проблемы нейролингвистики. 3-е изд. М.: Либроком, 2009. 256 с.
9. *Павлов И.П.* Рефлекс свободы. СПб.: Питер, 2001. 423 с.
10. *Роменец В.А.* Історія психології ХХ століття: Н/п. / Роменец В.А., Маноха І.П. Київ: Либідь, 2003. 990 с.
11. *Томэ Х., Кэхеле Х.* Современный психоанализ. в 2-х томах. М.: Прогресс, 1996. 1352 с.
12. *Garon J.* Heritage of a Psychoanalytic Mind – Ferenczi International Conference in Toronto // The American Journal of Psychoanalysis. 2017. Vol. 77. № 3. P. 313–324.
13. *Haken G.* Erfolgsgeheimnisse der Natur: Synergetik, die Lehre vom Zusammenwirken. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1995. 320 p.
14. *Horney K.* Neurosis and Human Growth: The Struggle Toward Self-Realization. New York: W.W. Norton & Co, 1950. 240 p.
15. *Leuner H.* Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie. Band IV. Heft 2. Verl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen und Zürich, 1978. P. 166–187.
16. *May R.* Meaning of anxiety. New York: Ronald Press Co, 1950. 412 p.

Дьяков С.И. Семантическая репрезентация
деструктивного опыта в системе психической
самоорганизации личности
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 4. С. 123–137.

*Diyakov S.I. Semantic Representation of Destructive
Experience in the System of Mental Self-Organization
of Personality
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 4, pp. 123–137.*

17. *Rubin J. Meditative psychoanalysis // The American Journal of Psychoanalysis. 2016. Vol. 76. № 1. P. 54–70. doi.org/10.1057/ajp.2015.59*

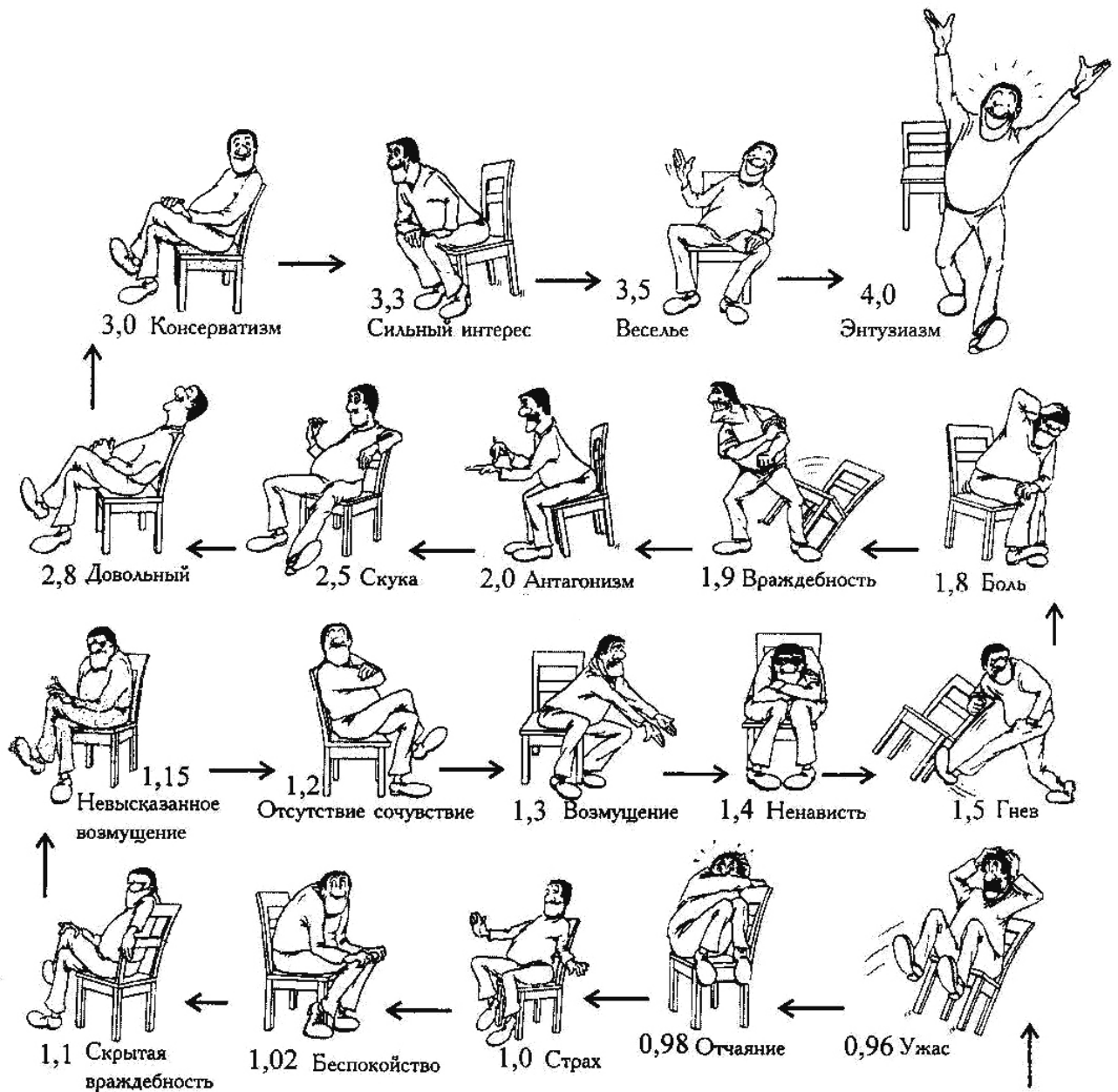
18. *Salloway F.J. Freud, Biologist of the Mind. Beyond the psychoanalytic Legend. New York, Basic Books, 1979. 275 p.*

19. *Smythies J. The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience. By F.J. Varela, E. Thompson and E. Rosch. (Pp. 308; illustrated; £22.50.) MIT Press: Cambridge, Mass. 1991. Psychological Medicine. 1993, Vol. 23, № 2. P. 529-532. doi:10.1017/S0033291700028646*

20. *Über Psychoanalyse. Fünf Vorlesungen, gehalten zur 20jährigen Gründungsfeier der Clark University in Worcester, Mass., September 1909, Leipzig und Wien: G.W., Bd. 1910, P. 1–60.*

ПРИЛОЖЕНИЕ

Шкала эмоциональных тонов



Semantic Representation of Destructive Experience in the System of Mental Self-Organization of Personality

Diyakov S.I.,

*PhD in Psychology, associate professor, chair of psychology, Sevastopol State University,
Crimea, Russia, sd333@mail.ru*

In the aspect of the problem of unconscious mental self-organization of a personality, the subject of the basic semantics of problematic individual experience is determined, which reflects the structure of subconscious destructive anxiety complexes. The analysis of the psychodynamic approach in psychotherapy and modeling of unconscious mental self-organization in the context of synergetics and personality subjectivity is presented. The semantic approach to modeling of consciousness and unconscious structures is considered. The pilot study identified six topics of the basic semantics of anxiety: "I'm afraid"; "It's a shame," "I can't," "I don't know," "It's a shame." "It's my fault." The highlighted topics reflect the semantic complexes of anxiety as a natural property of the unconscious mental self-organization of a person. The study confirms the central role of sociocultural factors in the semantic representation and categorization of experience, integrating the system of mental self-organization of a person. The topics of aggression were not found in the semantics of problematic experience, which makes it possible to exclude unconscious aggression as a basal factor of semantics.

Keywords: semantic topics of problematic experience; subconscious destructive complexes; basic semantics of anxiety; mental self-organization, personal agency.

Funding

The work conducted with financial support of the Russian Foundation of Basic Research, project No. 16-16-00066.

References

1. Artem'eva E.YU. *Osnovy psihologii sub"ektivnoj semantiki [Fundamentals of the psychology of subjective semantics]* / I.B. Hanina (ed.). Moscow: Nauka; Smysl, 1999. 350 p. (In Russ.).

2. Bol'shoj psihologicheskij slovar' [The Great Psychological Dictionary] / B.G. Meshcheryakov, V.P. Zinchenko (eds.). Moscow: Prajm-Evroznak, 2003. 672 p. (In Russ.).
3. Busygina N.P. Psihoanaliticheskaya interpretaciya kak issledovatel'skaya strategiya [Psychoanalytic interpretation as a research strategy]. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya [Advisory Psychology and Psychotherapy]*, 2012, no. 4, pp. 7–18. (In Russ, abstr. in Engl.).
4. Grinshpun I.B. Istoriya psihoterapii. Lekciya 2. Predystoriya psihoterapii (chast' II) [History of psychotherapy. Lecture 2. Background of psychotherapy (Part II)]. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya [Advisory Psychology and Psychotherapy]*, 2016, vol. 24, no. 1, pp. 151–168. (In Russ, abstr. in Engl.).
5. D'yakov S.I. Psihosemantika samoorganizacii cheloveka kak sub"ekta zhizni. Osnovy psihologii sub"ekta [Psychosemantics of human self-organization as a subject of life. Fundamentals of the psychology of the subject]. Saint-Petersburg: Prospekt Nauki, 2016. 680 p. (In Russ.).
6. Zhane P. Psihicheskij avtomatizm. Eksperimental'noe issledovanie nizshih form psihicheskoy deyatel'nosti cheloveka [Mental automatism. An experimental study of the lower forms of human mental activity]. Saint-Petersburg: Nauka, 2009. 500 p. (In Russ.).
7. Karvasarskij B.D. Psihoterapiya [Psychotherapy]. 2nd ed. Saint-Petersburg: Piter, 2002. 672 p. (In Russ.).
8. Luriya A.R. Osnovnye problemy nejrolingvistiki [The main problems of neurolinguistics]. 3 ed. Moscow: Librokom, 2009. 256 p. (In Russ.).
9. Pavlov I.P. Refleks svobody [Reflex of freedom]. Saint-Petersburg: Piter, 2001. 423 p. (In Russ.).
10. Romenec' V.A., Manoha I.P. Ictopiya psihologii XX stolittya [History of Psychology of the XX Century]: navchal'nyy posibnyk [educational allowance]. Kiev: Libid', 2003. 990 p. (In Ukr.).
11. Tomeh X., Kehkhele X. Sovremennyj psihoanaliz [Modern psychoanalysis]. Moscow: Progress, 1996. (In Russ.). 1352 p.
12. Garon J. Heritage of a Psychoanalytic Mind – Ferenczi International Conference in Toronto. *The American Journal of Psychoanalysis*. 2017, vol. 77, no. 3, pp. 313–324.
13. Haken G. Erfolgsgeheimnisse der Natur: Synergetik, die Lehre vom Zusammenwirken. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1995. 320 p.
14. Horney K. Neurosis and Human Growth: The Struggle Toward Self-Realization. New York: W.W. Norton & Co, 1950. 240 p.

15. Leuner H. Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie. Band IV. Heft 2. Verl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen und Zürich, 1978, pp. 166–187.
16. May R. Meaning of anxiety. New York: Ronald Press Co, 1950. 412 p.
17. Rubin J. Meditative psychoanalysis. *The American Journal of Psychoanalysis*, 2016, vol. 76, no. 1, pp. 54–70. doi.org/10.1057/ajp.2015.59
18. Salloway F.J. Freud, Biologist of the Mind. Beyond the psychoanalytic Legend. New York: Basic Books, 1979. 275 p.
19. Smythies J. The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience. *Psychological Medicine*, 1993, vol. 23, no 2, pp. 529–532. doi:10.1017/S0033291700028646
20. Über Psychoanalyse. Fünf Vorlesungen, gehalten zur 20jährigen Gründungsfeier der Clark University in Worcester, Mass., September 1909, Leipzig und Wien: G.W., Bd. 1910, no. 8, pp. 1–60.

Модификация задачи «Приложение усилий для получения вознаграждения» (EEfRT) для изучения мотивации больных шизофренией

Плакунова В.В.,

лаборант-исследователь, лаборатория клинической генетики, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, jackfrost14.12@gmail.com

Тхостов А.Ш.,

доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой нейро- и патопсихологии, факультет психологии, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия, tkhostov@gmail.com

Алфимова М.В.,

доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник, лаборатория клинической генетики, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, m.alfimova@gmail.com

В исследованиях последних лет показано снижение готовности прилагать усилия для получения вознаграждения у больных шизофренией. При этом точный механизм данного нарушения неизвестен, что диктует необходимость дальнейшего экспериментального изучения вопроса с использованием адекватных процедур измерения готовности прилагать усилия. Среди последних наибольшее распространение получила задача «Приложение усилий для получения вознаграждения» (EEfRT). Однако оригинальная версия методики не может быть использована во всех популяциях в силу социально-экономических различий между странами. Цель работы состояла в модификации и апробации EEfRT на российской популяции. Методика была сокращена, были подобраны суммы выигрыша, позволяющие выявлять закономерности приложения усилий у больных и здоровых людей. Для проверки психодиагностических возможностей модифицированной версии с ее помощью были обследованы 20 человек молодого возраста (из них 15 женщин) с шизофренией и 20 здоровых испытуемых, вошедших в контрольную группу и соответствующих по своим демографическим характеристикам экспериментальной выборке людей с шизофренией. Кроме того, для выборки людей с шизофренией были получены данные о выраженности симптомов по Шкале позитивных и негативных синдромов (PANSS), а для выборки здоровых

обследуемых – о выраженности шизотипических черт (по методике SPQ-74). Показано, что модифицированная версия EEfRT хорошо выявляет нормальные закономерности готовности прилагать усилия в обмен на денежное вознаграждение. Обнаружены снижение такой готовности и ослабление ее зависимости от размера и вероятности выигрыша у больных шизофренией молодого возраста. Методика позволяет изучать мотивационные особенности больных людей, которые не оцениваются с помощью клинического психометрического инструментария.

Ключевые слова: мотивация, экспериментальный метод, шизофрения, шизотипия, негативные симптомы.

Для цитаты:

Плакунова В.В., Тхостов А.Ш., Алфимова М.В. Модификация задачи «Приложение усилий для получения вознаграждения» (EEfRT) для изучения мотивации больных шизофренией [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 4. С. 138–155. doi: 10.17759/cpse.2019080409

For citation:

Plakunova V.V., Tkhostov A.Sh., Alfimova M.V. Modification of the Effort Expenditure for Rewards Task (EEfRT) for Motivation Studies in Schizophrenia Patients [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 4, pp. 138–155. doi: 10.17759/cpse.2019080409 (In Russ., abstr. in Engl.)

В отечественной клинической психологии нарушениям мотивации при шизофрении всегда придавалось большое значение [3-5]. Эта традиция продолжает развиваться и находит отражение в современных работах, связывающих мотивационные процессы с широким кругом особенностей внутреннего мира и поведения пациентов [2; 6-7; 9]. Становление концепции негативных симптомов во второй половине 20 века привело к повышению научного интереса к проблеме мотивации при шизофрении и в мировой психиатрии [8; 15; 25; 28]. Изучение мотивационных нарушений этой группы больных в настоящее время является быстро растущей областью научных исследований [28], что связано с теоретической и практической важностью данной характеристики шизофрении. Признано, что нарушения мотивации представляют собой часть негативного синдрома, который определяет функциональный исход болезни и при этом плохо поддается как медикаментозной, так и психотерапевтической коррекции [25]. Понимание механизмов амотивированности, таким образом, должно способствовать созданию новых методов лечения негативных симптомов и улучшению качества жизни пациентов. Современная психологическая концепция мотивации, выросшая из нейронаучных исследований, представляет ее как систему процессов, которые ведут к принятию решения о приложении усилий для достижения цели (награды) (см., например, [24]). Данное проявление мотивации хорошо исследовано на

модельных животных, что позволило адаптировать разработанные для животных экспериментальные приемы для исследования людей [16-17]. Эти приемы позволяют оценить, сколько усилий человек готов приложить за конкретный уровень вознаграждения. В качестве награды наиболее часто выступает небольшое количество денег, хотя в некоторых экспериментах используются также пищевые или другие стимулы. Испытуемого обычно просят выбрать легкую или трудную задачу, при этом вероятность и величина выигрыша варьируются.

Особенности готовности прилагать усилия у больных шизофренией экспериментально изучаются с 2013 года (см. обзоры [12; 16-17]). Важно отметить, что проверка субъективной ценности денег не выявила различий между больными и здоровыми, что делает возможными подобные исследования. Обобщенные данные, хотя и не вполне согласованные, свидетельствуют, что люди с шизофренией реже выбирают трудные задания, и их отличия от здоровых людей особенно заметны, когда и цена вознаграждения, и его вероятность высоки. Это прежде всего касается задач с физическими нагрузками, а результаты экспериментов с когнитивными заданиями менее однозначны. При этом точный механизм отказа от требующих усилий видов активности при шизофрении неизвестен, что диктует необходимость дальнейшего экспериментального изучения данного вопроса с использованием адекватных процедур измерения готовности прилагать усилия.

В настоящее время наиболее изучены со стороны валидности и пригодности для исследования усилий у больных шизофренией следующие экспериментальные приемы: Effort Expenditure for Rewards, Balloon Effort, Grip Strength Effort, Deck Choice Effort и Perceptual Effort task. При анализе связи их выполнения с клинико-демографическими характеристиками пациентов, различными симптомами, когнитивным дефицитом и субъективной оценкой денежного вознаграждения было показано, что перечисленные задачи сходны между собой как по результатам, так и по паттернам корреляционных связей с другими проявлениями заболевания. Был сделан вывод о том, что все эти парадигмы имеют большой потенциал для использования в исследованиях причин амотивированности больных [20]. В то же время задачи показали разные сильные и слабые психометрические стороны. С точки зрения обнаружения групповых различий, ретестовой надежности и пригодности для повторных измерений, наилучшие характеристики продемонстрировала задача «Приложение усилий для получения вознаграждения» (Effort Expenditure for Rewards Task, EEfRT) [29]. Она же оказалась самой используемой экспериментальной парадигмой в изучении мотивации в психиатрии согласно недавнему библиографическому исследованию [28].

EEfRT направлена на изучение процесса принятия решения о приложении физических усилий к получению денежного вознаграждения. Методика была разработана для исследования людей М. Тридвеем с коллегами в Университете Вандербильда, США [31]. За основу они взяли парадигму, предложенную ранее Дж. Саламоне (J.D. Salamone) с соавторами для изучения процесса принятия решений у животных. EEfRT представляет собой серию проб, в которых испытуемый может выбрать между выполнением «трудной» задачи, то есть объективно требующей

более существенных затрат энергии, или «легкой» задачи – требующей меньших усилий, чтобы заработать различные суммы денег. Задача заключается в том, чтобы успеть нажать мизинцем руки на кнопку заданное количество раз за ограниченное время. Цена легкой задачи (30 нажатий за 7 с) фиксирована, а трудной (100 нажатий за 21 с) – варьирует в небольших пределах. Получение выигрыша при выполнении условий не гарантировано: его вероятность – 12%, 50% или 88%, как и сумма возможного выигрыша. Вероятность и сумма возможного выигрыша сообщаются испытуемому перед выбором задачи. В оригинальной версии «игра» длится 20 минут, за которые испытуемый успеет сыграть более 50 раз. Авторы EEfRT предоставляют программный код для исследовательских целей бесплатно. Однако оригинальная методика требует относительно длительного времени, заметных материальных затрат и, кроме того, не может быть использована для других популяций в силу социоэкономических различий между странами.

Цель настоящей работы состояла в создании и апробации модифицированной версии EEfRT для российской популяции. Были поставлены следующие задачи.

1. Для перенесения этого инструмента в российские условия представлялось важным сократить и удешевить методику, подобрать суммы выигрыша, позволяющие выявлять закономерности приложения усилий у больных и здоровых людей, а также создать компьютерную программу для реализации методики.

2. Проверить психодиагностические возможности модифицированной версии, а именно: выявляет ли она обнаруженные ранее у больных шизофренией снижение готовности прилагать усилия и ослабление зависимости данной готовности от суммы и вероятности выигрыша.

3. В контексте проблемы конструктивной валидности проанализировать связь экспериментально измеренной готовности прилагать усилия с клинически оцениваемой выраженностью негативной симптоматики у больных шизофренией и с психометрически оцениваемой нормальной вариативностью черт негативной шизотипии.

Материал и методы

Выборка. С помощью модифицированной версии EEfRT были обследованы 20 человек с расстройствами шизофренического спектра (F2 по МКБ-10), находившихся на начальной стадии развития заболевания (средний возраст – $22,00 \pm 0,73$ года; 75% женщин), и 20 здоровых испытуемых, подобранных к группе испытуемых с шизофренией по полу и возрасту ($19,16 \pm 2,57$ лет; 75% женщин). Диагнозы были распределены следующим образом. Двенадцать больных страдали основными формами шизофрении (F20), шестеро имели диагноз «шизотипическое расстройство» (малопрогрессирующая шизофрения, F21), двое – «шизоаффективный психоз» (F25).

Больные были обследованы во время пребывания в стационаре ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» на фоне низкой выраженности

продуктивной симптоматики. Для каждого из больных от лечащего врача были получены оценки по Шкале позитивных и негативных синдромов (PANSS). Лица из контрольной группы заполнили Опросник шизотипических черт (SPQ-74). Все испытуемые дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Модификация EEfRT. В модифицированной версии применяли те же условия выполнения задачи, что и в оригинальной, но использовали три уровня вознаграждения и две вероятности получения выигрыша. В легкой задаче испытуемый должен мизинцем недоминантной руки за 7 секунд тридцать раз нажать на клавишу «пробел» на клавиатуре компьютера. Награда фиксированная – 25 рублей. В трудной задаче нужно сделать 100 нажатий за 21 секунду. Награда может составить 35 или 45 рублей, вероятности получения вознаграждения – 50% или 88%. Версия включает 16 проб, по четыре для каждого условия (вознаграждение × вероятность). Пробы предъявляются в фиксированном псевдослучайном порядке. Выборы и выигрыши испытуемого отмечаются экспериментатором в протоколе. Испытуемый получает выигранную сумму после выполнения всех 16 проб. В случае отсутствия или маленького (<100 рублей) выигрыша испытуемый получает 100 рублей. Для определения доминантной руки каждому из участников были заданы вопросы о том, считает он себя правой или левой и какой рукой пользуется для письма. Согласно опросу, в выборке имелся один контрольный испытуемый, считающий себя левой и использующий левую руку для письма. Соответственно, он выполнял задачу мизинцем правой руки.

Для реализации методики была написана программа, предъявляющая условия пробы и результаты ее выполнения на экране компьютера и дающая возможность выбрать легкую или трудную задачу. Программа отмеряет заданный временной интервал, подсчитывает нажатия и определяет, последует ли вознаграждение после выполнения пробы (рис. 1).

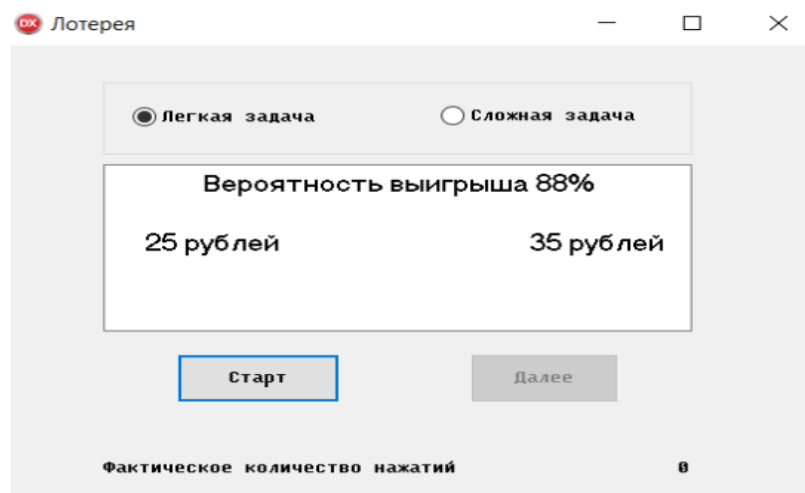


Рис. 1. Предъявление условий задачи на экране компьютера с помощью программы для реализации модифицированной версии EEfRT

Оценка симптомов. Для оценки симптоматики больных использовали PANSS. PANSS включает 30 симптомов, сгруппированных в три синдрома – позитивный, негативный и общий психопатологический. Выраженность каждого симптома оценивается по 7-балльной шкале. В работе использованы суммарные баллы для каждого синдрома.

Для измерения нормальной вариативности шизотипических черт применяли SPQ-74 в адаптации А.Г. Ефремова и С.Н. Ениколопова [1]. Опросник включает 74 пункта, направленных на самооценку девяти признаков шизотипического расстройства (по классификации DSM-III-R). Пункты образуют перцептивно-когнитивный (аналог позитивной симптоматики), межличностный (негативный) и дезорганизационный (нарушения мышления и необычное поведение) факторы.

Статистический анализ. Анализировали количество выборов трудных задач в целом, а также для каждого из условий (вознаграждение, вероятность, вознаграждение × вероятность). Предварительно проводили проверку распределения признаков с помощью критерия Колмогорова–Смирнова и визуально. Далее использовали непараметрическую статистику: для межгрупповых сравнений – тест Манна–Уитни с поправкой Бонферрони на множественность сравнений (9 показателей); для внутригрупповых сравнений – тест Вилкоксона и ANOVA Фридмана, также с поправкой на множественность сравнений (четыре теста Вилкоксона и два теста Фридмана). Для изучения корреляций с симптомами вычисляли коэффициенты Спирмена и проводили логистическую регрессию. Использовали программы JASP 0.9.1.0 [21] и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

Динамика выборов в зависимости от суммы и вероятности выигрыша у больных и здоровых представлена на рис. 2. Обобщенные показатели – на рис. 3.

Все здоровые испытуемые выполнили и легкую, и трудную версии задачи успешно. В соответствии с ожиданиями, контрольная группа чаще выбирала трудные задачи (от 69 до 98% в разных условиях), а также продемонстрировала рост «трудных» выборов при увеличении вероятности и суммы вознаграждения: внутригрупповые различия между выборами в разных условиях статистически достоверны (тест Фридмана, $\chi^2=17,00$; $p_{\text{корр}}=0,001$). При этом на увеличение выборов трудной задачи повышение вероятности влияло значимо (тест Вилкоксона, $z=2,86$; $p_{\text{корр}}=0,017$), а повышение суммы – на уровне тенденции ($z=1,88$; $p=0,060$). Интересно отметить, что в случае максимальной вероятности и максимальной суммы наблюдалось снижение вариативности ответов – в этих условиях здоровые испытуемые в основном выбирали трудную задачу. Таким образом, несмотря на склонность здоровых испытуемых выбирать более сложную и более высокооплачиваемую задачу и несмотря на наличие испытуемых (30%), выбирающих только трудную задачу, подобранные для модифицированной версии условия на групповом уровне надежно выявляют обнаруженные ранее [31] нормальные закономерности для зависимости готовности прилагать усилия от вероятности и суммы выигрыша.

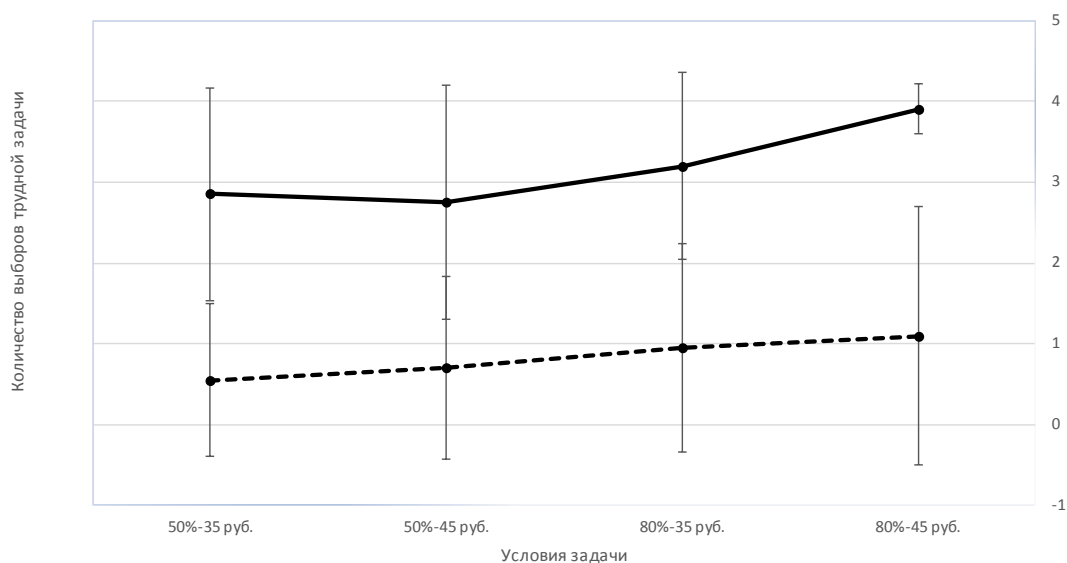


Рис. 2. Зависимость количества выборов трудной задачи от вероятности и суммы выигрыша в группах здоровых испытуемых и испытуемых с шизофренией

Примечание. Показаны средние значения и стандартные отклонения количества трудных выборов. Сплошная линия – группа здоровых испытуемых; пунктирная линия – группа испытуемых с шизофренией.

В группе больных количество выборов трудной задачи было достоверно меньше, чем в контрольной, в каждом из условий и для каждого из обобщенных показателей (тест Манна–Уитни, все $p_{\text{корр}} < 0,001$). Размеры эффекта (бисериальный коэффициент корреляции) были значительными, находясь в интервале 0,72–0,90. Хотя у испытуемых с шизофренией имело место слабое монотонное возрастание выборов трудной задачи при увеличении вероятности и суммы выигрыша (в среднем от 14 до 28%), влияние условий (сумма, вероятность или сумма \times вероятность) на выбор, согласно критериям Фризмана и Вилкоксона, не было значимым. При этом половина испытуемых с шизофренией выбирала легкую задачу, не отказываясь при этом от продолжения игры, а 12 человек, имеющих шизофрению (60%), хотя бы один раз не успели выполнить задачу, причем восемь из этих 12 (67%) были из подгруппы пациентов, никогда не выбиравших трудную задачу.

Полученные результаты подтверждают имеющиеся данные [10; 14; 18–19; 26; 29; 32] о том, что при шизофрении снижена готовность прилагать усилия для получения денежного вознаграждения и ослаблена зависимость данной готовности от вероятности и суммы выигрыша. При этом склонность испытуемых с шизофренией выбирать легкую задачу при всех условиях нельзя объяснить недостаточным стимулирующим потенциалом разницы в выигрыше, поскольку у здоровых того же пола и возраста эта разница оказалась достаточной для выбора трудной задачи. Следует отметить, что и по материальному положению основная и контрольная группы были сходны, так как здоровые испытуемые набирались не по объявлению с обещанием материального вознаграждения, а среди студентов психологического факультета на основе личных контактов. В то же время мы не

можем исключить, что в группе здоровых действовали не материальный, а игровой мотив и устойчивая, высокая самооценка, т.е. факторы внутренней, а не внешней мотивации в терминах теории самодетерминации [30], что требует дальнейшего исследования.

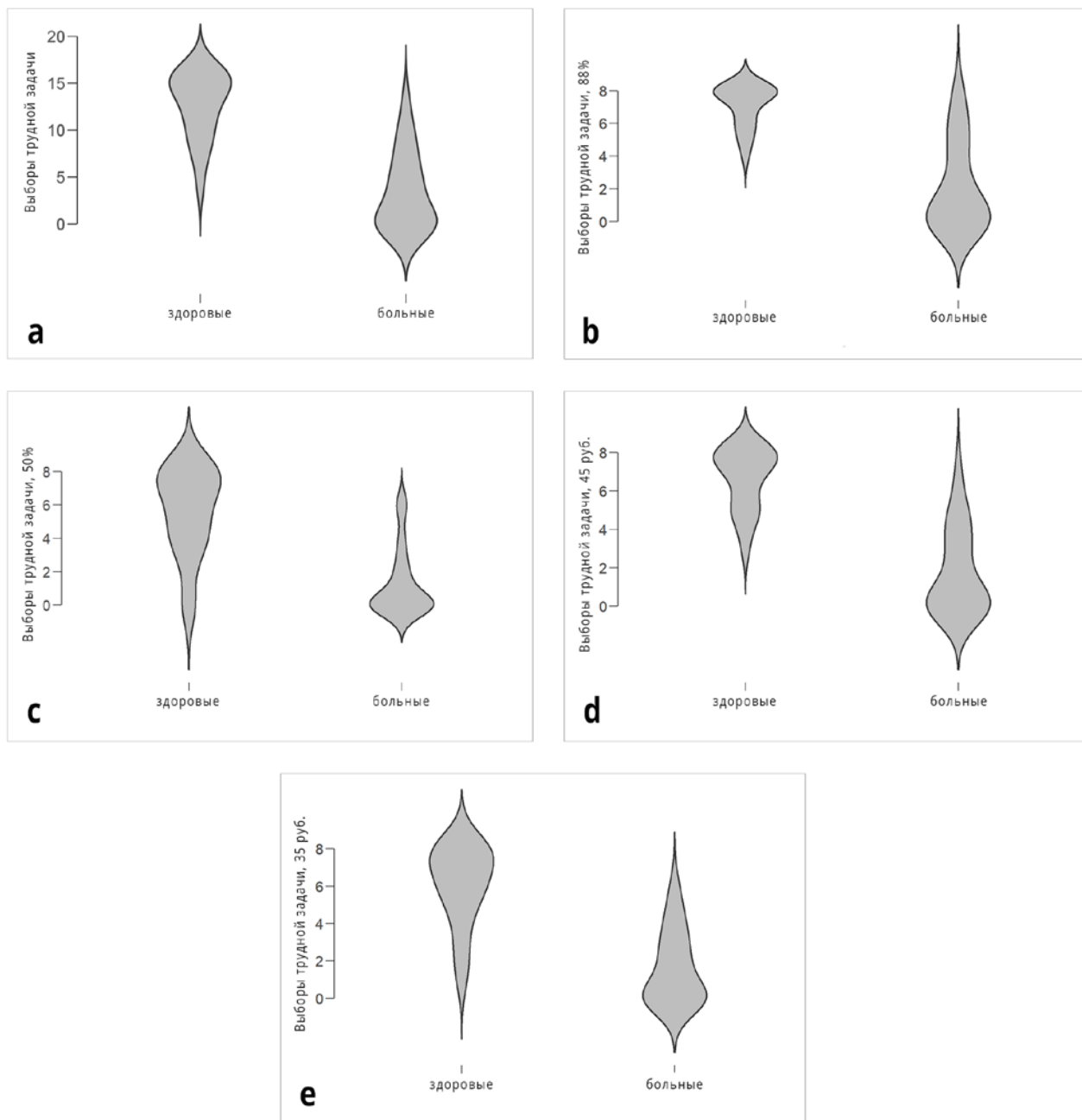


Рис. 3. Зависимость распределения выборов трудной задачи от диагноза

Примечание. На графике а представлена плотность распределения выборов для всех условий, б – при вероятности выигрыша 88% независимо от суммы, с – при вероятности выигрыша 50% независимо от суммы, д – при сумме потенциального выигрыша 45 руб. независимо от вероятности, е – при сумме потенциального выигрыша 35 руб. независимо от вероятности.

Средняя выраженность позитивных симптомов в экспериментальной группе составила $18,00 \pm 6,70$ баллов, негативных – $22,35 \pm 6,47$ баллов, общих психопатологических – $40,65 \pm 7,11$ баллов. Не было выявлено значимых корреляций между синдромами и девятью показателями готовности прилагать усилия. Для учета возможного влияния пола мы дополнительно провели анализ связи симптомов с готовностью прилагать усилия методом логистической регрессии. Для этого разделили больных на две группы – тех, кто никогда не выбирает трудную задачу (10 человек), и тех, кто хотя бы иногда выбирает трудную задачу (10 человек). Ни один из синдромов не был значимым предиктором принадлежности к группе при контроле пола. Наконец, учитывая, что больные находились на самых ранних этапах шизофренического процесса и характеризовались в большинстве случаев низкой выраженностью негативных симптомов при наличии депрессивных состояний, мы вычислили корреляции Спирмена между каждым из показателей готовности прилагать усилия и выраженностью симптома депрессии, входящего в общий психопатологический синдром (PANSS G6). Но и в этом случае даже номинально значимых (без поправки на множественность сравнений) корреляций найдено не было. В контрольной группе не было выявлено значимых связей между каким-либо из показателей готовности прилагать усилия и факторами SPQ-74.

Литературные данные о корреляции показателей EEfRT с негативными симптомами весьма противоречивы (например, [26]). Наши отрицательные результаты согласуются с результатами ряда других авторов, не показавших ожидаемых связей [14; 26; 32], и позволяют предположить, что при шизофрении снижение готовности прилагать усилия не сводится к тем негативным симптомам, которые могут быть оценены клинически, без экспериментального исследования. Отметим, что недавний мета-анализ данных о связи нарушения готовности прилагать усилия с негативными симптомами [23] выявил слабую (4,4% общей дисперсии), но значимую положительную корреляцию между этими проявлениями заболевания. Однако последующий анализ показал, что корреляция зависит от типа экспериментальной задачи и для EEfRT и родственных ей парадигм близка к нулю [22]. Что касается влияния нормальной вариативности шизотипических черт на готовность прилагать усилия, то наши отрицательные результаты согласуются с данными других, пока единичных исследований [13; 27].

Важно подчеркнуть, что выраженное снижение готовности прилагать усилия в сочетании с нарушением нормальной зависимости такой готовности от объективных характеристик задачи (сумма, вероятность награды) обнаружено нами у молодых больных, находящихся на ранних стадиях шизофренического процесса, с низкой выраженностью негативной симптоматики. В подавляющем большинстве предыдущих исследований изучались хронические больные шизофренией, и только в одной недавней работе [11] было показано нарушение готовности прилагать усилия у 45 пациентов, перенесших первый психотический эпизод. Отметим, что снижение готовности у них было более локальным, чем описанное нами, и проявлялось только в условиях максимальной вероятности и суммы награды. Это снижение не коррелировало с негативным или другим синдромом, хотя при

разделении больных на лиц с симптомами амотивации (сумма нескольких пунктов субшкал Ангедонии–Асоциальности и Абулии–Апатии Шкалы негативных синдромов (SANS) выше медианного значения для всей выборки больных) и без таковых оказалось, что у первых нарушения готовности прилагать усилия выражены более отчетливо.

В целом, полученные результаты в сочетании с имеющимися литературными данными свидетельствуют, что экспериментально выявляемые нарушения готовности прилагать усилия не могут быть полностью объяснены характерными для шизофрении клиническими симптомами амотивированности, хотя последние могут вносить определенный вклад в отказ больных от приложения усилий. Эти нарушения тем более не являются результатом формирования шизофренического дефекта. Кроме того, их нельзя объяснить наличием депрессии. Это изменение готовности, очевидно, представляет собой сложное с психологической точки зрения образование и, возможно, связано с адаптацией пациентов к своему состоянию, истощением их сил вследствие пережитых позитивных симптомов или какими-то другими факторами. Не исключено также, что основные причины снижения готовности прилагать усилия у молодых и хронических больных различны. Эти причины, так же, как и каузальные отношения между выявленной нами в данной работе неспособностью некоторых больных выполнить пробу (успеть нажать на кнопку нужное количество раз) и предпочтительным выбором легкой задачи, еще должны быть установлены.

Заключение

Модифицированная для российской популяции версия методики EEfRT оказалась высокочувствительной для демонстрации нормальных закономерностей готовности прилагать физическое усилие в обмен на денежное вознаграждение на групповом уровне. Она также хорошо выявляет как общее снижение готовности, так и ослабление ее зависимости от размера и вероятности выигрыша у больных шизофренией молодого возраста и позволяет изучать мотивационные особенности больных, которые не оцениваются с помощью клинического психометрического инструментария.

Благодарности

Авторы благодарят за помощь в организации исследования врачей-психиатров НЦПЗ.

Литература

1. Ефремов А.Г., Ениколопов С.Н. Апробация биосоциальной методики Клонинджера – структура характера и темперамента (TCI-125) и методики

Плакунова В.В., Тхостов А.Ш., Алфимова М.В.
Модификация задачи «Приложение усилий для
получения вознаграждения» (EEfRT) для изучения
мотивации больных шизофренией
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 4. С. 138–155.

Plakunova V.V., Tkhostov A.Sh., Alfimova M.V.
Modification of the Effort Expenditure for Rewards
Task (EEfRT) for Motivation Studies in
Schizophrenia Patients
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 4, pp. 138–155.

выраженности шизотипических черт (SPQ-74) // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. 2002. № 1. С. 92–93.

2. Зверева Н.В. Подходы к исследованию мотивации у детей и подростков при нарушениях психического развития // Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии: К 90-летию Ю.Ф. Полякова. Коллективная монография / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М.: ООО «Сам Полиграфист», 2018. С. 190–203.

3. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. М.: Изд-во МГУ, 1971. 98 с.

4. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. М.: Изд-во МГУ, 1978. 88 с.

5. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991. 256 с.

6. Леонтьева Е.М. Особенности мышления больных шизофренией об абстрактных понятиях — ценностных категориях // Экспериментальная психология. 2017. Т. 10. № 4. С. 46–55. doi:10.17759/exppsy.2017100404

7. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. № 4. С. 31–36.

8. Семенова Н.Д., Фурсов Б.Б. К вопросу о психодиагностике мотивации в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации шизофрении. Часть I // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. № 1. С. 34–39.

9. Психологические механизмы реакции отказа у больных шизофренией / А.Ш. Тхостов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. 2005. Т. 105. № 4. С. 9–16.

10. Barch D.M., Treadway M.T., Schoen N. Effort, anhedonia and function in schizophrenia: reduced effort allocation predicts amotivation and functional impairment // Abnormal Psychology. 2014. Vol. 123. № 2. P. 387–397. doi: 10.1037/a0036299

11. Chang W.C., Chu A.O., Treadway M.T., et al. Effort-based decision-making impairment in patients with clinically-stabilized first-episode psychosis and its relationship with amotivation and psychosocial functioning // European Neuropsychopharmacology. 2019. Vol. 29. № 5. P. 629–642. doi: 10.1016/j.euroneuro.2019.03.006

12. Culbreth A.J., Moran E.K., Barch D.M. Effort-based decision-making in schizophrenia // Current Opinion in Behavioral Sciences. 2018. Vol. 22. P. 1–6. doi: 10.1016/j.cobeha.2017.12.003

Плакунова В.В., Тхостов А.Ш., Алфимова М.В.
Модификация задачи «Приложение усилий для
получения вознаграждения» (EEfRT) для изучения
мотивации больных шизофренией
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 4. С. 138–155.

Plakunova V.V., Tkhostov A.Sh., Alfimova M.V.
Modification of the Effort Expenditure for Rewards
Task (EEfRT) for Motivation Studies in
Schizophrenia Patients
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 4, pp. 138–155.

13. *Da Silva S., Apatsidou A., Saperia S., et al.* An Examination of the Multi-Faceted Motivation System in Healthy Young Adults // *Frontiers in Psychiatry*. 2018. Vol. 9. Article 191. doi:10.3389/fpsy.2018.00191
14. *Fervaha G., Graff-Guerrero A., Zakzanis K.K., et al.* Incentive motivation deficits in schizophrenia reflect effort computation impairments during cost-benefit decision-making // *Journal of Psychiatry Research*. 2013. Vol. 47. № 11. P. 1590–1596. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.08.003
15. *Fervaha G., Foussias G., Agid O., et al.* Motivational deficits in early schizophrenia: prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome // *Schizophrenia Research*. 2015. Vol. 166. № 1-3. P. 9–16. doi: 10.1016/j.schres.2015.04.040
16. *Green M.F., Horan W.P.* Effort-based decision making in schizophrenia: evaluation of paradigms to measure motivational deficits // *Schizophrenia Bulletin*. 2015. Vol. 41. № 5. P. 1021-1023. doi: 10.1093/schbul/sbv084
17. *Green M.F., Horan W.P., Barch D.M., et al.* Effort-based decision making: a novel approach for assessing motivation in schizophrenia // *Schizophrenia Bulletin*. 2015. Vol. 41. № 5. P. 1035–1044. doi: 10.1093/schbul/sbv071
18. *Gold J.M., Strauss G.P., Waltz J.A., et al.* Negative symptoms of schizophrenia are associated with abnormal effort-cost computations // *Biological Psychiatry*. 2013. Vol. 74. № 2. P. 130–136. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.12.022
19. *Gold J.M., Waltz J.A., Frank M.J.* Effort cost computation in schizophrenia: a commentary on the recent literature // *Biological Psychiatry*. 2015. Vol. 78. № 11. P. 747–753. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.05.005
20. *Horan W.P., Reddy L.F., Barch D.M. et al.* Effort-Based Decision-Making Paradigms for Clinical Trials in Schizophrenia: Part 2 – External Validity and Correlates // *Schizophrenia Bulletin*. 2015. Vol. 41. № 5. P. 1055–1065. doi: 10.1093/schbul/sbv090
21. *JASP Team.* JASP (Version 0.9.1.0) [Computer software]. 2018. URL: <https://jasp-stats.org/> (дата обращения: 10.06.2019).
22. *Luther L., Fischer M.W., Firmin R.L., et al.* Clarifying the overlap between motivation and negative symptom measures in schizophrenia research: A meta-analysis // *Schizophrenia Research*. 2019. Vol. 206. P. 27–36. doi: 10.1016/j.schres.2018.10.010
23. *Luther L., Firmin R.L., Lysaker P.H., et al.* A meta-analytic review of self-reported, clinician-rated, and performance-based motivation measures in schizophrenia: Are we measuring the same "stuff"? // *Clinical Psychology Review*. 2018. Vol. 61. P. 24–37. doi: 10.1016/j.cpr.2018.04.001
24. *Massar S.A.A., Csathó Á., Van der Linden D.* Quantifying the Motivational Effects of Cognitive Fatigue Through Effort-Based Decision Making // *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9. Article 843. doi:10.3389/fpsy.2018.00843

Плакунова В.В., Тхостов А.Ш., Алфимова М.В.
Модификация задачи «Приложение усилий для
получения вознаграждения» (EEfRT) для изучения
мотивации больных шизофренией
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 4. С. 138–155.

Plakunova V.V., Tkhostov A.Sh., Alfimova M.V.
Modification of the Effort Expenditure for Rewards
Task (EEfRT) for Motivation Studies in
Schizophrenia Patients
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 4, pp. 138–155.

25. *Marder S.R., Galderisi S.* The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia // *World Psychiatry*. 2017. Vol. 16. № 1. P. 14–24. doi:10.1002/wps.20385
26. *McCarthy J.M., Treadway M.T., Bennett M.E., et al.* Inefficient effort allocation and negative symptoms in individuals with schizophrenia // *Schizophrenia Research*. 2016. Vol. 170. № 2-3. P. 278–284. doi:10.1016/j.schres.2015.12.017
27. *McCarthy J.M., Treadway M.T., Blanchard J.J.* Motivation and effort in individuals with social anhedonia // *Schizophrenia Research*. 2015. Vol. 165. № 1. P. 70–75. doi:10.1016/j.schres.2015.03.030
28. *Najas-Garcia A., Carmona V.R., Gómez-Benito J.* Trends in the Study of Motivation in Schizophrenia: A Bibliometric Analysis of Six Decades of Research (1956–2017) // *Frontiers in Psychology*. 2018. Vol. 9. Article 63. doi:10.3389/fpsyg.2018.00063
29. *Reddy L.F., Horan W.P., Barch D.M., et al.* Effort-based decision-making paradigms for clinical trials in schizophrenia: P. 1 – psychometric characteristics of 5 paradigms // *Schizophrenia Bulletin*. 2015. Vol. 41. № 5. P. 1045–1054. doi: 10.1093/schbul/sbv089
30. *Ryan R.M., Deci E.L.* Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions // *Contemporary Educational Psychology*. 2000. Vol. 25ю № 1. P. 54–67. doi: 10.1006/ceps.1999.1020
31. *Treadway M.T., Buckholtz J.W., Schwartzman A.N., et al.* Worth the 'EEfRT'? The effort expenditure for rewards task as an objective measure of motivation and anhedonia // *PLoS One*. 2009. Vol. 4. e6598. doi: 10.1371/journal.pone.0006598
32. *Treadway M.T., Peterman J.S., Zald D.H., et al.* Impaired effort allocation in patients with schizophrenia // *Schizophrenia Research*. 2015. Vol. 161. № 2-3. P. 382–385. doi: 10.1016/j.schres.2014.11.024.

Modification of the Effort Expenditure for Rewards Task (EEfRT) for Motivation Studies in Schizophrenia Patients

Plakunova V.V.,

Research Assistant, Department of Clinical Genetics, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, jackfrost14.12@gmail.com

Tkhostov A.Sh.,

Doctor of Psychology, Professor, Head of the Department of Neuro-and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, tkhostov@gmail.com

Alfimova M.V.,

Doctor of Psychology, senior researcher, Department of Clinical Genetics, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, m.alfimova@gmail.com

Recent evidence indicates a decrease in willingness to exert effort for rewards in patients with schizophrenia. The exact mechanism of this deficit is unknown, which necessitates further research of the issue using adequate experimental procedures to measure willingness to exert efforts. Among the latter, the most widely used paradigm is the Effort Expenditure for Rewards Task (EEfRT). However, the original version of the task cannot be used in all populations because of socio-economic differences between countries. The present study was aimed to adapt the EEfRT for use in the Russian population. We shortened the task and selected levels of rewards enabling the assessment of patterns of effort expenditure in patients and healthy people. To test the psychodiagnostic properties of the modified version, it was administered to 20 young people (including 15 women) with schizophrenia and 20 healthy controls matched to the patients on demographic characteristics. In addition, we assessed clinical symptoms with the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in patients and evaluated schizotypal traits with SPQ-74 in healthy controls. The modified version of EEfRT successfully revealed the normal patterns of effort expenditure for a monetary reward. A decrease in willingness to exert effort and an attenuation of moderating effects of reward magnitude and probability in young patients with schizophrenia were demonstrated. The task therefore allows study those motivational deficits in psychiatric patients, which cannot be assessed with clinical psychometric tools.

Keywords: motivation, experimental method, schizophrenia, schizotypy, negative symptoms.

Acknowledgements

The authors are grateful to psychiatrists of the Mental Health Research Center for assistance in organizing the research.

References

1. Efremov A.G., Enikolopov S.N. Aprobacija biosocial'noj metodiki Klonindzhera – struktura haraktera i temperamenta (TCI-125) i metodiki vyrazhennosti shizotipicheskikh chert (SPQ-74) [Approbation of the Cloninger's biosocial Temperament and Character Inventory (TCI-125) and Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ-74)]. *Vestnik MGU. Ser. 14. Psihologija [Bulletin of Moscow State University. Ser. 14. Psychology]*, 2002, no. 1, pp. 92–93. (In Russ.; abstr. in Engl.).
2. Zvereva N.V. Podhody k issledovaniju motivacii u detej i podrostkov pri narushenijah psihicheskogo razvitija [Approaches to investigation of motivation in children and adolescents with disturbance of mental development]. In Zvereva N.V., Roshhina I.F. (eds.), *Metodologicheskie i prikladnye problemy medicinskoj (klinicheskoy) psihologii: K 90-letiju Ju.F. Poljakova. Kollektivnaja monografija [Methodological and applied problems of medical (clinical) psychology: To the 90th anniversary of Yu.F. Polyakov. Collective monograph]*. Moscow: Sam Poligrafist, 2018, pp. 190–203. (In Russ.; abstr. in Engl.).
3. Zejgarnik B.V. Lichnost' i patologija dejatel'nosti [Personality and pathology of activity]. Moscow: Publ. of Moscow State University, 1971. 98 p. (In Russ.)
4. Kochenov M.M., Nikolaeva V.V. Motivacija pri shizofrenii [Motivation in schizophrenia]. Moscow: Publ. of Moscow State University, 1978. 88 p. (In Russ.)
5. Kritskaja V.P., Meleshko T.K., Poljakov Ju.F. Patologija psihicheskoy dejatel'nosti pri shizofrenii: motivacija, obshhenie, poznanie [Pathology of mental activity in schizophrenia: motivation, communication, cognition]. Moscow: Publ. of Moscow State University, 1991. 256 p. (In Russ.; abstr. in Engl.).
6. Leontieva E.M. Osobennosti myshlenija bol'nyh shizofreniej ob abstraktnyh ponjatijah – cennostnyh kategorijah [Features of thinking of patients with schizophrenia about abstract concepts – value categories]. *Jeksperimental'naja psihologija [Experimental Psychology (Russia)]*, 2017, vol. 10, no. 4, pp. 46–55. doi:10.17759/exppsy.2017100404. (In Russ.; abstr. in Engl.).
7. Semenova N.D., Gurovich I.Ja. Modul' formirovanija motivacii k reabilitacii bol'nyh shizofreniej i rasstrojstvami shizofrenicheskogo spectra [A module of motivational enhancement for rehabilitation in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders]

patients]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija [Social and Clinical Psychiatry]*, 2014, vol. 24, no. 4, pp. 31–36. (In Russ.; abstr. in Engl.).

8. Semenova N.D., Fursov B.B. K voprosu o psihodiagnostike motivacii v psihosocial'noj terapii i psihosocial'noj rehabilitacii shizofrenii. Chast' I [Psychodiagnosis of motivation in the psychosocial treatment and rehabilitation of schizophrenia. Part I]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija [Social and Clinical Psychiatry]*, 2013, vol. 23, no. 1, pp. 34–39. (In Russ.; abstr. in Engl.).

9. Thostov A.Sh. et al. Psihologicheskie mehanizmy reakcii otkaza u bol'nyh shizofreniej [Psychological mechanisms of refusal reactions in schizophrenic patients] // *Zhurnal neurologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]*, 2005, vol. 105, no. 4, pp. 9–16. (In Russ.; abstr. in Engl.).

10. Barch D.M., Treadway M.T., Schoen N. Effort, anhedonia and function in schizophrenia: reduced effort allocation predicts amotivation and functional impairment. *Abnormal Psychology*, 2014, vol. 123, no. 2, pp. 387–397. doi: 10.1037/a0036299

11. Chang W.C., Chu A.O.K., Treadway M.T., et al. Effort-based decision-making impairment in patients with clinically-stabilized first-episode psychosis and its relationship with amotivation and psychosocial functioning. *European Neuropsychopharmacology*, 2019, vol. 29, no. 5, pp. 629–642. doi: 10.1016/j.euroneuro.2019.03.006

12. Culbreth A.J., Moran E.K., Barch D.M. Effort-based decision-making in schizophrenia. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 2018, vol. 22, pp. 1–6. doi: 10.1016/j.cobeha.2017.12.003

13. Da Silva S., Apatsidou A., Saperia S., et al. An Examination of the Multi-Faceted Motivation System in Healthy Young Adults. *Frontiers in Psychiatry*, 2018, vol. 9, article 191. doi:10.3389/fpsyt.2018.00191

14. Fervaha G., Graff-Guerrero A., Zakzanis K.K., et al. Incentive motivation deficits in schizophrenia reflect effort computation impairments during cost-benefit decision-making. *Journal of Psychiatry Research*, 2013, vol. 47, no. 11, pp. 1590–1596. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.08.003

15. Fervaha G., Foussias G., Agid O., et al. Motivational deficits in early schizophrenia: prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome. *Schizophrenia Research*, 2015, vol. 166, no. 1-3, pp. 9–16. doi: 10.1016/j.schres.2015.04.040

16. Green M.F., Horan W.P. Effort-based decision making in schizophrenia: evaluation of paradigms to measure motivational deficits. *Schizophrenia Bulletin*, 2015, vol. 41, no. 5, pp. 1021–1023. doi: 10.1093/schbul/sbv084

17. Green M. F., Horan W.P., Barch D.M., et al. Effort-based decision making: a novel approach for assessing motivation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2015, vol. 41, no. 5, pp. 1035–1044. doi: 10.1093/schbul/sbv071

18. Gold J.M., Strauss G.P., Waltz J.A., et al. Negative symptoms of schizophrenia are associated with abnormal effort-cost computations. *Biological Psychiatry*, 2013, vol. 74, no. 2, pp. 130–136. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.12.022
19. Gold J.M., Waltz J.A., Frank M.J. Effort cost computation in schizophrenia: a commentary on the recent literature. *Biological Psychiatry*, 2015, vol. 78, no. 11, pp. 747–753. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.05.005
20. Horan W.P., Reddy L.F., Barch D.M., et al. Effort-Based Decision-Making Paradigms for Clinical Trials in Schizophrenia: Part 2 – External Validity and Correlates. *Schizophrenia Bulletin*, 2015, vol. 41, no. 5, pp. 1055–1065. doi: 10.1093/schbul/sbv090
21. JASP Team. JASP (Version 0.9.1.0) [Computer software]. 2018. URL: <https://jasp-stats.org/> (Accessed 10.06.2019).
22. Luther L., Fischer M.W., Firmin R.L., et al. Clarifying the overlap between motivation and negative symptom measures in schizophrenia research: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 2019. vol. 206, pp. 27–36. doi: 10.1016/j.schres.2018.10.010
23. Luther L., Firmin R.L., Lysaker P.H., et al. A meta-analytic review of self-reported, clinician-rated, and performance-based motivation measures in schizophrenia: Are we measuring the same "stuff"? *Clinical Psychology Review*, 2018, vol. 61, pp. 24–37. doi: 10.1016/j.cpr.2018.04.001
24. Massar S.A.A., Csathó Á., Van der Linden D. Quantifying the Motivational Effects of Cognitive Fatigue Through Effort-Based Decision Making. *Frontiers in Psychology*, 2018, vol. 9, article 843. doi:10.3389/fpsyg.2018.00843
25. Marder S.R., Galderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*, 2017, vol. 16, no. 1, pp. 14–24. doi:10.1002/wps.20385
26. McCarthy J.M., Treadway M.T., Bennett M.E., et al. Inefficient effort allocation and negative symptoms in individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2016, vol. 170, no. 2-3, pp. 278–284. doi:10.1016/j.schres.2015.12.017
27. McCarthy J.M., Treadway M.T., Blanchard J.J. Motivation and effort in individuals with social anhedonia. *Schizophrenia Research*, 2015, vol. 165, no. 1, pp. 70–75. doi:10.1016/j.schres.2015.03.030
28. Najas-Garcia A., Carmona V.R., Gómez-Benito J. Trends in the Study of Motivation in Schizophrenia: A Bibliometric Analysis of Six Decades of Research (1956–2017). *Frontiers in Psychology*, 2018, vol. 9, article 63. doi:10.3389/fpsyg.2018.00063
29. Reddy L.F., Horan W.P., Barch D.M., et al. Effort-based decision-making paradigms for clinical trials in schizophrenia: P. 1 – psychometric characteristics of 5 paradigms. *Schizophrenia Bulletin*, 2015, vol. 41, no. 5, pp. 1045–1054. doi: 10.1093/schbul/sbv089

Плакунова В.В., Тхостов А.Ш., Алфимова М.В.
Модификация задачи «Приложение усилий для
получения вознаграждения» (EEfRT) для изучения
мотивации больных шизофренией
Клиническая и специальная психология
2019. Том 8. № 4. С. 138–155.

Plakunova V.V., Tkhostov A.Sh., Alfimova M.V.
Modification of the Effort Expenditure for Rewards
Task (EEfRT) for Motivation Studies in
Schizophrenia Patients
Clinical Psychology and Special Education
2019, vol. 8, no. 4, pp. 138–155.

30. Ryan R.M., Deci E.L. Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 2000, vol. 25, no. 1, pp. 54–67. doi: 10.1006/ceps.1999.1020
31. Treadway M.T., Buckholtz J.W., Schwartzman A.N., et al. Worth the 'EEfRT'? The effort expenditure for rewards task as an objective measure of motivation and anhedonia. *PLoS One*, 2009, vol. 4, e6598. doi: 10.1371/journal.pone.0006598
32. Treadway M.T., Peterman J.S., Zald D.H., et al. Impaired effort allocation in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2015, vol. 161, no. 2-3, pp. 382–385. doi: 10.1016/j.schres.2014.11.024