

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ
ЭЛЕКТРОННЫЙ
ЖУРНАЛ**

2020. Том 9, № 2

2020. Vol. 9, no 2

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мелёхин А.И.

Когнитивно-поведенческая психотерапия интероцептивного воздействия при лечении синдрома раздраженного кишечника 1–33

Сагалакова О.А., Жирнова О.В., Труевцев Д.В.

Трансформация методологических представлений о «голосах» и вариантах вмешательства специалистов при слуховых галлюцинациях 34–61

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Алехина С.В., Мельник Ю.В., Самсонова Е.В., Шеманов А.Ю.

Экспертная оценка параметров инклюзивного процесса в образовании 62–78

Данилина К.К., Горбачевская Н.Л.

Исследование адаптивного статуса и аутистических проявлений у разновозрастных групп пациентов с моногенной формой расстройств аутистического спектра – синдромом Мартина–Белл 79–98

**Гриценко В.В., Резник А.Д., Константинов В.В.,
Маринова Т.Ю., Хоменко Н.В., Израйловиц Р.**

Страх перед коронавирусом заболеванием (COVID-19) и базисные убеждения личности 99–118

**Первичко Е.И., Митина О.В., Степанова О.Б.,
Конюховская Ю.Е., Дорохов Е.А.**

Восприятие COVID-19 населением России в условиях пандемии 2020 года 119–146

Саликова Э.М.В.

Трансформация метафорических репрезентаций жизненного пути личности в период самоизоляции у взрослых 147–160

Сунько Т.Ю.

Инклюзивная образовательная среда: пилотное исследование взаимодействия педагогов и специалистов образовательной организации 161–172

Фаустова А.Г., Виноградова И.С.

Самоотношение и удовлетворенность образом тела у женщин с алопецией на разных этапах прохождения химиотерапии 173–195

Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А.

Стихийные бедствия и угрожающие жизни заболевания: психологические последствия и особенности совладания 196–212

Щербакова А.М., Лыкова Н.С.

Экспериментальное изучение особенностей морально-нравственных представлений и морально-нравственной регуляции поведения детей с интеллектуальной недостаточностью

213–228

ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Федорова Ю.Н., Микадзе Ю.В., Бурлакова Н.С., Ильина Е.С.

Нарушение движений в структуре разных видов психической деятельности у ребенка с опсоклонус-миоклонус синдромом

229–245

МЕТОДЫ И МЕТОДИКИ

Каткова А.С., Вачков И.В.

Психологические детерминанты возникновения внутриличностных противоречий студентов

246–265

CONTENT

THEORETHICAL RESEARCH

Melehin A.I.

Cognitive Behavioral Psychotherapy of Interoceptive Influence in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome 1–33

Sagalakova O.A., Zhirnova O.V., Truevtsev D.V.

Transformation of Methodological Understanding about “Voices” and Versions of Interventions by Experts in the Field of Auditory Hallucinations 34–61

EMPIRICAL RESEARCH

Alekhina S.V., Mel'nik Yu.V., Samsonova E.V., Shemanov A.Yu.

The Expert Assessing of Inclusive Process Parameters in Education 62–78

Danilina K.K., Gorbachevskaya N.L.

Adaptive Status, Autistic Symptoms and Cognitive Profile in Patients with Monogenic Form of Autism Spectrum Disorders – Fragile X Syndrome 79–98

Gritsenko V.V., Reznik A.D., Konstantinov V.V.,

Marinova T.Yu., Khamenka N.V., Isralowitz R.
Fear of Coronavirus Disease (COVID-19) and Basic Personality Beliefs 99–118

Pervichko E.I., Mitina O.V., Stepanova O.B.,

Koniukhovskaia J.E., Dorokhov E.A.
Perception of COVID-19 During the 2020 Pandemic in Russia 119–146

Salikova E.M.V. Transformation of Metaphoric Representations of a Person's Path of Life During the Period of Self-Isolation in Adults 147–160

Sunko T.Yu.

Inclusive Educational Environment: Interaction of Teachers and Professionals of an Educational Organization 161–172

Faustova A.G., Vinogradova I.S.

Self-Attitude and Body Image Satisfaction in Women with Alopecia at Different Stages of Chemotherapy 173–195

Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A.

Natural Disasters and Life-threatening Diseases: Psychological Consequences and Coping Features 196–212

Shcherbakova A.M., Lykova N.S.

Experimental Study of the Features of Moral Concepts and Moral Regulation of Behavior of Children with Intellectual Disability 213–228

APPLIED RESEARCH

Fedorova I.N., Mikadze Yu.V., Burlakova N.S., Ilyina E.S.

Movement Disorders in the Structure of the Different

Mental Processes Types in Child with Opsoclonus-Myoclonus Syndrome

229–245

METHODS AND TECHNIQUES

Katkova A.S., Vachkov I.V.

Psychological Determinants of the Origin

of Intrapersonal Contradictions of Students

246–265

Когнитивно-поведенческая психотерапия интероцептивного воздействия при лечении синдрома раздраженного кишечника

Мелёхин А.И.

*Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина, г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>, e-mail: clinmelehin@yandex.ru*

В статье на основе зарубежных исследований систематизирована психотерапевтическая тактика лечения рефрактерного синдрома раздраженного кишечника (рСРК), которая делает акцент на том, что это расстройство дисрегуляции оси «мозг–кишечник», возникающее под влиянием негативных когнитивно-аффективных особенностей пациента. Представлен спектр личностных особенностей пациентов с рСРК. Описаны афферентные и эфферентные маршруты влияния психологических процессов на формирование и терапию этого синдрома у пациента. Показано, что дисрегуляция в оси «мозг–кишечник» устраняется с помощью комбинированной терапии, включающей когнитивно-поведенческую психотерапию интероцептивного воздействия. Показаны различия между «стандартным» и интероцептивным протоколами когнитивно-поведенческой психотерапии. Выделены психотерапевтические мишени при лечении рСРК. Впервые представлена интероцептивная модель желудочно-специфической тревоги. Описаны очные, дистанционные когнитивно-поведенческие протоколы «второй волны» Дж. Ди Колы, «третьей волны» Б. Лцетсона, когнитивно-поведенческой гипнотерапии СРК-индуцированной агорафобии В. Голдена, а также мультимодальный протокол Хитоми Каваниши. Показана эффективность психотерапевтической работы по каждому из приведенных психотерапевтических протоколов.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, когнитивно-поведенческая психотерапия, абдоминальная боль, желудочно-кишечная специфическая тревога, висцеральная тревога.

Благодарности: автор выражает благодарность в консультации по вопросам нейрогастроэнтерологии главному гастроэнтерологу Центральной дирекции здравоохранения филиала ОАО «РЖД», врачу-гастроэнтерологу высшей квалификационной категории, кандидату медицинских наук, доценту Ю.А. Кучерявому.

Для цитаты: Melehin A.I. Cognitive Behavioral Psychotherapy of Interoceptive Influence in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 1–33. DOI: 10.17759/cpse.2020090201

Cognitive Behavioral Psychotherapy of Interoceptive Influence in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome

Aleksey I. Melehin

Stolypin Humanitarian Institute, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>, e-mail: clinmelehin@yandex.ru

Based on foreign research, the article describes psychotherapeutic tactics for treating refractory irritable bowel syndrome (IBS), which emphasizes that it is a disorder of dysregulation of the «brain-gut» axis under the influence of negative cognitive-affective features of the patient. The range of Personal characteristics of patients with IBS is presented. Afferent and efferent routes of influence of psychological processes in provoking and maintaining IBS in the patient are described. It is shown that dysregulation in the «brain-gut» axis is eliminated by combined therapy, including cognitive-behavioral psychotherapy of interoceptive influence. Differences between the «standard» and interoceptive protocol of cognitive behavioral psychotherapy are shown. Psychotherapeutic targets in the treatment of IBS are identified. An interoceptive model of gastro-specific anxiety is presented for the first time. We describe and demonstrate the effectiveness of face-to-face, remote cognitive-behavioral protocols of the «second wave» of «third wave», CBT of IBS-induced agoraphobia, multimodal CBT protocol.

Keywords: irritable bowel syndrome, cognitive behavioral psychotherapy, abdominal pain, gastrointestinal specific anxiety, visceral anxiety.

Acknowledgements: The author is grateful to the chief gastroenterologist of the Central Directorate of health of the branch of JSC «Russian Railways», a doctor of gastroenterology of the highest qualification category, candidate of medical Sciences, associate Professor Yu.A. Kucheryavy for advice on neurogastroenterology.

For citation: Melehin A.I. Cognitive Behavioral Psychotherapy of Interoceptive Influence in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 2, pp. 1–33. DOI: 10.17759/cpse.2020090201 (In Russ.)

Введение

За последние несколько лет в отечественной [1; 2] и зарубежной нейрогастроэнтерологии активно ведется поиск эффективной тактики лечения смешанной формы (СРК-СМ), а также рефрактерного течения синдрома раздраженного кишечника (рСРК) в связи с существенным его влиянием на качество жизни пациента [34; 35]. По сей день в психиатрии и клинической психологии симптомы СРК рассматриваются скорее как проявление у пациента высокого нейротизма, невроза, чрезмерной озабоченности собственным здоровьем и как стремление к поиску внимания и разубеждения [43]. Хотя такие психологические особенности пациентов действительно были подтверждены в ряде зарубежных исследований [15; 26; 38; 48], однако согласно современным патогенетическим моделям синдром раздраженного кишечника следует рассматривать как биопсихосоциальное расстройство, на которое осуществляется влияние со стороны нервной, эндокринной, иммунной, пищеварительной, микробиологической систем и окружающей среды [38]. В связи с гетерогенной биопсихосоциальной природой СРК, распространенностью синдрома, а также ограниченностью отечественного опыта применения психотерапевтических тактик для лечения данного расстройства цель статьи – познакомить клинических психологов, врачей-психотерапевтов, гастроэнтерологов с различными зарубежными протоколами когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП) «второй» и «третьей» волны, а также описать личностные особенности пациентов с СРК, когнитивно-поведенческие мишени, специфику и эффективность КПП для построения эффективной тактики лечения.

Современный взгляд на этиологию синдрома раздраженного кишечника

Этиология СРК многофакторна, индивидуальна у каждого пациента и может быть обусловлена наличием избыточной реактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, висцеральной гиперчувствительностью, инфекционными факторами, мальабсорбцией желчных кислот (при СРК-Д), повышенной иммунологической и нейроиммунологической реактивностью, генетической предрасположенностью или психологическими и социальными факторами [35; 44]. В приложении 1 нами показано, что стресс, возникающий в раннем возрасте, связан с повышенным риском развития функциональных желудочно-кишечных расстройств (СРК, ГЭРБ¹) во взрослом возрасте [38]. Психологические травмы в раннем возрасте вызывают эпигенетические изменения в сигнальном пути между центральной и энтеральной нервной системами, что влияет на когнитивно-поведенческие особенности человека, состояние вегетативной нервной системы и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. Это приводит к нарушению глюкокортикоидной отрицательной обратной связи и повышенной восприимчивости к стрессу [38].

Изменения в желудочно-кишечном тракте включают усиление ощущения боли в абдоминальной области, изменения микробиоты кишечника и его транзита, а также его барьерных функций. Согласно предложенной С.М. О’Махони модели,

¹ ГЭРБ – Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

стресс в раннем возрасте может провоцировать во взрослом возрасте изменения кишечной микробиоты (биотопа) и приводить к симптоматическим функциональным нарушениям ЖКТ [38], что говорит наличии оси «микробиота–кишечник–нервная система», которая активно исследуется отечественными гастроэнтерологами [1].

Личностные особенности пациентов с синдромом раздраженного кишечника

Каждый подтип СРК (запорный, диарейный, смешанный) имеет уникальный набор симптомов, когнитивных и поведенческих особенностей [26]. От 50 до 90% пациентов имеют одно или два коморбидных психических расстройств: тревожный спектр, соматоформное расстройство, рекуррентную депрессию, реже – булимический тип поведения. У 35–49% пациентов наблюдается пограничное личностное расстройство, у 4% – обсессивно-компульсивное расстройство личности, еще у 2% – тревожное [41]. Пациенты с СРК-СМ и рефрактерным течением имеют высокие уровни личностной, социальной тревоги и соматизации, нейротизма, социального дистресса, а также сниженное качество жизни по сравнению с запорным и диарейным типами. Присутствует целый спектр избегающего поведения (как при СРК-Д) и высокий уровень контроля поведения (как при СРК-З) [38; 43]. В жалобах пациентов с СРК и их поведенческих особенностях наблюдаются симптомы сепарационного тревожного расстройства [50], избегающего или тревожного стиля привязанности. Проанализировав ряд зарубежных исследований [15; 26; 37; 38–40; 42; 44; 48], мы выделили спектр личностных особенностей (рис. 1), которые влияют на течение симптомов и чувствительность к терапии.



Рис. 1. Личностные особенности пациентов с рефрактерным синдромом раздраженного кишечника.

Примечание. СРК-СМ – синдром раздраженного кишечника смешанного типа. ММРІ – Миннесотский многофакторный личностный опросник.

Показанные на рис. 1 особенности во многом определяют повышенную чувствительность пациента к висцеральным ощущениям (visceral perceptual sensitivity, hypersensitivity), склонность к стресс-индуцированной гипералгезии

(stress-induced visceral hyperalgesia) и сниженному ответу как на фармакологическое, так и психотерапевтическое лечение [35; 38].

Биопсихосоциальная тактика лечения синдрома раздраженного кишечника

При рСРК *соматотропная терапия* (антибиотики, антидиарейные и спазмолитические препараты, пробиотические добавки, витамин D) часто обладает низкой эффективностью и используется самим пациентом как «перестраховочная» форма поведения [35], например, в виде приема Лоперамида (2-4 таблетки и более) перед выходом из дома. Некоторые мета-анализы показывают эффективность психофармакотерапии для снижения абдоминальной боли и нормализации моторики кишечника. Другие исследования показывают, что из-за высокой соматизации и повышенной чувствительности к побочным эффектам эффективность ТЦА и СИОЗС ниже, чем у гастроэнтерологической терапии, также наблюдается плохой ответ на спазмолитики [5; 16; 33; 35; 43]. До 50% пациентов искажают дозировки препаратов, используют формы альтернативного лечения, злоупотребляют спазмолитиками [34], что усиливает *болезнь-ориентированное поисковое поведение*. В связи с этим Л. Кеефер и А. Беделл предложили биопсихосоциальную тактику лечения СРК (рис. 2), которая делает акцент на том, что это не расстройство «органа», а дисрегуляция оси «мозг (нервная система) – кишечник», которая протекает под влиянием негативных когнитивно-аффективных процессов. Эту дисрегуляцию у пациента можно устранить с помощью сотрудничества врача-гастроэнтеролога, психиатра и клинического психолога [24].



Рис. 2. Биопсихосоциальная тактика минимизации синдрома раздраженного кишечника (по Л. Кеефер и А. Беделл [24])

Примечание. ЦНС – центральная нервная система.

На рис. 3 видно, что медикаментозный подход ориентирован на облегчение, а не на устранение симптомов [24]. Поскольку восприятие ситуаций как стрессовых

и специфика когнитивно-аффективных процессов пациента могут непосредственно влиять на функционирование кишечника и способствовать развитию симптомов СРК и коморбидных психических расстройств, лечение должно быть направлено на усиление у пациента навыков выражения и регуляции эмоции. В частности, симптомы СРК у пациента образуют порочный круг, который часто является следствием преобладания у пациента неадаптивных копинг-стратегий совладания со стрессом, примитивных форм защитных механизмов со склонностью к соматизации [35].



Рис. 3. Взаимосвязь между когнитивно-аффективными процессами, эмоциональными симптомами и желудочно-кишечными реакциями (по Д. Нелковской и соавторами, 2020 [35])

Выздоровление пациента направлено на разрыв порочного круга (рис. 4). Увеличивается число доказательств эффективности психотерапевтических подходов, направленных на работу с осью «мозг–кишечник» (brain-gut therapies IBS) при лечении рСРК [6; 28; 33; 34; 43; 44]. К таким подходам относятся, когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП) «второй» [12; 19] и «третьей» волны [23; 29; 31], желудочно-кишечная гипнотерапия [43] и интерперсональная психодинамическая психотерапия [22]. В связи с тем, что КПП направлена на когнитивную перестройку опыта и поведенческих реакций пациента, мета-анализы показывают эффективность как очного, так и дистанционного ее форматов при лечении рСРК [3–6; 9; 20; 24; 28; 48; 51].

Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника

- Российская гастроэнтерологическая ассоциация и Ассоциация колопроктологов рекомендует применять КПП, если в течение 9 месяцев у пациента при назначении фармакотерапии (соматотропной, психофармакотерапии), смене образа жизни и питания не наблюдается улучшений [2].

- Национальный институт качества медицинской помощи (NICE) рекомендует применять КПП (IBS-specific CBT), если в течение 12 месяцев у пациента при назначении фармакотерапии (соматотропной, психофармакотерапии), смене образа жизни и питания не наблюдается улучшений [36].

- Японское общество гастроэнтерологии (Japanese Society of Gastroenterology) рассматривает КПП как «третью» линию лечения, когда наблюдается

нечувствительность к «первой» (соматотропная терапия) и «второй» (психофармакотерапия) линиям лечения [16].

- Клинические рекомендации по лечению СРК Канадской ассоциации гастроэнтерологов (Canadian Association of Gastroenterology) рекомендует применять КПП в качестве «второй» линии терапии для пациентов с СРК-СМ [34].

В повседневной отечественной клинической практике никакой вид психотерапии обычно не рекомендуется для пациентов с СРК, если 1) симптомы не тяжелые; 2) они несущественно влияют на качество жизни; 3) пациент не реагирует на фармакотерапию или 4) пациент предпочитает не принимать психофармакотерапию [2]. Однако согласно *междисциплинарному* (Interdisciplinary approach [35]) и *трансдиагностическому* (Transdiagnostic approach [44]) подходам рекомендуется подключать КПП, если в течение 1-3 месяцев пациент не реагирует на лечение. Пациенты с СРК запорного типа (СРК-З) извлекут бóльшую выгоду от протокола когнитивно-поведенческой терапии, ориентированного на минимизацию дисфункциональных мыслей, гипермобилизации и перестраховочного поведения. При СРК диарейного типа (СРК-Д) и СРК-СМ больший акцент следует делать на поведенческие стратегии, направленные на избегающее и перестраховочное поведение [26; 49].

Дисрегуляция оси «мозг–кишечник» и когнитивно-аффективные процессы у пациентов с СРК

В приложении 2 нами показан обзор маршрутов, по которым психологические процессы играют роль в провокации и поддержании симптомокомплекса рСРК [44]. Восприятие жизненных событий как стрессовых выступает одним из факторов, который влияет на дисрегуляцию в оси «мозг–кишечник» и затрагивает вегетативную нервную систему и гормональную систему стресса, повышая висцеральную чувствительность, что оказывает непосредственное влияние на фенотипические характеристики СРК [44]. Неправильное восприятие телесных сигналов происходит из-за дисфункций на различных стадиях обработки интероцептивной информации. Одним из источников дисфункции является спектр дезадаптивных когнитивно-аффективных процессов, участвующих в интероцепции и искажающих восприятие ощущений в теле. К ним относят тревогу о здоровье, симптом-специфическую тревогу, гипервозбуждение с негативным когнитивным смещением, когнитивную ригидность и катастрофизацию [15; 44].

К ключевой форме дезадаптивных когнитивно-аффективных процессов относят *желудочно-кишечную специфическую* (gastrointestinal-specific anxiety) или *висцеральную* (visceral anxiety) тревогу. Это не общая тревога, а форма симптом-специфической тревоги, характеризующейся беспокойством и бдительностью вокруг ощущений со стороны ЖКТ, которые могут колебаться от нормальных функций организма (голод, сытость, вздутие) до симптомов, связанных с существующими нарушениями (боли в животе, диарея, запор). Беспокойство и бдительность обычно объединяются в страх перед потенциальным возникновением ощущений или симптомов в жизненных ситуациях, в которых они могут возникнуть. Это приводит к избегающему и «перестраховочному» СРК-

специфическому поведению. Тревога способствует поддержанию СРК, действуя как эндогенный стресс, который влияет на изменения в нейроэндокринных ответах даже при отсутствии внешнего стресса. Было показано, что желудочно-кишечная специфическая тревога предсказывает тяжесть симптомов и удовлетворенность качеством жизни пациентов, приводит к повышенной болевой чувствительности, гипервозбудимости и дезадаптивным копинг-реакциям [35; 37; 38; 44].

Согласно модели «Страх–избегание» Дж. Влаеина (Fear-Avoidance Model [45]), настороженная реакция на доброкачественные желудочно-кишечные ощущения приводит к физическому и психологическому гипервозбуждению, что впоследствии способствует развитию спектра поведенческого избегания ситуаций, провоцирующих эти ощущения. Центральным фактором в данной модели является катастрофизация абдоминальных ощущений. У пациентов наблюдается повышенная активность таламуса, островковой коры, передней поясной извилины и префронтальной коры, что говорит о повышенной дезадаптивной гипербдительности и избирательном внимании к ощущениям со стороны ЖКТ [38; 43]. Гипербдительность и избирательное внимание к симптомам предполагает нейрофизиологическую основу повышенной висцеральной чувствительности [35]. Желудочно-кишечную специфическую тревогу следует рассматривать как первичное эмоциональное нарушение при СРК и как опосредующую переменную между такими факторами, как нейротизм, личностная тревожность и тяжесть гастроэнтерологических симптомов [37; 43].

Интероцептивная модель желудочно-специфической тревоги при СРК

На рис. 4 представлена интероцептивная модель желудочно-специфической тревоги при СРК (Gastrointestinal specific CBT model of IBS [48]).



Рис. 4. Интероцептивная модель желудочно-специфической тревоги при синдроме раздраженного кишечника (цит. по [48])

Страх перед кишечными симптомами у пациентов напрямую влияет на интенсивность желудочно-кишечной тревоги. Когда пациент испытывает желудочно-кишечные симптомы, у него появляются тревожные мысли, которые вызывают и усиливают поведенческие реакции на симптомы [48]. Эти поведенческие реакции могут быть:

- избегающими, когда пациент избегает ситуации, в которых симптомы могут усугубиться. В таких ситуациях пациент ощущает смущение, неудобство, ограниченность, отказывается от употребления определенных продуктов питания, пропускает приемы пищи перед поездкой куда-либо;
- «перестраховочными», которые проявляются в виде «чрезмерных» усилий контролировать симптомы, например, ношение дополнительного нижнего белья, свободной одежды, «очистительное» туалетное поведение, ощупывание живота, постоянная сдача анализов, обращение к врачам.

Желудочно-кишечная специфическая тревога, перестраховочное поведение и искаженная оценка восприятия собственного тела с негативным смещением («а вдруг это...») провоцируют усиление симптомов и нарушение нормальной перистальтики за счет тонуса брюшной стенки, что увеличивает риски появления абдоминальной боли. Стремление «контролировать» висцеральные телесные сигналы возникает из-за: жестких внутренних стандартов оценки себя и других; пессимизма при восприятии информации; депривации собственных эмоций; ощущения недостатка в самоконтроле; феномена «что-то еще нужно делать» и поиска «гарантий»; убежденности в собственной «уязвимости» и/или «бракованности».

Мишени когнитивно-поведенческой психотерапии интероцептивного воздействия при лечении СРК

Обзор зарубежной литературы за последние 10 лет [9; 13; 25; 27; 36] позволил нам выделить общие тенденции в тактике проведения когнитивно-поведенческой психотерапии СРК (см. приложение 3). С одной стороны, психотерапевтическая тактика строится на развитии гибких когнитивно-аффективных процессов, ориентирована на разрыв порочного цикла желудочно-кишечной специфической тревоги, а также на модификации глубинных негативных убеждений (потребность в одобрении, чувство избыточной ответственности, стремление прогнозировать, перфекционизм). С другой стороны, КПП также направлена на минимизацию спектра болезнь-ориентированного поведения и желудочно-кишечной специфической тревоги. Приведенные мишени являются провоцирующими и поддерживающими факторами СРК.

«Стандартный» и интероцептивный протоколы когнитивно-поведенческой психотерапии СРК

На данный момент в зарубежной практике не существует единого согласованного протокола КПП для терапии СРК [35]. Большинство протоколов уделяют внимание работе с общей тревогой, изменению неадаптивных мыслей

и болезнь-ориентированного поведения, усилению осознанности и доверия к телу, нежели желудочно-кишечной специфической тревоге [6; 20; 27; 28; 45]. Протоколы, ориентированные на работу с желудочно-кишечной тревогой, как правило, включают методы, основанные на *экспозиции* (interoceptive exposure-based CBT program for IBS) [11; 12; 14; 19; 27; 31].

Недавно начали применяться мультикомпонентные протоколы (multicomponent cognitive-behavioral treatments) [23], направленные не только на управление общими симптомами СРК, но и на снижение симптомов депрессии, тревоги, булимического типа поведения, эмоционального голода. В табл. 1 показано, что «стандартные» протоколы КПП сосредоточены на снижении у пациента реактивности стресса на события повседневной жизни, в то время как interoцептивные протоколы делают акцент на снижении тревожного и избегающего реагирования на висцеральные ощущения.

Таблица 1

Когнитивно-поведенческий подход к лечению рефрактерного синдрома раздраженного кишечника

«Стандартный» протокол КПП управления стрессом и вниманием при СРК	Протокол когнитивно-поведенческой психотерапии interoцептивного воздействия при СРК
Цель: повышение информированности пациента о СРК и связях между стрессорами, мыслями и симптомами СРК. Снижение физических и когнитивных стрессовых реакций на события повседневной жизни, что уменьшает симптомы СРК как реакции на стресс	Цель: снижение у пациента ошибочных представлений о симптомах СРК, гипербдительности и страха симптомов, дисфункциональных поведенческих реакций на внешние проявления
Формат: очный (индивидуальный, групповой) и дистанционный	Формат: очный (индивидуальный и групповой); дистанционный: интернет-платформа (web-based CBT) и телефонная форма; комбинированный (CBT – interoceptive exposure with complementary video materials)
Задачи сессий	
Психообразование о симптомах СРК и их связи со стрессом	Психообразование о том, что симптомы СРК – это условные реакции, напоминающие о желудочно-кишечном расстройстве
Когнитивный самоконтроль симптомов СРК (декатастрофизация мыслей)	Поведенческий самоконтроль симптомов
Обучение короткой прогрессирующей релаксации	Овладение навыками контроля внимания на неприятных висцеральных ощущениях.
Когнитивные техники для выявления и минимизации катастрофизирующих оценок жизненных ситуаций. Смена депрессивного/тревожного когнитивного фильтра оценки ситуации на более гибкий	Когнитивная терапия для выявления и минимизации катастрофизирующих оценок висцеральных ощущений (например, «у меня серьезная болезнь»)

Экспозиция *in vivo*. Индивидуализированная иерархия внешних стрессовых ситуаций (межличностные конфликты, сроки выполнения работы), которые не были непосредственно связаны с опытом ощущений СРК

Интероцептивная экспозиция.
Повторная экспозиция висцеральных ощущений (стягивание живота при появлении кишечных ощущений, ношение тесной одежды, отсроченный поход в туалет, употребление избегаемой пищи) для уменьшения страха ощущений
Экспозиция *in vivo* вызывающих страх и избегаемых ситуаций, в которых у пациента ожидается появление ощущений СРК (длительные поездки, питание в кафе, посещение мест в которых нет туалета, совещание, выступление); минимизация избегающего перестраховочного поведения

Протокол interoцептивного воздействия на симптомы СРК «второй волны» Дж.Ди Колы

Первый протокол КПП (CBT with interoceptive exposure to visceral sensations) был предложен Дж.Ди Колой и направлен на исправление у пациента неправильного восприятия как interoцептивных, так и экстероцептивных сигналов, связанных с гастроэнтерологическими симптомами [12]. Ниже представлены техники, включенные в протокол.

Систематическая десенсибилизация или метод градуированной экспозиции (graduated exposure therapy). Совместно с пациентом составляется иерархия дистресс-стимулов, связанных с его желудочно-кишечной специфической тревогой (ситуации, образы). Стимулы ранжируются от 0 до 100 баллов, где 0 – нет тревоги, 100 – чрезмерно выраженная тревога. В таблицах 2 и 3 приведены примеры иерархии избегаемых ситуаций, а также продуктов питания наших пациентов с рСРК, проходивших психотерапию.

Таблица 2

Иерархия избегаемых ситуаций пациентки с рСРК диарейного типа с посттравматическим стрессовым расстройством (сексуальное насилие)

№	Ситуация	Уровень тревоги, балл
1	Короткая поездка на машине рядом с домом	25
2	Перекус в кафе рядом с домом	30
3	Посещение знакомого ресторана в центре Москвы	35
4	Посещение кинотеатра, место у прохода	40
5	Посещение нового кафе/ресторана	45
6	Посещение кафе с одним туалетом	50
7	Посещение переполненного кинотеатра, центральное место в ряду	50
8	Прогулка по городу в центре	55

9	Обед с коллегой на работе	60
10	Спонтанный обед в незнакомом месте	65
11	Метро, 1-2 станции от дома	70
12	Прогулка через 1 час после еды	75
13	Поездка в автобусе	80
14	Вождение машине в пробке	80
15	Прогулка в новом парке	85
16	Поездка на такси, ожидание переключения сигнала светофора	85
17	Поездка на автобусе, ожидание переключения сигнала светофора	85
18	Поездка на дачу	90
19	Поездка на такси в час пик	90
20	Вождение машины с друзьями в пробке	100

Таблица 3

Иерархия избегаемых продуктов питания пациента с СРК-СМ с генерализованным тревожным расстройством

№	Продукты	Уровень тревоги, балл
1	Рис, лосось	10
2	Огурец	20
3	Морковь	30
4	Куриное филе	40
5	Пшенная каша	50
6	Салат	60
7	Брокколи	70
8	Пицца	80
9	Красное мясо	90
10	Хлеб	100

После составления иерархии пациента обучают техникам управления физиологическим гипервозбуждением с помощью техник переобучения дыхания (breathing retraining technique [12]) и абдоминально-направленной прогрессирующей мышечной релаксации.

При движении совместно с пациентом по списку с иерархией тревожных стимулов на каждом шаге происходит сопряжение релаксационной реакции с дистресс-ситуацией. Сначала эта процедура проводится совместно со специалистом в кабинете, потом закрепляется самостоятельно дома. Каждый шаг отрабатывается 2-4 раза, чтобы уменьшить степень интенсивности тревоги. Затем процедура управления физиологическим гипервозбуждением применяется к следующему элементу в списке иерархии тревоги.

Интероцептивная экспозиция. Пациенту приводят следующую аналогию: повышенная бдительность к желудочно-кишечным ощущениям похожа на пребывание в большой шумной комнате, которая заполнена говорящими людьми. Когда кто-то случайно упоминает в разговоре с другим человеком ваше имя, вы можете очень чутко отреагировать, несмотря на наличие шума и то, что этот человек не обращается непосредственно к вам [11; 12]. Точно так же желудочно-кишечные сигналы могут быть значимой информацией для пациента из-за страха, что они сигнализируют о симптомах «чего-то угрожающего», «потери контроля», «чего-то постыдного». Совместно с психологом выделяются телесные ощущения, которые вызывают у пациента повышенную концентрацию внимания и тревогу (табл. 4)

Таблица 4

Пример иерархии interoцептивной экспозиции у пациентки с СРК-СМ и коморбидным паническим расстройством

Телесные ощущения	Когнитивное возбуждение (негативные мысли)	Уровень тревоги (от 0-10 баллов)
Жжение, покалывание в левом/правом боку	«Это не кишечник, это что-то с желчевыводящими путями... нужно записаться на УЗИ»	6
Давление рядом с пупком	«Это болезнь Крона, у меня воспаление»	7
Распирание внизу (слева/справа) пупка	«Это болезнь Крона, у меня воспаление»	7
Давление, распирание внизу живота	«Это не кишечник, это что-то с гинекологией... может быть, опухоль»	8
Ощущение движения кишечника	«Это паразиты...»	8
Урчание, звуки в животе	«Вдруг сейчас у меня будет позыв в туалет, и я не смогу его контролировать»	10

После составления иерархии психолог моделирует серию interoцептивных упражнений, которые нужно повторять пациенту, чтобы смоделировать физиологические ощущения, связанные с желудочно-кишечной специфической тревогой, и разрушить ассоциации между конкретными внутренними сигналами от организма и тревожными реакциями. Приведем примеры типичных упражнений в рамках interoцептивной индукции (interoceptive inductions) [11; 43]:

- надавливание на мышцы живота 60-90 секунд;
- надуть живот «шариком» на 60 секунд;
- положить бутылку с теплой водой на живот на 5 минут;

- спонтанно принять пищу;
- выпить кофе;
- надеть тесную одежду;
- втянуть живот на 40 секунд;
- надавливать на область рядом с пупком в течение 60 секунд;
- напрягать мышцы тела в течение 1 минуты или замереть в положении скручивания как можно дольше;
- сфокусировать внимание на определенном телесном ощущении (например, урчании) в течение 90 секунд;
- повторять слово «спокойствие» снова и снова в течение 5 минут, при этом смотреть на абдоминальную область;
- выполнить естественные экспозиционные упражнения (naturalistic exposure exercises). Например, во время дискомфортных ощущений сделать физические упражнения (поприседать), выпить кофе или газированный напиток, съесть то, что избегает пациент [11].

Наряду с техниками экспозиции применяются психообразование о причинах возникновения СРК; обучение техникам снижения физиологического (абдоминальное дыхание) и психологического гипервозбуждения (реструктуризация тревожных мыслей, декатастрофизация).

Эффективность. В отличие от техник управления вниманием (attention control), управление стрессом с помощью дыхательных упражнений по протоколу КПП interoцептивного воздействия существенно снижает симптомы СРК (по Bowel Symptom Composite Score) у пациентов со смешанным, запорным и диарейным типами СРК, коморбидными паническим расстройством. Пациенты сообщали о снижении желудочно-кишечной специфической тревоги (по Visceral Sensitivity Index), улучшении общего качества жизни (IBS-QOL) и расширении рациона [11]. КПП interoцептивного воздействия может сопровождаться коротким приемом бензодиазепинов, СИОЗСН или ТЦА в случае тяжелой и острой степеней тяжести СРК, что получило название комбинированной тактики. Комплаентность протоколу КПП составляет 60–84% в отличие от техники управления вниманием (35–40%) и стрессом (28–31%) [43]. Техники экспозиции хорошо переносятся пациентами со средней и тяжелой степенями тяжести СРК. Ремиссия длится до 6 месяцев [11; 12; 43].

Протокол interoцептивного воздействия на симптомы СРК «третьей волны» Б. Лщетсона

Протокол, представленный нами в приложении 4, был предложен Б. Лщетсоном и соавторами и интегрирует экспозиционную терапию, терапию усиления осознанности (mindfulness-based Stress Reduction), и терапию принятия и ответственности (acceptance and commitment therapy, АСТ) [30–32]. Первоначально протокол был разработан для дистанционного формата работы с пациентами

с СРК-Д, страдающими вздутием и абдоминальной болью, но далее начал применяться и в очном формате индивидуальной (12 еженедельных сессий по 1-1,5 часа) и групповой (10 сессий, 2 часа, 4-6 пациентов в группе) терапии пациентов со всеми типами СРК.

При экспозиционной терапии в рамках данного протокола поведенческие техники чаще всего объединяются вместе, например, при появлении дискомфорта ощущений не ходить в туалет сразу (через 1-10 минут), носить обтягивающую одежду, чтобы вызвать ощущение давления в животе. Пациентов также обучают техникам осознанности во время экспозиции, т.е. преднамеренному процессу наблюдения за ощущениями без оценки, осуждения и прибегания к «перестраховочному» поведению.

Эффективность. По сравнению с техниками управления стрессом (дыхательные техники, прогрессирующая мышечная релаксация) применение КПП у пациентов с СРК-СМ приводило к более значительному снижению соматизации, симптомов СРК, желудочно-кишечной специфической и общей (агорафобия, генерализованное тревожное и паническое расстройства) тревоги, а также тревоги о здоровье. Наблюдалось улучшение качества жизни. Отмечалось уменьшение количества дней, проведенных «на больничном», а также сокращение эпизодов некоторых форм избегающего и перестраховочного поведения. Ремиссия длится до 6 месяцев [10; 30–32].

Протокол когнитивно-поведенческой гипнотерапии СРК-индуцированной агорафобии

В. Голденом был предложен протокол, интегрирующий КПП и гипнотерапию (gut-directed hypnotherapy [18]), с целью снижения СРК-индуцированной агорафобии (irritable-bowel-syndrome-induced agoraphobia). Приведем пример данной формы агорафобии со слов пациентки с рСРК-Д: «подруга пригласила на праздник и там было много народу, там один туалет, и это стресс... мне захочется в туалет, я один раз схожу... А вдруг пойду в туалет, и он будет занят?.. я не дотерплю». Пациентка избегает обедать с коллегами, выступать на совещаниях, встреч с руководителем, ездить в машине с коллегами по работе. Перед работой, совещаниями, встречами с руководителем принимает 3-4 пакетика «Смекты».

Протокол включает в себя когнитивные (декатастрофизация), поведенческие (систематическая десенсибилизация, дыхательные техники) техники и обучение самогипнозу для ситуативного управления желудочно-кишечной специфической тревогой [18]. Ниже приведены этапы психотерапии СРК-индуцированной агорафобии [18].

- *Ориентация в состоянии пациента.* Сбор анамнеза, оценка психического состояния. Обсуждение ожиданий от лечения. Когнитивная гипнотерапия и СРК. Минимизация неверных представлений о гипнозе.
- *Снижение гипервозбуждения. Гипнотическая индукция.* Ознакомление с базовыми навыками гипноза (расслабление, воображение, внушение). Обучение

технике «живое дыхание» для снижения желудочно-кишечной тревоги. Создание индивидуальных образов релаксации. Разработка поведенческого сценария успокаивающего самогипноза в ситуации тревоги, абдоминальных симптомов. Применение метафоры реки: «Представьте, ваш кишечник как длинную, спокойную реку. Почувствуйте, каково сейчас течение этой реки? Спокойно дышите. Вдох 2 сек. и выдох 4 сек. На каждом медленном выдохе расслабляйте свой живот. Фокусируйте внимание на образе реки, ее течении. Представьте, что с помощью медленного, спокойного выдоха вы охлаждаете напряженные стенки вашего кишечника, очищая и исцеляя его. Обратите внимание, как меняется течение реки? Спокойно дышите в течение 1-2 минут».

- *Обучение и усиление прямого самогипноза с помощью метода двух столбцов* (The two-column method, [18]) позволяет минимизировать катастрофизирующее мышление (см. табл. 5).

Таблица 5

Пример выполнения метода двух столбцов пациентки с рСРК смешанной формы с паническим расстройством

Желудочно-кишечная специфическая тревога	Гипнотическое внушение
Что делать, если у меня будет вздутие, приступ боли, пока я еду в машине?	Мои поездки в машине – это не только приступы боли, вздутие. Я не еду в машине с целью получить эти симптомы
Что делать, если мне захочется в туалет, пока я сижу в центре ряда в кинотеатре?	Если мне захочется в туалет, я, как и другие люди, встану во время фильма с места и пойду. Если могут другие, значит, и я могу

- *Гипноанализ для изучения межличностных отношений. Специфика материнской сепарации* (maternal separation [8; 50]). Показано, что отношения с матерью и материнская забота влияют на состояние гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, когнитивных и эмоциональных процессов. Изменения в этих отношениях вызывают устойчивые изменения в центральной нервной системе на уровне толстой кишки. Например, наличие сильной обиды на мать, которая не простила пациентке (28 лет, рСРК-Д, паническое расстройство с агорафобией) переезд в Москву и постоянно критиковала ее за то, что она недостаточно часто посещает мать. Когда пациентка ездила к матери, та намекала ей, что этого недостаточно. Эта ситуация формировала у пациентки стремление скрывать эмоции (недовольство ситуацией, чувство вины и зависимости), что, согласно модели интернализации эмоций М. Басты и соавторов (Internalization Hypothesis Model [7]), усиливало физиологическое и психологическое гипервозбуждение, приводя к СРК-индуцированной агорафобии (поездки в общественном транспорте, перелет в другую страну [22]). Проведение гипноанализа позволило составить гибкий

поведенческий план взаимодействия с матерью и закончить процесс сепарации от матери.

- *Прекращение гипнотерапии и составление противорецидивного плана.*

Эффективность. Протокол апробировался на 25 пациентов с СРК-Д с метеоризмом в качестве основного симптома. 23 пациента завершили психотерапию в течение 15 сессий. По данным исследователей, у пациентов снизились частота проявлений СРК-индуцированной тревоги и степень выраженности СРК. Ремиссия составила 6 месяцев [18].

Мультимодальный протокол КПП интероцептивного воздействия Х. Каваниши

В связи с трудоемкостью проведения полного протокола КПП (например, в амбулаторных условиях) Хитоми Каваниши предложил протокол лечения, дополненный видеоматериалами для пациентов (CBT-interoceptive exposure with complementary video materials, CBT-IE-w/vid) [23]. Перевод протокола представлен нами в приложении 5. Протокол включает 10 еженедельных сессий длительностью 60 минут. Сессии сопровождаются наглядными видеоматериалами, которые охватывают инструкции по психообразованию, выполнению домашних заданий относительно лечения, чтобы пациенты могли готовиться дома к следующим сессиям со специалистом [23].

Эффективность. По сравнению с пациентами, получающими только психообразовательную помощь и соматотропную терапию, применение протокола КПП показало выраженное снижение симптомов СРК (IBS-SI-J) и желудочно-кишечной тревоги (VSI) у пациентов с рефрактерным типом СРК и повышение удовлетворенности качеством жизни (IBS-QOL-J) при дальнейшем трех- и шестимесячном наблюдении. У этих пациентов снизились бдительность к телесным ощущениям (BVS-J) и симптомы общей тревоги (STAI). Использование видеоматериалов в КПП сократило время, затрачиваемое на очную терапию на 40% (с 66 до 38 минут), в то время как эффективность терапевтических вмешательств осталась прежней [23].

Интернет форма когнитивно-поведенческой экспозиционной психотерапии СРК

Протокол впервые предложен Э. Хедман и соавторами и был направлен на снижение избегающего и «перестраховочного» типов поведения у пациентов с СРК-СМ и СРК-Д типами [19]. Лечение состоит из 12 модулей, занимающих в общей сложности 12 недель. Модули предоставлялись пациенту через специальную интернет-платформу – Regul8 web-based self-management sessions – и включали в себя составление индивидуальной модели СРК пациента, обучение техникам осознанности, выяснение специфики желудочно-кишечной тревоги у пациента, протокол интероцептивного воздействия, экспозицию тревоги о здоровье, а также болезнь-ориентированного поведения, профилактику рецидивов. Каждый модуль сопровождался набором домашних заданий. Контакт со специалистом осуществлялся строго по электронной почте.

Эффективность. В отличие от техник управления напряжением при применении КПП у пациентов с СРК-СМ или СРК-Д наблюдалось снижение желудочно-кишечной специфической тревоги (VSI), а также тревоги о здоровье (HAI). Пациенты в среднем завершили около двух третьей модулей. Ремиссия сохранялась 12 месяцев [19].

Телефонные формы когнитивно-поведенческой экспозиционной психотерапии СРК

Протокол разработан Х. Эверитт, применяется для терапии пациентов с рСРК и включает в себя психообразование, поведенческие и когнитивные техники управления ЖК-специфической тревогой, здоровое питание, упражнения по декатастрофизации, техники управления стрессом, минимизации сканирования тела с помощью интероцептивной терапии, противорецидивный план [14]. Терапия включает руководство самопомощи для пациента, 6 телефонных консультаций по 60 минут и две 60-минутные бустерные сессии спустя 4 и 8 месяцев с момента начала терапии. За счет меньшего болезнь-ориентированного поведения происходят снижение симптомов СРК и повышение удовлетворенности качеством жизни. Приверженность составляет 84%. Ремиссия длится около 12 месяцев [14].

Т. Лии и коллеги разработали дополнительный протокол дистанционной КПП СРК для женщин «Разум над настроением» (ICBT «Mind Over Mood»). Он ориентирован на овладение поведенческим, эмоциональным и когнитивным контролем при СРК-Д и СРК-СМ и включает 13 сессий длительностью 60 минут, которые проводятся 1-2 раза в неделю в течение 6 недель [29]. Сессии 1-4 направлены на обучение пациентов поведенческим стратегиям снижения ЖК-специфической тревоги; сессии 5-7 – на обучение эмоциональным стратегиям снижения когнитивного гипервозбуждения, сессии 8-9 включают поведенческие техники снижения избегающего (туалетного) поведения; сессии 10-13 посвящены техникам декатастрофизации и противорецидивному плану.

Эффективность. Данный протокол снижает у пациентов с СРК-СМ и СРК-Д общие симптомы расстройства (BSSS), желудочно-кишечную специфическую тревогу (VSI), симптомы депрессии (CES-D) и тревоги (STAI-S). Ремиссия длится около 6 месяцев [29].

Выводы

- «Стандартные» протоколы когнитивно-поведенческой психотерапии, применяемые при лечении рСРК, сосредоточены на снижении у пациента реактивного реагирования на стресс, связанный с событиями повседневной жизни, в то время как интероцептивные протоколы за счет воздействия на висцеральные ощущения делают акцент на 1) устранении дезадаптивных когнитивно-аффективных процессов, участвующих в интероцепции и искажающих восприятие ощущений в теле; 2) спектре болезнь-ориентированного поискового поведения.

- К дезадаптивным когнитивно-аффективным процессам у пациентов с СРК относят: желудочно-кишечную специфическую или висцеральную тревогу, тревогу

о здоровье, симптом-специфическую тревогу, гипервозбуждение с негативным когнитивным смещением, когнитивную ригидность и катастрофизацию. Эти процессы устраняются с помощью поведенческих (абдоминальное дыхание) и когнитивных (когнитивная реструктуризация, декатастрофизация) техник.

- К спектру болезнь-ориентированного поискового поведения при СРК относят избегающее и «перестраховочное» поведение, которые устраняются с помощью экспозиционных техник (систематическая десенсибилизация, interoцептивная и естественная экспозиция).

- Выделяют следующие interoцептивные протоколы: «второй волны» Дж. Ди Колы; «третьей волны» Б. Лщетсона; когнитивно-поведенческую гипнотерапию СРК-индуцированной агорафобии В. Голдена и мультимодальный протокол Х. Каваниши. Форматы проведения: очный (индивидуальный и групповой); дистанционный (интернет-платформа, телефонная форма) и комбинированный, включающий видеоматериалы.

- Очные и дистанционные interoцептивные протоколы снижают степень выраженности симптомов СРК, желудочную-кишечную специфическую тревогу, «перестраховочное» и избегающее поведение, симптомы тревоги о здоровье и общую тревогу; повышают удовлетворенность качеством жизни. Ремиссия составляет от 6 до 12 месяцев.

Литература

1. Ивашкин В.Т., Зольникова Ю. Синдром раздраженного кишечника с позиций изменений микробиоты // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2019. Том 29. № 1. С 68–76. DOI: 10.22416/1382-4376-2019-29-1-84-92

2. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Баранская Е.К. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению синдрома раздраженного кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017. Том 27. № 5. С. 76–93. DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-5-76-93

3. Мелёхин А.И. Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия синдрома раздраженного кишечника: специфика и эффективность // Современная зарубежная психология. 2018. Том 7. № 4. С 56–74. DOI: 10.17759/jmfr.2018070407

4. Мелёхин А.И. Специфика психотерапевтической тактики при лечении синдрома раздраженного кишечника В книге: Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях Материалы всероссийской научно-практической конференции «I Кандинские чтения», посвященной 170-летию со дня рождения В.Х. Кандинского. 2019. С. 74–76.

5. Мелёхин А.И. Экспозиционная когнитивно-поведенческая психотерапия при нарушении кишечного-мозгового взаимодействия // Neurodynamics. Журнал клинической психологии и психиатрии. 2020. Том 2. № 1. С. 20–41.

6. *Altayar O., Sharma V., Prokop L.J.* Psychological therapies in patients with irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Gastroenterology Research and Practice*. 2015. Vol. 3. № 2. P. 11–19. DOI: 10.1155/2015/549308
7. *Basta M., Chrousos G.P., Vela-Bueno A.* Chronic insomnia and stress system // *Sleep Med Clin*. 2007. Vol. 2. № 2. P. 279–291. DOI: 10.1016/j.jsmc.2007.04.002
8. *Ben-Israel Y., Shadach E., Levy S., et al.* Possible involvement of avoidant attachment style in the relations between adult IBS and reported separation anxiety in childhood // *Stress Health*. 2016. Vol. 32. P. 463–471. DOI: 10.1002/smi.2642
9. *Blanchard E.B., Scharff L., Payne A.* Prediction of outcome from cognitive behavioral treatment of irritable bowel syndrome // *Behaviour Research and Therapy*. 1992. Vol. 30. № 6. P. 647–650. DOI: 10.1016/0005-7967(92)90011-5
10. *Boersma K., Ljótsson B., Edebol-Carlman H.* Exposure-based cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome. A single-case experimental design across 13 subjects // *Cognitive Behaviour Therapy*. 2016. Vol. 45. № 6. P. 415–430. DOI: 10.1080/16506073.2016.1194455
11. *Craske M.G., Wolitzky-Taylor K.B., Labus J.* A cognitive-behavioral treatment for irritable bowel syndrome using interoceptive exposure to visceral sensations // *Cognitive Behaviour Therapy*. 2011. Vol. 49. № 6. P. 413–421. DOI: 10.1016/j.brat.2011.04.001
12. *DeCola J.P.* Deliberate exposure to interoceptive sensations: a cognitive-behavioral treatment for irritable bowel syndrome. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 2001. Vol. 62. P. 60–73.
13. *Enck P., Lackner J.M.* Cognitive behavioural therapy for IBS: results or treatment as usual? // *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. 2019. Vol. 16. № 9. P. 515–526. DOI: 10.1038/s41575-019-0174-2
14. *Everitt H.A., Landau S., O'Reilly G.* Cognitive behavioural therapy for irritable bowel syndrome: 24-month follow-up of participants in the ACTIB randomised trial // *The Lancet Gastroenterology and Hepatology*. 2019. Vol. 4. № 11. P. 863–872. DOI: 10.1016/S2468-1253(19)30243-2
15. *Farnam A., Somi M.H., Sarami F.* Five personality dimensions in patients with irritable bowel syndrome // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2008. Vol. 4. № 5. P. 959–962. DOI: 10.2147/NDT.S3836
16. *Fukudo S., Kaneko H., Akiho H.* Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome // *Journal of Gastroenterology*. 2015. Vol. 50. № 1. P. 11–30. DOI:10.1007/s00535-014-1017-0
17. *Ghandi F., Sadeghi A., Bakhtyari M.* Comparing the Efficacy of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy with Emotion Regulation Treatment on Quality of Life and Symptoms of Irritable Bowel Syndrome // *Iranian Journal of Psychiatry*. 2018. Vol. 13. № 3. P. 175–183. DOI: 10.31080/ecgds.2019.06

18. *Golden W.L.* Cognitive-behavioral hypnotherapy in the treatment of irritable-bowel-syndrome-induced agoraphobia // *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*. 2007. Vol. 55. № 2. P. 131–146. DOI: 10.1080/00207140601177889
19. *Hedman E., Axelsson E., Görling A.* Internet-delivered exposure-based cognitive-behavioural therapy and behavioural stress management for severe health anxiety: randomised controlled trial // *The British Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 205. № 4. P. 307–314. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.140913
20. *Holmes E.A., Ghaderi A., Harmer C.J.* Commission on psychological treatments research in tomorrow's science // *The Lancet Psychiatry*. 2018. Vol. 5. № 3. P. 237–286. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30513-8
21. *Hunt M.G., Moshier S., Milonova M.* Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome // *Cognitive Behaviour Therapy*. 2009. Vol. 47. № 9. P. 797–802. DOI: 10.1016/j.brat.2009.05.002
22. *Hyphantis T., Guthrie E., Tomenson B.* Psychodynamic interpersonal therapy and improvement in interpersonal difficulties in people with severe irritable bowel syndrome // *Pain*. 2009. Vol. 145. P. 196–203. DOI: 10.1016/j.pain.2009.07.005
23. *Kawanishi H., Sekiguchi A., Funaba M.* Cognitive behavioral therapy with interoceptive exposure and complementary video materials for irritable bowel syndrome (IBS): protocol for a multicenter randomized controlled trial in Japan // *Biopsychosocial Medicine*. 2019. Vol. 6. № 13. P. 14–19. DOI: 10.1186/s13030-019-0155-2
24. *Keefer L., Bedell A.* Irritable Bowel Syndrome / In A. Wenzel (ed.) *The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology*. 2018. 36 p. DOI: 10.4135/9781483365817.n766
25. *Kennedy T.M., Chalder T., McCrone P.* Cognitive behavioural therapy in addition to antispasmodic therapy for irritable bowel syndrome in primary care: randomised controlled trial // *Health Technology Assessment*. 2006. Vol. 10. № 19. P. 1–67. DOI: 10.3310/hta10190
26. *Kibune-Nagasako C., Garcia-Montes C., Silva-Lorena S.L.* Irritable bowel syndrome subtypes: clinical and psychological features, body mass index and comorbidities // *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 2016. Vol. 108. № 2. P. 59–64. DOI:10.17235/reed.2015.3979/2015
27. *Kinsinger S.W.* Cognitive-behavioral therapy for patients with irritable bowel syndrome: current insights // *Psychology Research and Behavior Management*. 2017. Vol. 10. № 5. P. 231–237. DOI: 10.2147/PRBM.S120817
28. *Lackner J.M., Mesmer C., Morley S.* Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004. Vol. 72. № 2. P. 1100–1113. DOI: 10.1037/0022-006X.72.6.1100
29. *Lee T.Y., Hsieh T.C., Sung H.C.* Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Young Taiwanese Female Nursing Students with Irritable Bowel Syndrome-A Cluster

Randomized Controlled Trial // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019. Vol. 16. № 5. P. 8–19. DOI: 10.3390/ijerph16050708

30. *Ljótsson B., Falk L., Vesterlund A.* Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome-A randomized controlled trial // Behaviour Research and Therapy. 2010. Vol. 48. № 30. P. 531–539. DOI: 10.1016/j.brat.2010.03.003

31. *Ljótsson B., Hedman E., Andersson E.* Internet-delivered exposure-based treatment vs. stress management for irritable bowel syndrome: a randomized trial // American Journal of Gastroenterology. 2011. Vol. 106. № 8. P. 1481–1491. DOI: 10.1038/ajg.2011.139

32. *Moayyedi P., Andrews C.N., MacQueen G.* Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline for the Management of Irritable Bowel Syndrome // Journal of the Canadian Association of Gastroenterology. 2019. Vol. 2. № 1. P. 6–29. DOI: 10.1093/jcag/gwy071

33. *Mohiuddin A.K.* Alternative Measures for IBS Management // American Journal of Biomedical Science & Research. 2019. Vol. 5. № 5. P. 4–19. DOI: 10.34297/AJBSR.2019.05.000947

34. *Nelkowska D.D.* Treating irritable bowel syndrome through an interdisciplinary approach // Annals of Gastroenterology. 2020. Vol. 33. № 1. P. 1–8. DOI: 10.20524/aog.2019.0441

35. NICE guideline. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and Management of Irritable Bowel Syndrome in primary care. London: Royal College of nursing London. Royal College of nursing. 2008. Vol. 57. № 2. 72 p.

36. *Nicholl B.I., Halder S.L., Macfarlane G.J., et al.* Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome-results of a large prospective population-based study // Pain. 2008. Vol. 137. P. 147–155. DOI: 10.1016/j.pain.2007.08.029

37. *O'Mahony S.M., Clarke G., Dinan T.G.* Irritable Bowel Syndrome and Stress-Related Psychiatric Co-morbidities: Focus on Early Life Stress // Handbook of Experimental Pharmacology. 2017. Vol. 239. № 1. P. 219–246. DOI: 10.1007/164_2016_128

38. *Phillips K., Wright B.J., Kent S.* Irritable bowel syndrome and symptom severity: evidence of negative attention bias, diminished vigour, and autonomic dysregulation // The Journal of Psychosomatic Research. 2014. Vol. 77. № 4. P. 13–19. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2014.04.009

39. *Porcelli P., De Carne M., Leandro G.* The role of alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety as predictors of treatment outcome in irritable bowel syndrome // Compr Psychiatry 2017. Vol. 73. № 7. P. 127–135. DOI: 10.1016/j.comppsy.2016.11.010

40. *Stasi C., Caserta A., Nisita C.* The complex interplay between gastrointestinal and psychiatric symptoms in irritable bowel syndrome: A longitudinal assessment // Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2019. Vol. 34. № 4. P. 713–719. DOI: 10.1111/jgh.14375

41. *Tayama J., Nakaya N., Hamaguchi T.* Effects of personality traits on the manifestations of irritable bowel syndrome // BioPsychoSocial Medicine. 2012. Vol. 30. № 6. P. 20–29. DOI: 10.1186/1751-0759-6-20

42. Using Central Neuromodulators and Psychological Therapies to Manage Patients with Disorders of Gut-Brain Interaction. A Clinical Guide / W. H. Sobin (ed.). Springer, NY, 2019. 191 p. DOI: 10.1007/978-3-030-18218-2

43. Van Oudenhove L., Crowell M.D., Drossman D.A. Biopsychosocial Aspects of Functional Gastrointestinal Disorders // *Gastroenterology*. 2016. Vol. 18. № 16. P. 1–23. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.027

44. Vlaeyen J., Linton S.J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art // *Pain*. 2000. Vol. 85. P. 317–332. DOI:10.1016/S0304-3959(99)00242-0

45. Weaver T.L., Nishith P., Resick P.A. Prolonged Exposure Therapy and Irritable Bowel Syndrome: A Case Study Examining the Impact of a Trauma-Focused Treatment on a Physical Condition // *Cognitive and Behavioral Practice*. 1998. Vol. 5. № 1. P. 103–122. DOI: 10.1016/S1077-7229(98)80023-0

46. Windgassen S., Moss-Morris R., Everitt H. Cognitive and Behavioral Differences Between Subtypes in Refractory Irritable Bowel Syndrome // *Behavior Therapy*. 2019. Vol. 50. № 3. P. 594–607. DOI: 10.1016/j.beth.2018.09.006

47. Windgassen S. Exploring cognitive and behavioural factors in irritable bowel syndrome. Dissertation. 2018. 218 p. URL: <https://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.769940> (дата обращения 22.06.2020)

48. Windgassen S., Moss-Morris R., Goldsmith K. Key mechanisms of cognitive behavioural therapy in irritable bowel syndrome: The importance of gastrointestinal related cognitions, behaviours and general anxiety // *The Journal of Psychosomatic Research*. 2019. Vol. 118. P. 73–82. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2018.11.013

49. Yi L., Zhang H., Sun H. Maternal Separation Induced Visceral Hypersensitivity from Childhood to Adulthood // *Journal of Neurogastroenterology and Motility*. 2017. Vol. 23. № 2. P. 306–315. DOI: 10.5056/jnm16089

50. Yuki O., Satsuki K., Yoshitoshi T. Development of cognitive behavior therapy for irritable syndrome (CBT-IE): a pilot study in Japan // *Japanese journal of psychosomatic medicine*. 2016. Vol. 56. № 6. P. 10–19. DOI: 10.1016/j.brat.2009.05.002

References

1. Ivashkin V.T., Zol'nikova Yu. Sindrom razdrzhennogo kishechnika s pozicij izmenenij mikrobioty [Irritable bowel syndrome from the perspective of changes in the microbiota]. *Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii [Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology]*, 2019, vol. 29, no. 1, pp. 68–76. DOI: 10.22416/1382-4376-2019-29-1-84-92

2. Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Baranskaya E.K. Klinicheskie rekomendacii Rossijskoj gastroenterologicheskoj asociacii i Asociacii koloproktologov Rossii po diagnostike i lecheniyu sindroma razdrzhennogo kishechnika [Clinical recommendations of the Russian

gastroenterological Association and the Association of coloproctologists of Russia for the diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome]. *Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii* [Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology], 2017, vol. 27, no. 5, pp. 76–93. DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-5-76-93

3. Melehin A.I. Distancionnaya kognitivno-povedencheskaya psihoterapiya sindroma razdrzhenного kishechnika: specifika i effektivnost' [Remote cognitive-behavioral psychotherapy of irritable bowel syndrome: specificity and effectiveness] *Sovremennaya zarubezhnaya psihologiya* [Modern Foreign Psychology], 2018, vol. 7, no. 4, pp. 56–74. DOI: 10.17759/jmfp.2018070407

4. Melehin A.I. Specifika psihoterapevticheskoy taktiki pri lechenii sindroma razdrzhenного kishechnika [Specifics of psychotherapeutic tactics in the treatment of irritable bowel syndrome]. V knige: *Aktual'nye problemy psichiatrii i narkologii v sovremennyh usloviyah Materialy vserossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii «I Kandinskie chteniya», posvyashchennoj 170-letiyu so dnya rozhdeniya V.H. Kandinskogo* [In the book: *Actual problems of psychiatry and narcology in modern conditions Materials of the all-Russian scientific and practical conference "I Kandinsky readings", dedicated to the 170th anniversary of the birth of V. Kh. Kandinsky*], 2019, pp. 74–76.

5. Melehin A.I. Ekspozicionnaya kognitivno-povedencheskaya psihoterapiya pri lechenii narushenii kishechno-mozgovogo vzaimodejstviya [Exposure cognitive behavioral psychotherapy in the treatment of intestinal-brain interaction disorders]. *Neurodynamics. Zhurnal klinicheskoy psihologii i psichiatrii* [Neurodynamics. Journal of Clinical Psychology and Psychiatry], 2020, vol. 2, no. 1, pp. 20–41.

6. Altayar O., Sharma V., Prokop L.J. Psychological therapies in patients with irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastroenterology Research and Practice*, 2015, vol. 3, no. 2, pp. 11–19. DOI: 10.1155/2015/549308

7. Basta M., Chrousos G.P., Vela-Bueno A. Chronic insomnia and stress system. *Sleep Med Clin.*, 2007, vol. 2, no. 2, pp. 279–291. DOI: 10.1016/j.jsmc.2007.04.002

8. Ben-Israel Y., Shadach E., Levy S., et al. Possible involvement of avoidant attachment style in the relations between adult IBS and reported separation anxiety in childhood. *Stress Health*, 2016, vol. 32, pp. 463–471. Doi: 10.1002/smi.2642

9. Blanchard E.B., Scharff L., Payne A. Prediction of outcome from cognitive behavioral treatment of irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 1992, vol. 30, no. 6, pp. 647–650. DOI: 10.1016/0005-7967(92)90011-5

10. Boersma K., Ljótsson B., Edebol-Carlman H. Exposure-based cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome. A single-case experimental design across 13 subjects. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2016, vol. 45, no. 6, pp. 415–430. DOI: 10.1080/16506073.2016.1194455

11. Craske M.G., Wolitzky-Taylor K.B., Labus J. A cognitive-behavioral treatment for irritable bowel syndrome using interoceptive exposure to visceral sensations. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2011, vol. 49, no. 6, pp. 413–421. DOI: 10.1016/j.brat.2011.04.001

12. DeCola J.P. Deliberate exposure to interoceptive sensations: a cognitive-behavioral treatment for irritable bowel syndrome. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 2001, vol. 62, pp. 60–73.
13. Enck P., Lackner J.M. Cognitive behavioural therapy for IBS: results or treatment as usual? *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 2019, vol. 16, no. 9, pp. 515–526. DOI: 10.1038/s41575-019-0174-2
14. Everitt H.A., Landau S., O'Reilly G. Cognitive behavioural therapy for irritable bowel syndrome: 24-month follow-up of participants in the ACTIB randomised trial. *The Lancet Gastroenterology and Hepatology*, 2019, vol. 4, no. 11, pp. 863–872. DOI: 10.1016/S2468-1253(19)30243-2
15. Farnam A., Somi M.H., Sarami F. Five personality dimensions in patients with irritable bowel syndrome. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2008, vol. 4, no. 5, pp. 959–962. DOI: 10.2147/NDT.S3836
16. Fukudo S., Kaneko H., Akiho H. Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome. *Journal of Gastroenterology*, 2015, vol. 50, no. 1, pp. 11–30. DOI:10.1007/s00535-014-1017-0
17. Ghandi F., Sadeghi A., Bakhtyari M. Comparing the Efficacy of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy with Emotion Regulation Treatment on Quality of Life and Symptoms of Irritable Bowel Syndrome. *Iranian Journal of Psychiatry*, 2018, vol. 13, no. 3, pp. 175–183.
18. Golden W.L. Cognitive-behavioral hypnotherapy in the treatment of irritable-bowel-syndrome-induced agoraphobia. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 2007, vol. 55, no. 2, pp. 131–46. DOI: 10.1080/00207140601177889
19. Hedman E., Axelsson E., Görling A. Internet-delivered exposure-based cognitive-behavioural therapy and behavioural stress management for severe health anxiety: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 2014, vol. 205, no. 4, pp. 307–314. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.140913
20. Holmes E.A., Ghaderi A., Harmer C.J. Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *The Lancet Psychiatry*, 2018, vol. 5, no. 3, pp. 237–286. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30513-8
21. Hunt M.G., Moshier S., Milonova M. Brief cognitive-behavioral internet therapy for irritable bowel syndrome. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2009, vol. 47, no. 9, pp. 797–802. DOI: 10.1016/j.brat.2009.05.002
22. Hyphantis T., Guthrie E., Tomenson B. Psychodynamic interpersonal therapy and improvement in interpersonal difficulties in people with severe irritable bowel syndrome. *Pain*, 2009, vol. 145, pp. 196–203. DOI: 10.1016/j.pain.2009.07.005
23. Kawanishi H., Sekiguchi A., Funaba M. Cognitive behavioral therapy with interoceptive exposure and complementary video materials for irritable bowel syndrome (IBS): protocol for a multicenter randomized controlled trial in Japan. *Biopsychosocial Medicine*, 2019, vol. 6, no. 13, pp. 14–19. DOI: 10.1186/s13030-019-0155-2

24. Keefer L., Bedell A. Irritable Bowel Syndrome. In A. Wenzel (ed.), *The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology*, 2018, 36 p. DOI: 10.4135/9781483365817.n766
25. Kennedy T.M., Chalder T., McCrone P. Cognitive behavioural therapy in addition to antispasmodic therapy for irritable bowel syndrome in primary care: randomised controlled trial. *Health Technol Assess*, 2006, vol. 10, no. 19, pp. 1–67. DOI: 10.3310/hta10190
26. Kibune-Nagasako C., Garcia-Montes C., Silva-Lorena S.L. Irritable bowel syndrome subtypes: clinical and psychological features, bodymass index and comorbidities. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 2016, vol. 108, no. 2, pp. 59–64. DOI:10.17235/reed.2015.3979/2015
27. Kinsinger S.W. Cognitive-behavioral therapy for patients with irritable bowel syndrome: current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 2017, vol. 10, no 5 pp. 231–237. DOI: 10.2147/PRBM.S120817
28. Lackner J.M., Mesmer C., Morley S. Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004, vol. 72, no 2 pp. 1100–1113. DOI: 10.1037/0022-006X.72.6.1100
29. Lee T.Y., Hsieh T.C., Sung H.C. Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Young Taiwanese Female Nursing Students with Irritable Bowel Syndrome-A Cluster Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, vol. 16, no. 5, pp. 8–19. DOI: 10.3390/ijerph16050708
30. Ljótsson B., Falk L., Vesterlund A. Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome-A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 2010, vol. 48, no. 30, pp. 531–539. DOI: 10.1016/j.brat.2010.03.003
31. Ljótsson B., Hedman E., Andersson E. Internet-delivered exposure-based treatment vs. stress management for irritable bowel syndrome: a randomized trial. *American Journal of Gastroenterology*, 2011, vol. 106, no. 8, pp. 1481–1491. DOI: 10.1038/ajg.2011.139
32. Moayyedi P., Andrews C.N., MacQueen G. Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline for the Management of Irritable Bowel Syndrome. *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*, 2019, vol. 2, no. 1, pp. 6–29. DOI: 10.1093/jcag/gwy071
33. Mohiuddin A.K. Alternative Measures for IBS Management. *American Journal of Biomedical Science & Research*, 2019, vol. 5, no. 5, pp. 4–19. DOI: 10.34297/AJBSR.2019.05.000947
34. Nelkowska D.D. Treating irritable bowel syndrome through an interdisciplinary approach. *Annals of Gastroenterology*, 2020, vol. 33, no. 1, pp. 1–8. DOI: 10.20524/aog.2019.0441
35. NICE guideline. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and Management of Irritable Bowel Syndrome in primary care. London: Royal College of nursing London. Royal College of nursing, 2008, vol. 57, no. 2. 72 p.

36. Nicholl B.I., Halder S.L., Macfarlane G.J., et al. Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome-results of a large prospective population-based study. *Pain*, 2008, vol. 137, pp. 147–155. DOI: 10.1016/j.pain.2007.08.029
37. O'Mahony S.M., Clarke G., Dinan T.G. Irritable Bowel Syndrome and Stress-Related Psychiatric Co-morbidities: Focus on Early Life Stress. *Handbook of Experimental Pharmacology*, 2017, vol. 239, no. 1 pp. 219–246. DOI: 10.1007/164_2016_128
38. Phillips K., Wright B.J., Kent S. Irritable bowel syndrome and symptom severity: evidence of negative attention bias, diminished vigour, and autonomic dysregulation. *The Journal of Psychosomatic Research*, 2014, vol. 77, no. 4 pp. 13–19. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2014.04.009
39. Porcelli P., De Carne M., Leandro G. The role of alexithymia and gastrointestinal-specific anxiety as predictors of treatment outcome in irritable bowel syndrome. *Compr Psychiatry*, 2017, vol. 73, pp. 127–135. DOI: 10.1016/j.comppsy.2016.11.010
40. Stasi C., Caserta A., Nisita C. The complex interplay between gastrointestinal and psychiatric symptoms in irritable bowel syndrome: A longitudinal assessment. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2019, vol. 34, no. 4, pp. 713–719. DOI: 10.1111/jgh.14375
41. Tayama J., Nakaya N., Hamaguchi T. Effects of personality traits on the manifestations of irritable bowel syndrome. *BioPsychoSocial Medicine*, 2012, vol. 30, no. 6, pp. 20–29. DOI: 10.1186/1751-0759-6-20
42. Using Central Neuromodulators and Psychological Therapies to Manage Patients with Disorders of Gut-Brain Interaction. A Clinical Guide / W.H. Sobin (ed.). Springer. NY, 2019, 191 p. DOI: 10.1007/978-3-030-18218-2
43. Van Oudenhove L., Crowell M.D., Drossman D.A. Biopsychosocial Aspects of Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*, 2016, vol. 18, no. 16, pp. 1–23. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.027
44. Vlaeyen J., Linton S.J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 2000, vol. 85, pp. 317–332. DOI: 10.1016/S0304-3959(99)00242-0
45. Weaver T.L., Nishith P., Resick P.A. Prolonged Exposure Therapy and Irritable Bowel Syndrome: A Case Study Examining the Impact of a Trauma-Focused Treatment on a Physical Condition. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1998, vol. 5, no. 1, pp. 103–122. DOI: 10.1016/S1077-7229(98)80023-0
46. Windgassen S., Moss-Morris R., Everitt H. Cognitive and Behavioral Differences Between Subtypes in Refractory Irritable Bowel Syndrome. *The Journal of Psychosomatic Research*, 2019, vol. 50, no. 3, pp. 594–607. DOI: 10.1016/j.beth.2018.09.006
47. Windgassen S. Exploring cognitive and behavioural factors in irritable bowel syndrome. Dissertation. 2018, 218 p. URL: <https://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?uin=uk.bl.ethos.769940> (Accessed: 22.06.2020)

48. Windgassen S., Moss-Morris R., Goldsmith K. Key mechanisms of cognitive behavioural therapy in irritable bowel syndrome: The importance of gastrointestinal related cognitions, behaviours and general anxiety. *The Journal of Psychosomatic Research*, 2019, vol. 118, pp. 73–82. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2018.11.013

49. Yi L., Zhang H., Sun H. Maternal Separation Induced Visceral Hypersensitivity from Childhood to Adulthood. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 2017, vol. 23, no. 2, pp. 306–315. DOI: 10.5056/jnm16089

50. Yuki O., Satsuki K., Yoshitoshi T. Development of cognitive behavior therapy for irritable syndrome (CBT-IE): a pilot study in Japan. *Japanese Journal of Psychosomatic Medicine*, 2016, vol. 56, no. 6, pp. 10–19. DOI: 10.1016/j.brat.2009.05.002

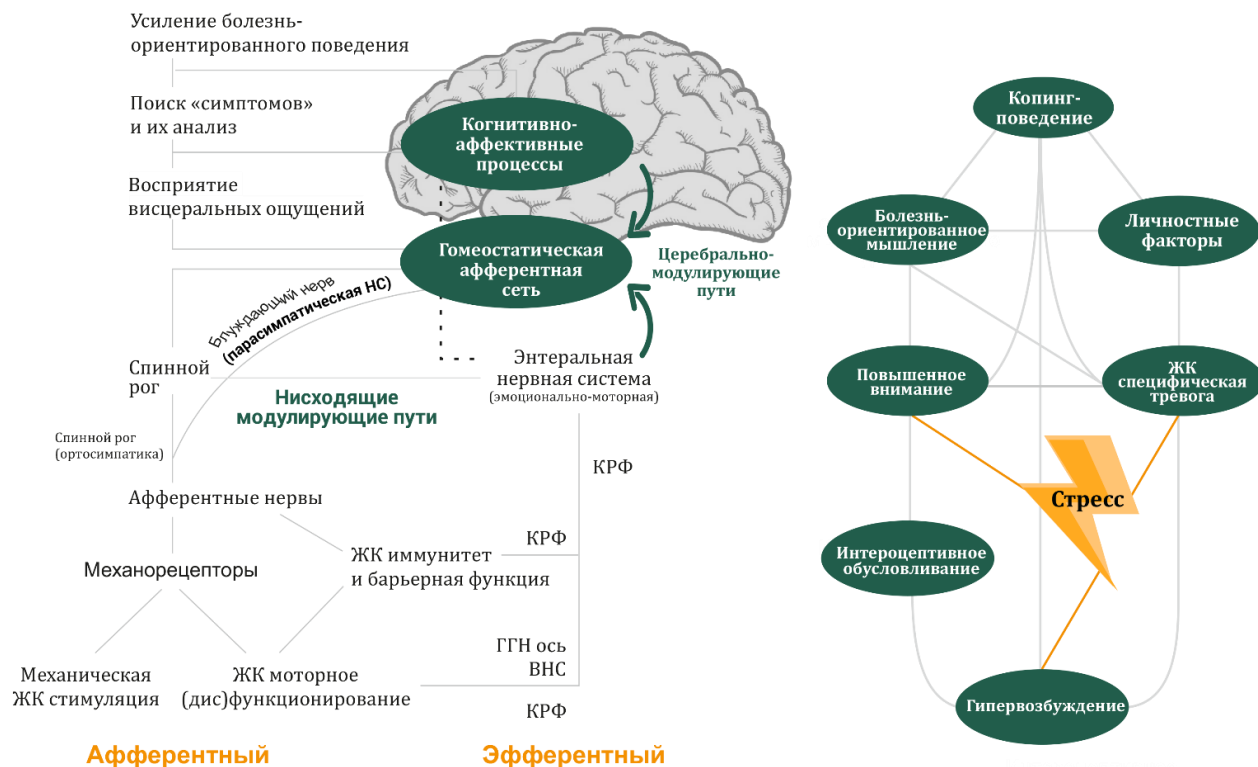
ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Модель взаимодействия синдрома раздраженного кишечника и стресса с фокусом на стрессе на разных этапах жизни пациента (цит. по [38])



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

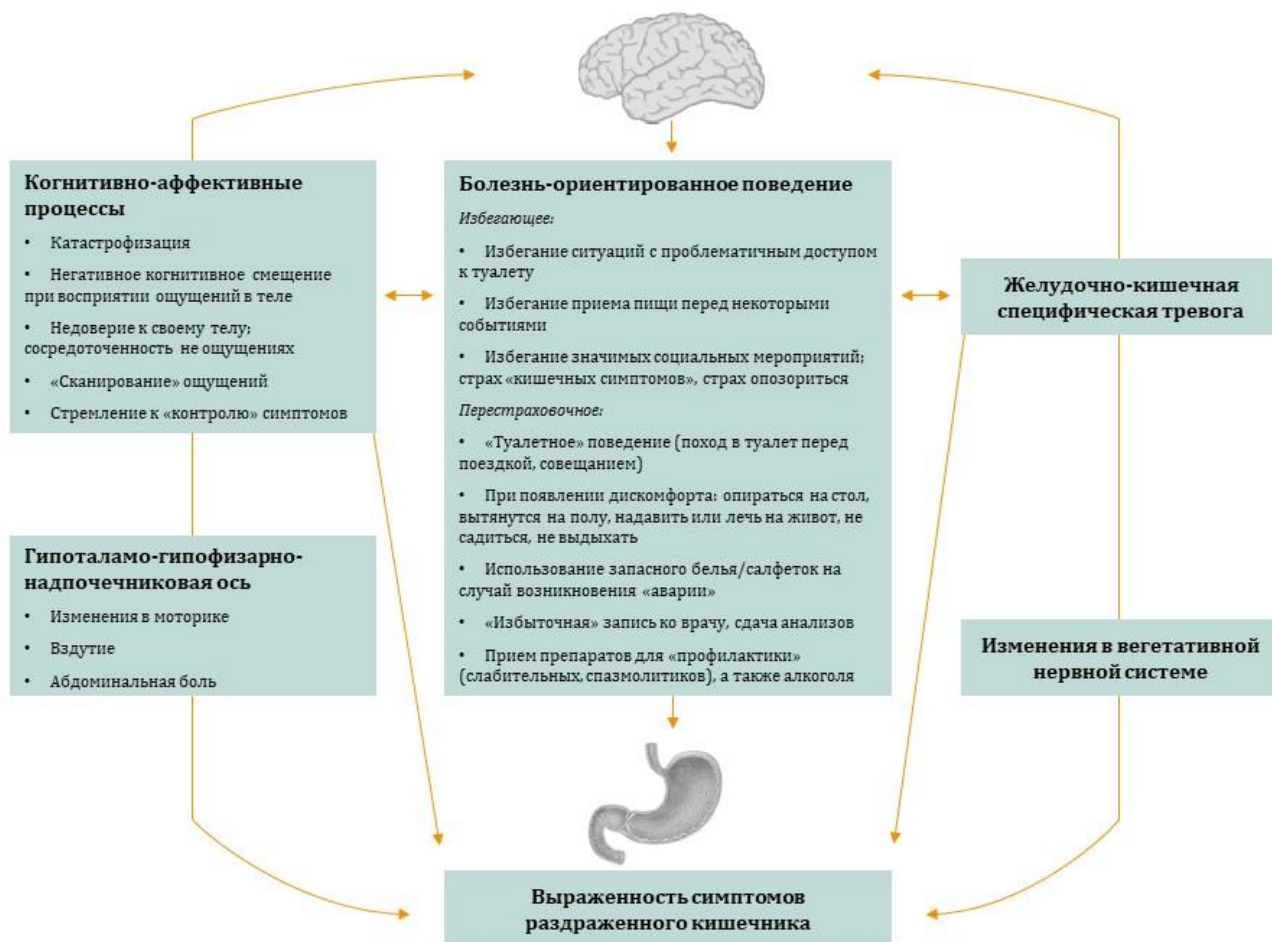
Ось «мозг–кишечник». Афферентный и эфферентные маршруты влияния психологических процессов в провоцировании и поддержании СРК (по Лукасу Ван Оудентхову и соавтр. [43])



Примечание. КРФ – кортизол-релизинг фактор, ВНС – вегетативная нервная система, ГГН ось – гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Общие мишени когнитивно-поведенческой психотерапии interoцептивного воздействия [цит. по 3–5]



ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Структура протокола interoцептивного воздействия «третьей волны» Б. Лцетсона

ШАГ 1	ШАГ 2	ШАГ 3	ШАГ 4
Психообразование	Усиление доверия к собственному телу	Экспозиционная терапия	Противорецидивный план
<ul style="list-style-type: none"> • Психологические провоцирующие и поддерживающие факторы СРК. Составление индивидуальной модели СРК пациента • Гипербдительность, мониторинг симптомов • Желудочно-кишечная специфическая тревога • Избегающее поведение. Стратегии пациента по контролю симптомов. Отрицательные последствия. 	<ul style="list-style-type: none"> • Техники осознанного приема пищи; приема пищи на свежем воздухе, «осознанного» тела • Техника эмоционально осознанного фокусирования (simplified emotion focused mindfulness exercise) • Техника «глаза новичка» (beginner's mind approach) • SOL – трехэтапная поведенческая стратегия минимизации и мобилизации катастрофических мыслей и паники • Усиление физической активности 	<ul style="list-style-type: none"> • Таргетная экспозиционная терапия на стимулы, вызывающие симптомы (продукты питания, физическая активность, стрессовые ситуации) • Снижение «перестраховочного» поведения • Сокращение числа избегаемых ситуаций 	<ul style="list-style-type: none"> • Диатез-стрессовая модель пациента • Триггеры, знаки и симптомы • План совладания

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Структура и содержание сессий протокола КПП interoцептивного воздействия при лечении синдрома раздраженного кишечника Х. Каваниши

Сессия	Содержание	Материалы для проведения терапии
1	<ul style="list-style-type: none"> • Биопсихосоциальная модель СРК • Влияние стресса на пищеварение (энтеральная нервная система) • Повышение осведомленности о связи состояния нервной системы и кишечника 	<ul style="list-style-type: none"> • Нейропсихиатрический скрининг пациента с СРК (VSI, IBS-QOL, SF-36, BDI, STAI) • Графическое изображение индивидуального профиля СРК пациента • Дневник СРК, мониторинг триггеров, усиливающих желудочно-кишечную специфическую тревогу
2	<ul style="list-style-type: none"> • Влияние когнитивно-эмоционального стиля восприятия информации пациента на симптомы СРК • Обучение техникам избирательного внимания к телесным ощущениям 	<ul style="list-style-type: none"> • Индивидуальный поведенческий план избирательного внимания • Общий список оценки симптомов СРК • Мониторинг дистресса, влияющего на кишечные симптомы (на основе дневника СРК)
3	<ul style="list-style-type: none"> • Техники метакогнитивного мониторинга симптомов • Декатастрофизация (когнитивная реструктуризация) ощущений СРК и их оценки 	<ul style="list-style-type: none"> • Протокол декатастрофизации при СРК • Мониторинг дистресса и его влияния на СРК • Дополнение списка триггеров, влияющих на симптом СРК у пациента
4	<ul style="list-style-type: none"> • Минимизация категоричности восприятия симптомов СРК пациентом с помощью когнитивной реструктуризации; • Составление иерархии телесных проявлений при СРК от менее (0) до самых пугающих (10) 	<ul style="list-style-type: none"> • Протокол иерархии экспозиции телесных ощущений; • Мониторинг дистресса и его влияния на СРК
5	<ul style="list-style-type: none"> • Когнитивная реструктуризация по отношению в глубинным убеждениям пациента • Применение interoцептивной экспозиции (in vivo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Нейропсихиатрический скрининг пациента с СРК • Мониторинг дистресса и его влияния на СРК • Поведенческие interoцептивные упражнения (абдоминальный дискомфорт, избегание приема определенных продуктов) • Брошюра для пациента по interoцептивному воздействию in vivo при СРК • Индивидуальная пошаговая инструкция по interoцептивному воздействию in vivo. Видеозапись проведения экспозиции пациентом
6-9	Дальнейшее проведение interoцептивной экспозиции (до 10 баллов избегания) in vivo	<ul style="list-style-type: none"> • Мониторинг проявления СРК • Видеозапись проведения экспозиции пациентом
10	<ul style="list-style-type: none"> • Составление копинг-карточки итогов всех сессий • Персонализированный противорецидивный план • Профилактика минимизации дистресса 	<ul style="list-style-type: none"> • Динамический нейропсихиатрический скрининг пациента с СРК (Visceral Sensitivity Index, IBS-QOL, SF-36, BDI, STAI); • Мониторинг проявления СРК • Протокол минимизации рецидивов • Список положительных достижений • Поведенческий план работы с актуальными проблемами (неудачами)

Мелёхин А.И. Когнитивно-поведенческая психотерапия interoцептивного воздействия при лечении синдрома раздраженного кишечника
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 1–33.

Melehin A.I. Cognitive Behavioral Psychotherapy of Interoceptive Influence in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 1–33.

Информация об авторе

Мелёхин Алексей Игоревич, кандидат психологических наук, доцент, клинический психолог высшей квалификационной категории, сомнолог, когнитивно-поведенческий психотерапевт, Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>, e-mail: clinmelehin@yandex.ru

Information about the author

Aleksey I. Melehin, PhD in Psychology, associate professor, clinical psychologist of the highest qualification category, somnologist, cognitive behavioral psychotherapist. Stolypin humanitarian Institute, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5633-7639>, e-mail: clinmelehin@yandex.ru

Получена: 23.01.2020

Received: 23.01.2020

Принята в печать: 26.05.2020

Accepted: 26.05.2020

Трансформация методологических представлений о «голосах» и вариантах вмешательства специалистов при слуховых галлюцинациях

Сагалакова О.А.

*Алтайский государственный университет (ФГБОУ ВО АлтГУ), г. Барнаул,
Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9975-1952>, e-mail: olgasagalakova@mail.ru*

Жирнова О.В.

*Алтайский государственный университет (ФГБОУ ВО АлтГУ), г. Барнаул,
Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6680-8286>, e-mail: olga.zhirnova.2015@mail.ru*

Труевцев Д.В.

*Алтайский государственный университет (ФГБОУ ВО АлтГУ), г. Барнаул,
Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4246-2759>, e-mail: truevtsev@gmail.com*

Представлен аналитический обзор направлений вмешательства при слуховых галлюцинациях (СГ) в контексте развития представлений о феномене «голосов». Трансформация методологических взглядов идет от понимания галлюцинаций как «восприятий без объекта» и «продукции больного мозга» к признанию связи с раздражителем и значимости субъекта деятельности; от представлений СГ как симптома к анализу перцепции как опосредованной деятельности, дифференциации когнитивной и перцептивной моделей СГ. Изменения в концептуализации определяют современные цели вмешательства. В культурно-деятельностном подходе применяются методы улучшения психологического состояния с опорой на понимание системной природы дефекта психической деятельности. Показаны ограничения сравнения эффективности фармакологического лечения и психотерапии. При разработке научно обоснованных стратегий вмешательства продуктивна интеграция положений культурно-деятельностного подхода и моделей когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ). В рамках «третьей волны» КБТ и терапии, основанной на социальных отношениях, представлены ведущие техники адаптации к «голосам». Понимание механизмов СГ на этапе вмешательства позволяет перейти от задачи адаптации к дефекту - к редукции дистресса, повышению управляемости СГ, преодолению последствий психоза.

Ключевые слова: слуховые галлюцинации, «голоса», тревога, культурно-деятельностный подход, техники «третьей волны» когнитивно-поведенческого вмешательства.

Финансирование: исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 17-29-02420.

Для цитаты: Сагалакова О.А., Журнова О.В., Труевцев Д.В. Трансформация методологических представлений о «голосах» и вариантах вмешательства специалистов при слуховых галлюцинациях [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 34–61. DOI: 10.17759/cpse.2020090202

Transformation of Methodological Understanding about “Voices” and Versions of Interventions by Experts in the Field of Auditory Hallucinations

Olga A. Sagalakova

Altai State University, Barnaul, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9975-1952>, e-mail: olgasagalakova@mail.ru

Olga V. Zhirnova

Altai State University, Barnaul, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6680-8286>, e-mail: olga.zhirnova.2015@mail.ru

Dmitry V. Truevtsev

Altai State University, Barnaul, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4246-2759>, e-mail: truevtsev@gmail.com

An analytical review of the directions for auditory hallucinations (AH) interventions in the context of the development of ideas about the phenomenon of “voices” is presented. The transformation of methodological approaches evolves from the conceptualization of hallucinations as “perceptions without an object” and “production of sick brain” to an acknowledgment of the connection with the stimulus and the significance of the subject's activity; from the concept of AH as a symptom to the analysis of perception as a mediated activity, the differentiation of AH cognitive and perceptual models. Changes in conceptualization determine the contemporary goals of the intervention. In the cultural-activity approach methods are used to improve the psychological state based on the comprehension of the systemic nature of the defect in mental activity. The limitations of comparing the effectiveness of pharmacological treatment and psychotherapy are shown. In the development of evidence-based intervention strategies the integration of cultural-activity approach thesis and cognitive-behavioral therapy (CBT) models is productive.

Within the framework of the “third wave” CBT and therapy based on social relations the leading techniques for adapting to “voices” are presented. Conceptualization the mechanisms of AH allows to move from the goal of intervention related to adaptation in defect – to distress reduction, increase the controllability of AH, to overcoming the consequences of psychosis.

Keywords: auditory hallucinations, anxiety, cultural-activity approach, cognitive-behavioral intervention “third wave” techniques.

Funding: the reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project 17-29-02420.

For citation: Sagalakova O.A., Zhirnova O.V., Truevtsev D.V. Transformation of Methodological Understanding about “Voices” and Versions of Interventions by Experts in the Field of Auditory Hallucinations. *Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 2, pp. 34–61. DOI: 10.17759/cpse.2020090202
(In Russ.)

Введение

Слуховые галлюцинации (СГ), или «голоса», – одно из наиболее ярко выраженных психопатологических проявлений, связанных со значимым дистрессом и резистентностью к терапии. Выявлено, что 60-80% пациентов с расстройствами шизофренического спектра имеют опыт СГ [46], однако данные нарушения встречаются и при других психических расстройствах, а также среди 10-15% населения без психиатрического диагноза [43]. Обозначенная симптоматика связана с повышением риска более тяжелых исходов болезни, например, высокой вероятностью суицидальных мыслей, попыток и завершенных самоубийств среди лиц с подпороговыми психотическими симптомами [51].

Вопрос о терапии СГ и в настоящее время остается острым и дискуссионным, отражает логику развития представлений о «голосах» в различных науках в историческом контексте, а также попытки внедрения в терапию достижений актуальных экспериментов. Действительно, в настоящее время характерна диспропорция между внушительным современным экспериментальным опытом и знаниями о природе галлюцинаций как в рамках отдельных наук, так и в рамках междисциплинарных исследований, и тем, насколько незначительно данный опыт интегрирован в практику диагностики и научно обоснованного вмешательства. Значительный прогресс в нейрокогнитивных и смежных науках в понимании механизмов формирования и поддержания СГ, а также условий, выступающих медиаторами усиления или ослабления СГ и субъективного дистресса, контрастирует с тем, насколько скудно новые научные знания применяются в практике. Более того, наблюдается инерционная приверженность зачастую «архаичным» представлениям о природе «голосов», выраженная стагнация развития представлений о СГ на уровне применения научных знаний. Безусловно, данная

диспропорция не может не сказаться на эффективности терапии СГ и повышении качества жизни пациентов.

Традиционный психиатрический взгляд на галлюцинации как на «ложные восприятия», или «восприятия объекта без объекта» (Ж.-Э. Эскироль), сохраняется и в DSM-5: так, галлюцинации определяются как переживания, не обусловленные наличием внешнего раздражителя. СГ в психиатрии имеют значимую связь с расстройствами шизофренического спектра. Так, К. Шнайдер рассматривал «голоса» как симптомы первого ранга при постановке диагноза шизофрении. Дифференцировка психических явлений на основе «понятных» / «непонятных связей» (К. Ясперс), выделение различных описательных характеристик, констатация СГ как «позитивного симптома» отражают специфический взгляд на природу «голосов» и, соответственно, на вмешательство, нацеленное на редукцию психотического опыта.

Изучение СГ с позиции естественно-научного подхода началось с исследований процессов нервной системы при актуализации галлюцинаций: И.П. Павлов говорил о наличии гипнотической парадоксальной фазы при данном явлении, что соответствовало тормозной теории галлюцинаций (Е.А. Попов). В.К. Кандинский указывал на сочетанную работу возбуждения чувствительных центров и торможения передней коры головного мозга. Высказывались идеи о роли пороговой слуховой чувствительности в галлюцинаторном опыте (М.С. Лебединский, Е.Ф. Бажин), описывались особенности раздражителей, провоцирующие СГ, например, слабый, уменьшающий свою интенсивность сенсорный сигнал (Г.В. Гершуни). На основе экспериментов с использованием монотонных звуковых раздражителей В.М. Бехтереву удалось получить важные закономерности о связи галлюцинаций и реального раздражителя. Исследования в русле физиологического подхода дали почву для дальнейшего экспериментального изучения СГ в психологической науке.

В период становления патопсихологической школы в трудах С.Я. Рубинштейн и Б.В. Зейгарник звучит мысль, что галлюцинации невозможно рассматривать «без наличия обуславливающих их раздражителей во внешней или внутренней среде» [3, с. 150; 4]. Связь между стимулом и галлюцинаторным образом часто представляет собой сложную цепь опосредованных звеньев. Кроме того, слабые раздражители могут быть незаметны наблюдателю, поэтому их фиксация и изучение с помощью непосредственного наблюдения осложняются, но не могут быть подменены представлением об отсутствии этой связи. Помимо абсолютной величины, раздражитель может преломляться неодинаковой значимостью для субъекта того явления, сигналом которого выступает стимул.

С.Я. Рубинштейн в ходе многолетних экспериментальных исследований качественных свойств СГ у пациентов различных нозологических групп приходит к пониманию «голосов» как нарушения, имеющего единую логику развития на фоне протекания жизнедеятельности при тех или иных нарушениях нервной системы и связанного с *деятельностью прислушивания* [4]. С.Я. Рубинштейн высказывала предположение о принципиальной возможности доказать экспериментально, что

все галлюцинации являются *функциональными*, отмечая при этом, что разделение нарушений восприятия на иллюзии и галлюцинации является условным и приводит к ложным представлениям о патологии перцептивной деятельности. Очевидно, что опора на метод наблюдения вне экспериментального исследования не может привести к адекватным выводам. В исследованиях С.Я. Рубинштейн показана важнейшая роль активного субъекта перцептивной деятельности, ее личностно-мотивационной направленности [там же].

Можно сказать, что в ранних концептуализациях галлюцинации рассматривались как *восприятие не только «без объекта», но и «без субъекта»*, как некий продукт «больного мозга» или патологического состояния в головном мозге. Обнаружение собственно физиологической основы состояния не равнозначно объяснению психопатологического явления. По мысли С.Я. Рубинштейн, оно есть результирующая реакция субъекта деятельности (опосредованная его мотивами и задачами) с нарушенным функционированием мозга на внешнее воздействие [4].

В современном экспериментальном исследовании получены данные о том, что избегание галлюцинаторного опыта выступает контрпродуктивной стратегией реагирования, сопровождается *усилением характеристик «голосов»*, что определяется как ситуация *тревожного прислушивания* [50]. Роль тревоги в деятельности прислушивания, а также и направленного избегания прислушивания, связанная со значимыми текущими мотивами личности, – важнейший предиктор усиления как СГ, так и субъективного дистресса от СГ, в рамках общей интенсификации *дезорганизирующего влияния тревоги в ситуации напряжения, стресса оценивания* [7].

В настоящий момент в науке выделяются две главенствующие модели СГ: перцептивная и когнитивная. В перцептивной модели «голосов» актуализация СГ обусловлена патологической работой мозговых систем при распознавании перцептивных стимулов, что косвенно подтверждается в многочисленных исследованиях, например, при изучении эффектов транскраниальной магнитной стимуляции [12] и транскраниальной стимуляции постоянным током при СГ [38]. Наряду с этим была выявлена зависимость между наличием «голосов» и толщиной слуховой коры головного мозга [22]. Когнитивная модель, напротив, отмечает нарушение способности распознавать внутренние неперцептивные образы (внутреннюю речь, ментальные образы и т.п.), а также выявляет связь СГ с навязчивостями [39]. В рамках когнитивной модели «голосов» приводятся эмпирические факты, показывающие недостаточность рассмотрения СГ как сугубо физиологического феномена: например, обнаружено, что СГ не влияют на процесс решения аудиальных задач [26].

Таким образом, в научной концептуализации наблюдается ряд значимых трансформаций представлений о механизмах СГ, способствующих более системному осмыслению феномена и определяющих общий ландшафт современных направлений терапии. Произошел переход от понимания СГ как восприятия «без объекта» к признанию наличия раздражителя как неотъемлемой составляющей всякого перцептивного акта, однако чья связь с искаженным перцептивным образом

может быть замаскирована и неочевидна при непосредственном наблюдении. Рассмотрение галлюцинаций как «продукции больного мозга» трансформировалось в понимание важнейшей роли субъекта перцептивной деятельности в условиях болезни. Переход от понимания СГ как симптома болезни, принципиально отличного от восприятия в норме, к пониманию перцепции как опосредованной мотивами и социальными задачами деятельности субъекта позволил выйти на новый уровень понимания природы «голосов». Более того, дифференциация когнитивной и перцептивной моделей СГ (неврологический, когнитивно-поведенческий, метакогнитивный подходы) наряду с обобщением актуальных знаний о психотических расстройствах (культурно-деятельностный подход) позволили сместить исследовательский и терапевтический акценты с констатации и классификации СГ на изучение закономерностей формирования и поддержания СГ. Данные трансформации обеспечивают новый взгляд и на вмешательство.

Значимым свойством СГ в контексте проблемы эффективного вмешательства выступает высокая распространенность командных вербальных галлюцинаций, которая в среднем у взрослого населения с психическими расстройствами составляет 53% [46]. Фрагментарность эмпирических данных и фактически отсутствие системного осмысления психологических механизмов СГ приводят к уточнению мишени терапии: адаптация пациентов к «голосам» и минимизация дистресса в жизнедеятельности.

Поиск адекватной концептуализации СГ и соответствующих стратегий научно обоснованной терапии приводит к выделению следующих современных методов психологического вмешательства.

1. Методы «третьей волны» КБТ:

(а) КБТ, направленная на работу с вниманием и процессуальными свойствами психических процессов, например, Mindfulness, Acceptance, Compassion [20; 36];

(б) Cognitive therapy for command hallucinations (COMMAND) – метакогнитивный тренинг развития устойчивости к командным галлюцинациям в контексте изменения отношения к власти «голосов» [16].

2. Методы объективирования «голоса» и отработки навыков ассертивности с объектом замещения СГ и повышения субъективной управляемости СГ, или терапия, основанная на социальных отношениях:

(а) Relating therapy, заместителем в которой является партнер в межличностных отношениях [30];

(б) Avatar therapy (AVATAR) – терапия с объектом в виде цифрового аватара, соответствующего по голосовым характеристикам СГ и управляемого для уменьшения власти «голосов» [23].

Особого внимания заслуживает рассмотрение современного отечественного осмысления психотического состояния как путь к построению психотерапии СГ.

Описание специфики проведения и эффективности различных видов психотерапии СГ и, соответственно, тех центральных психологических компонентов «голоса», на которые нацелено вмешательство, диктует важность сопоставления фармакотерапии и терапии с помощью психологических методов по значимым показателям.

Комплексный подход к лечению «голосов» или психологическое вмешательство: трудности сравнения эффективности фармако- и психотерапии

В настоящий момент применение антипсихотических препаратов при шизофрении, в том числе при СГ, – основное направление лечения психопатологического процесса. Осмысление психических расстройств в рамках биопсихосоциального подхода и поиск биогенетических и нейротрансмиттерных факторов развития шизофрении в сочетании с данными о сглаживании/редукции психотической симптоматики у части пациентов при использовании препаратов приводят к необходимости учета роли биологических факторов и условий болезни. На основе семейных и близнецовых исследований шизофрения определяется в большей степени как генетическое заболевание, однако в недавней статье показано, что близнецовый метод преувеличивает роль генетического компонента патогенеза данного психического расстройства [48]. Переход к изучению в том числе и средовых, психологических факторов и к анализу взаимодействия генов и окружающей среды, «личности в ситуации» может ускорить и качественно изменить траекторию исследований генеза и устойчивости симптоматики.

При фармакологическом лечении «голосов», как правило, достигается сглаживание интенсивности симптомов, однако их сохранение и рецидивирование вероятно в 50% случаев [46]. Проведение комплексного лечения СГ с помощью фармако- и психотерапии определяет достижение максимального эффекта лечения. В случае резистентности симптома к фармакотерапии, а также противопоказаний, например, при непереносимости побочных эффектов остается только выбор независимой линии вмешательства – психотерапии. Грань рассматриваемой проблемы оформляется в дискуссию об альтернативности антипсихотического и психологического видов вмешательства, которая в клинической практике может быть сформулирована, например, в таком вопросе: следует ли предлагать пациентам самостоятельный выбор между фармакотерапией или КБТ, особенно в связи с тем, что негативные последствия долгосрочного медикаментозного лечения все чаще признаются и предаются широкой огласке [40]? Либо же психологическое вмешательство является дополнением к антипсихотикам, выступает вспомогательным вторичным направлением лечения?

Прямое оценивание эффективности антипсихотического лечения и различных вариантов психотерапии с помощью рандомизированных контролируемых исследований является, казалось бы, рядовой задачей и не ассоциировано со множеством ограничений. Однако проведенное масштабное сравнение эффективности разных вмешательств посредством анализа данных 53 исследований психотерапии и 80 исследований фармакотерапии выявило ряд принципиальных

моментов планирования, осуществления и оценки вмешательств, которые ставят под сомнение саму возможность прямого сопоставления этих видов лечения [14; 34]. В рассматриваемых психологических работах были представлены эмпирические данные о психотерапевтическом эффекте следующих распространенных видов вмешательства: КБТ, Mindfulness, Acceptance and commitment therapy (ACT), метакогнитивный тренинг, консультирование, основанное на личном опыте, интегративная терапия, фокусирующаяся на галлюцинаторном синдроме, AVATAR).

Выявлено, что уже на этапе отбора пациентов существовали значительные различия между выборками [14; 34]. Например, пациенты в исследованиях эффекта антипсихотиков имели более высокий балл по шкале Positive and Negative Syndrome Scale, более длительное течение болезни и были несколько старше по сравнению с пациентами, участвующими в исследованиях оценки психотерапии [13].

Обостряется вопрос о критериях исключения пациентов, а также о тех причинах самостоятельного прерывания того или иного лечения, которые накладывают ограничения на репрезентативность получаемых эмпирических результатов. Выборка при изучении антипсихотического лечения значительно превосходила по численности сравниваемую с ней выборку [13]. Изучение психологического вмешательства проводилось преимущественно на территории одной страны, оценка антипсихотиков – в нескольких исследовательских центрах различных стран. В продолжение анализа мест проведения терапии одним из ограничений выступает собственно специфика условий получения лечения: 86% пациентов при фармакотерапии находились на стационарном лечении, в то время как при психотерапии в стационаре пребывали только около 26% пациентов [там же].

При оценке психотерапевтических вмешательств отмечается тенденция более продолжительного по времени изучения эффектов, чем при исследовании эффекта антипсихотиков. В психологических работах оценка долгосрочной эффективности психотерапии могла проводиться, например, и через 24 недели, и через 18 месяцев, в то время как средняя продолжительность исследования эффекта антипсихотиков составляла около 6 недель. Наряду с этим особенности контрольных групп в данных экспериментах качественно различны: при психотерапии обычно применяется целый спектр контроля, например, лист ожидания, обычное лечение, а также другие виды психотерапии, не нацеленные на психотическую симптоматику; для исследований эффектов фармакотерапии используется плацебо-контроль. Кроме того, исследование психотерапии не может быть двойным слепым, как при проведении фармакотерапии [13].

Помимо отличий на разных этапах процедуры сравнения данных видов терапий, осмысливается дискуссия о роли личных интересов получения завышенной оценки при психотерапии, например, когда исследователь сам проводит психологическое вмешательство, и фармакотерапии, например, при спонсировании экспериментального изучения фармакологическими компаниями. Преследование обозначенных побочных целей нередко образует высокий уровень конфликта интересов при обоих видах вмешательства.

Таким образом, непосредственное сравнение эффективности фармако- и психотерапии вследствие различных важных условий, в том числе фундаментальных отличий проведения и качества получаемого результата (при фармакотерапии – убрать симптом, при психотерапии – реорганизовать нарушенную психическую деятельность или адаптировать пациента к сохраняющимся «голосам») может привести к ошибочным данным. Психо- и фармакотерапия, следовательно, не выступают альтернативами в лечении СГ. Комплексное вмешательство, в том числе участие пациента на разных стадиях течения заболевания в том или ином виде терапии, является наиболее желательной стратегией в русле мультидисциплинарного подхода. Специфические условия, препятствующие такому лечению, подчеркивают необходимость грамотного осмысления психологических механизмов формирования, поддержания «голосов», т.к. концептуализация симптома в научной модели обеспечивает повышение эффективности вмешательства.

Яркость и внешне наблюдаемая «оторванность» от содержания бредовой и галлюцинаторной симптоматики, часто резко возникающая психотическая вспышка, вероятно, создавали препятствия понимания объективно существующей связи психологических, социальных явлений и симптома, поддерживали концепцию «схизиса» психики. Основополагающий принцип общности протекания психической деятельности в норме и патологии, понимание психики как социально опосредованной и знаковой по своим происхождению и строению (Л.С. Выготский, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн) опровергают мысль о возможности вмешательства при СГ исключительно на уровне биохимической регуляции. Психологическая работа с «голосами» означает не прямое влияние на них, а опосредованное воздействие с помощью когнитивной и метакогнитивной регуляции на основе разных психологических средств, например, речевого и символического опосредствования при AVATAR.

Культурно-деятельностный подход: системный анализ дефекта при психозе и комплексная направленность психотерапии

В контексте изучения механизмов и условий формирования и поддержания психотических симптомов в отечественной психологии развиваются идеи Л.С. Выготского, А.Р. Лурия, А.Н. Леонтьева в рамках культурно-деятельностного подхода. Для отечественной пато- и нейропсихологической парадигм характерны такие категории, как социальная ситуация развития, совместная деятельность, высшие психические функции и т.п. Высшие психические функции (ВПФ) отличаются опосредованным системным строением, произвольной регуляцией, осознанностью, социальным характером их развития в контексте получения социально-культурного опыта в процессе общественной жизнедеятельности.

Синдромный анализ в клинической психологии как реализация культурно-деятельностного подхода базируется на закономерностях развития ВПФ, сопоставлении нормы и патологии протекания психической деятельности в контексте признания общности их механизмов, изучении особенностей личности в условиях болезни в противовес сведению всей сложности психических процессов

и явлений при расстройствах к сфокусированности на болезни. Выделение первичных нарушений в системе психической деятельности, вторичных нарушений и третичных компенсаторных личностных перестроек отражает динамику качественных изменений в патологических условиях, что позволяет определить синдромообразующее расстройство и, соответственно, средство управления дефектом. Таким образом, снимается вопрос относительно диалектики «симптом – механизм» при выборе целей вмешательства; симптом как внешнее отражение сложного психического процесса не выступает единицей психологического анализа «личности в ситуации», внимание в отечественном подходе отводится квалификации нарушений психической деятельности [3; 4; 6; 7; 11].

Вышеуказанное объясняет рассмотрение фундаментальных механизмов протекания психической деятельности при психотическом состоянии как системный дефект. Отмечается, например, что у пациентов с шизофренией (СГ чаще встречаются при данном расстройстве) нарушены социальные навыки: социальное восприятие и понимание эмоций, стратегии решения сложных ситуаций межличностного взаимодействия, особенности вербальной коммуникации и т.п. [10]. Зарубежные исследователи определяют однофакторность модели социального познания, включающей представления о процессуальности обработки эмоций и Theory of mind (модель психического) [19]. L. Mike и соавторы заключают, что определить четкую и непротиворечивую структуру социального познания при шизофрении представляется сложной научной задачей [37], что, вероятно, отражает недостаточность методологического аппарата и теоретических положений ряда зарубежных исследований [11].

Обозначенная проблема в отечественной психологии решается путем качественного описания системного дефекта социального познания при данных расстройствах, что заключается в рассмотрении синдромной взаимообусловленности операционально-технического, поведенческого, регуляторного и мотивационного компонентов психической деятельности при выделении снижения социально-коммуникативной направленности личности и явления социальной ангедонии как синдромообразующего нарушения – нарушения мотивационного компонента [5; 9]. Вероятно, обозначение снижения социальной ангедонии как первичного нарушения эмоционально-личностной сферы при расстройствах шизофренического спектра и фокус психотерапии на этих особенностях опосредованно могут влиять на всю картину психопатологических проявлений, в том числе в отношении переживания галлюцинаторного опыта. Наиболее значимыми в практической сфере являются работы А.Б. Холмогоровой и соавторов для пациентов, имеющих шизофрению: тренинг социальных и когнитивных навыков [10], мотивационный тренинг [9].

У детей и подростков при шизофрении выявлены особенности социальной ситуации развития, эмоциональной сферы в контексте соотношения экспрессивного и импрессивного компонентов, нарушения избирательности мышления, а также вариативность нейropsychологического статуса при том или ином течении патологического процесса [1; 2; 8]. Взаимосвязь особенностей мыслительной деятельности и ассоциативного процесса при предъявлении стимулов различной

модальности определяет возможности интегративного подхода к осмыслению галлюцинаторных переживаний.

«Третья волна» КБТ в работе с психозом и «голосами»: техники редукиции дистресса

КБТ – структурированная терапия, ориентированная на решение текущих проблем и обучение навыкам изменения дисфункциональных убеждений и неадаптивного поведения. На протяжении трех последних десятилетий КБТ продолжает свое интенсивное развитие в плане повышения эффективности лечения у большей категории пациентов, расширения перечня показаний к психотерапии, улучшения возможностей реализации техник. В рамках «третьей волны» КБТ формулируются подходы, сконцентрированные на особенностях внимания и динамических свойствах психических процессов.

The National Institute for Health and Care Excellence при лечении психотических состояний, в том числе при СГ, наряду с использованием препаратов рекомендуют проводить КБТ. В рамках программы по улучшению и расширению доступа к психотерапии техники КБТ были модифицированы для психотических состояний, например, комбинированные индивидуальная КБТ и семейная терапия [29], управляемая самопомощь [41].

P. Chadwick и коллеги адаптировали техники Mindfulness для психозов: работа включает психообразование по формированию осознанного отношения к своему состоянию, минимизацию дистресса по поводу нарушений, например, паранойи и СГ, реализацию разных по времени психологических техник. Особое внимание уделяется процессам обработки и обобщения опыта, закреплению и поддержанию адаптивных когнитивных и поведенческих изменений, работе с процессами управления вниманием. При оценке эффекта вмешательства техник Mindfulness у пациентов с СГ обнаружена редукиция дистресса из-за «голосов» при сохранении позитивной симптоматики [20].

Ранние исследования психотерапевтического эффекта АСТ при психотических состояниях показали обнадеживающие результаты [27], что способствовало активному внедрению этого вида терапии в практическую деятельность и последующей разработке и экспериментальной оценке данного вида вмешательства. При сравнении эффектов Acceptance-based КБТ и формирования «дружественного» отношения к командным галлюцинациям выявлено некоторое улучшение состояния при использовании Acceptance-подхода на фоне сохранения позитивных симптомов [45]. Пилотный эксперимент использования АСТ при депрессивных психотических состояниях также дал многообещающие результаты [28].

Другой вид техник «третьей волны» КБТ – Compassion focused therapy. Эти техники базируются на принципах и достижениях нейронаук и эволюционной психологии. В терапии во главу угла ставится эмпатия и включенность в переживания страдания, стыда, в самокритику пациента, что особенно актуально

для превенции критикующих, отдающих распоряжения, галлюцинаторных переживаний, наиболее часто пугающих пациентов. Формирование адаптивных стратегий для людей с психозом включает разработку образа идеального воспитателя для противостояния влиянию СГ уничижающего характера, техники написания «самосострадающего» письма и т.д. [18].

В работе S. Louise и коллег представлено сравнение эффективности ведущих техник «третьей волны» КБТ при психозах – Mindfulness, Acceptance и Compassion, – осуществленное посредством метаанализа 10 рандомизированных контролируемых исследований. В исследованиях групповые вмешательства, основанные на Mindfulness-техниках, показали более значимый психотерапевтический эффект, чем, например, индивидуальные подходы и техники Acceptance. Отсроченная оценка методов «третьей волны» КБТ в целом показала значимый эффект лечения в отношении симптомов депрессии, однако существенного влияния на позитивные и негативные симптомы, переживание дистресса при галлюцинациях, функционирование/инвалидность обнаружено не было. Отмечается, что техники, базирующиеся на Mindfulness, характеризуются достижением относительно стабильного результата (при существующих ограничениях) в лечении психотических состояний; методы «третьей волны» КБТ могут способствовать улучшению общего психического состояния при психотических симптомах [36].

КБТ при психозе стала предметом многих научных исследований во всем мире, терапия включается в многочисленные эмпирически обоснованные руководства по лечению, публикации и учебные материалы. На фоне обнадеживающих результатов направления «третьей волны» КБТ поднимаются проблемы относительно недостаточности имеющихся знаний, «белых пятен» в логике выстраивания взаимодействия, выбора и синергии между фармакотерапией, семейными и социальными вмешательствами и техниками КБТ [32].

Тренинг COMMAND: развитие устойчивости к командам «голосов» и редукция поведения, направленного на поиск безопасности

В рамках когнитивной модели «голосов», разрабатываемой группой авторов во главе с M. Birchwood, отмечается, что не только уровень интенсивности СГ или их тематическое содержание, но и характер отношений с персонифицированным «голосом» определяет особенности поведения и психологического состояния человека [15]. Приверженность подчинению приказам и снятие напряжения по этому поводу существенны, когда пациент полагает, что «голос» имеет недоброжелательное намерение и, что особенно важно, способен нанести ущерб. Стратегия «поведения, направленного на поиск безопасности» в виде подчинения «голосам» выступает тем патологическим механизмом, который поддерживает СГ и препятствует выработке альтернативных стратегий реагирования [21]. Данные основания способствовали образованию метакогнитивного тренинга COMMAND как самостоятельного вида КБТ, нацеленного на развитие устойчивости пациента к «голосам» и их командам.

Специфичность взгляда на предмет психотерапевтического вмешательства обуславливает интерес к COMMAND-терапии. Цель COMMAND заключается

в планомерном развитии сомнения о всемогуществе СГ, способности подвергать критике убеждения о силе «голосов», что обеспечивает изменения в отношениях к галлюцинаторному опыту и поведенческом реагировании, а именно переход от необходимости подчиняться командам к расширению спектра реагирования, а также редуцированию дистресса и «поведения, направленного на поиск безопасности». Показано, что при применении симптомо-ориентированных техник дистресс, связанный с галлюцинациями, имеющими командный характер, снижался, что интерпретировалось как доказательство в пользу целесообразности использования методов, направленных на работу с конкретными проявлениями болезни [42].

Пилотный эксперимент с использованием COMMAND при высоком риске закрепления поведения, направленного на поиск безопасности, обусловленного недавним опытом (не позднее 9 месяцев) соблюдения приказов «голосов» и снятием вследствие этого напряжения, обнаружил значимое снижение показателя подчинения командам СГ в течение 12 месяцев. Снижение количественного показателя сопровождалось изменением отношения к «голосам», их воспринимаемой силе, некоторой редукцией дистресса и депрессивных симптомов. Однако в долгосрочной перспективе полученный эффект не был устойчивым; как и было сформулировано в гипотезе, перестройки не касались изменения частоты и интенсивности СГ [49].

М. Birchwood и коллеги провели оценку эффективности COMMAND у пациентов, имеющих командные СГ не менее 6 месяцев, приводящие к эпизодам причинения вреда себе и/или другим людям. Испытуемые образовали следующие группы: 1) группа, участвующая в терапии COMMAND и принимающая одновременно обычное фармакологическое лечение; 2) группа с фармакотерапией. При этом обе группы проходили лечение в течение 9 месяцев. Через 18 месяцев 46% пациентов во второй группе соблюдали приказы СГ, в первой группе данный показатель составил 28%. Однако при оценивании результатов COMMAND непосредственно после терапии не было обнаружено значимого эффекта, что рассматривалось как явление отсроченной эффективности метакогнитивного тренинга на основе сложности перестройки выработанных стратегий поведения и отношения к «голосам». Дискуссионным остается вопрос, являются ли отмеченные после 18 месяцев изменения обусловленными психотерапевтическим вмешательством или имеет место влияние побочных переменных и третьих факторов [16]. С одной стороны, терапия COMMAND зарекомендовала себя как принципиально иной подход к целям работы со СГ, акцентируя качественные особенности переживаний человека в виде отношения к галлюцинаторным проявлениям. С другой стороны, не претендуя на устранение «голосов», терапия показала недостаточную устойчивость в редукции дистресса при СГ.

Важно отметить, что резистентность к вмешательству поведения, направленного на поиск безопасности, отмечена и в эксперименте F. Shawyer [45] при использовании техник Acceptance-based, что обостряет вопрос относительно выбора цели терапии, а также реконцептуализации значимой роли регуляции тревоги и ее дезорганизирующего влияния на психику.

Relating therapy при СГ: изменение отношения к «голосам» и формирование навыков ассертивности в межличностном взаимодействии

В продолжение развития ориентированного на СГ вида психотерапии высказываются идеи о необходимости формулировать подход, сконцентрированный на ключевых процессах адаптации к сохраняющимся «голосам» [47]. Отмечается, что аналогичный подход при параноидных убеждениях был успешно использован [25] и показал более значительную эффективность, чем общие, нацеленные на всю сферу психики, техники КБТ. Примечательно, что и метакогнитивные тренинги, в том числе COMMAND, сфокусированные на конкретных симптомах и механизме «поведения, направленного на поиск безопасности» [16], не показали редукцию дистресса в перспективе, что выступало приоритетом вмешательства.

В результате поиска важных для терапии особенностей СГ в серии экспериментов было обнаружено, что пациенты имеют отношения со СГ, отличающиеся интрузивностью и собственной подчиняемостью приказам «голосов», которые связаны с дистрессом, имеющим сходство с межличностными отношениями пациента в социальной среде [15]. Патологичность интерперсональных отношений часто поддерживается покорным и/или агрессивным реагированием пациента [47], что сместило фокус внимания при терапии на изменение неадаптивных форм отношений пациента посредством обучения навыкам ассертивности в коммуникации.

Опора на специфические симптомы и рассмотрение особенностей межличностных отношений как механизма, связанного с дистрессом при СГ, приводит к разработке Relating therapy, базирующейся на принципах теории отношений J. Birtchnell (2001) [17] и интерперсональной модели КБТ к «голосам» M. Birchwood (2004) [15]. Relating therapy, или терапия отношениями, выходит в контекст рассмотрения особенностей широких социальных отношений и формирования навыков ассертивности при взаимодействии с заместителем «голосов», которым выступает партнер в общении.

T. Lincoln и E. Peters при проведении метаанализа актуальных исследований особенностей и возможностей психотерапии, ориентированной на работу с бредовыми идеями и галлюцинациями, акцентируют внимание на двух экспериментах, показавших наиболее обнадеживающие результаты в отношении минимизации дистресса при «голосах» [35]. Одним из этих экспериментов выступает оценка эффективности КБТ посредством самопомощи при СГ (Guided self-help cognitive-behaviour Intervention for Voices; GiVE) [31]. В другом исследовании рассматривалась Relating therapy, нацеленная на изменение «подчиненных» и «негативных» стилей отношения к «голосам» в рамках тренинга ассертивности как к галлюцинациям, так и к другим людям в сфере социального взаимодействия, а также на основе опыта межличностных паттернов привязанности личности. Сообщалось о самых высоких показателях эффекта минимизации дистресса при СГ и влияния «голосов» как симптомов, являющихся первостепенными предметами вмешательства. При Relating therapy был выявлен большой значимый эффект спустя

20 недель, положительное влияние непосредственно и отсрочено выявлено для ряда вторичных целей лечения, включая депрессию и общее самочувствие [30]. Вместе с тем в данных экспериментах рассмотрено большое количество вторичных последствий лечения, что в сочетании с относительно небольшими по численности, нерепрезентативными выборками создает ограничения для обобщения полученных результатов.

Наряду с закономерным получением завышенного эффекта в пилотных экспериментах, полученные эмпирические данные согласуются с обозначенными в литературе положениями, что ощущение себя беспомощным и подконтрольным другим потенциально выступает предиктором дистресса при СГ [15].

Relating therapy, с одной стороны, представляет собой симптомоориентированную технику, с другой стороны, строится на основе общепсихологической категории «отношение», что говорит в пользу рассмотрения терапии как более общего подхода. Выход вмешательства в сферу межличностных отношений и развитие навыков социальной устойчивости у пациента способствуют повышению его адаптации. Это согласуется с современным опытом отечественных исследователей в контексте улучшения самочувствия в целом при психотических состояниях.

AVATAR терапия при СГ: новый метод психологического вмешательства

Представления о «голосах» как имеющих источник, раздражитель, роли субъекта деятельности – значимое достижение, экспериментально доказанное С.Я. Рубинштейн, находит свое отражение и в разработке современных интегративных стратегий психотерапевтического вмешательства с выходом на метакогнитивный уровень регуляции неприятных переживаний и использованием знаково-символических средств организации опыта.

В рамках Relating-подхода к СГ, показавшего относительно хорошие результаты, обозначается самостоятельный вид психотерапии – AVATAR как диалог с цифровым изображением, или аватаром (воплощением), предполагаемого источника СГ. AVATAR отличается возможностью локализовать «голос» и объективировать, соответственно, отношения с «голосом» в контексте индивидуально-личностного опыта человека, а также воспроизвести в общении с аватаром такие ключевые межличностные характеристики, как влияние «голоса» и его речевые свойства (высота, тональность и т.д.) [30]. Терапевт выступает активным субъектом взаимодействия, гибко переключается между ролями в качестве психотерапевта и аватара, организует диалог, в котором пациент постепенно приобретает все более выраженную силу и контроль в отношениях с «голосом», причем последний исходно и далее в процессе вмешательства теряет свою власть над пациентом, становясь все более доброжелательным [24].

В пилотном эксперименте сравнения эффектов AVATAR и обычного лечения у пациентов с хроническими или доминирующими преследующими «голосами» обнаружены значительное снижение частоты, интенсивности дистресса, редукция

всемогущества и недоброжелательности «голосов» посредством использования техник AVATAR [33].

Широкое использование техник AVATAR и проведение эмпирических исследований проверки их эффективности связано с работами группы ученых во главе с Т. Craig. Ими проведен наиболее крупный рандомизированный контролируемый эксперимент, в котором техника AVATAR сравнивалась по показателям эффективности с поддерживающим консультирующим вмешательством, направленным на широкий спектр психологических явлений [23]. Авторы исследования осуществили аналогичное сравнение техник в контексте масштабного слепого рандомизированного контролируемого исследования. В исследовании участвовали пациенты, имеющие психиатрический диагноз группы шизофрений или аффективных расстройств с психотическими симптомами, для которых были характерны устойчивые к терапии вербальные СГ, актуализирующиеся в течение последних 12 месяцев. Короткая целевая терапия AVATAR была более эффективна после 12 недель, чем поддерживающее консультирование, в направлении минимизации интенсивности постоянных вербальных СГ. На фоне влияния AVATAR на частоту, субъективную власть «голоса» и дистресс, а также терапевтического эффекта на вторичные симптомы обнаружено, что спустя 24 недели показатели группового сравнения не остались значимыми как в отношении первичных, так и вторичных целей вмешательства. Кроме того, AVATAR не оказала влияния на восприятие «голосов» как злонамеренных, а также на аффективную психотическую симптоматику [23].

В исследовании O. du Sert, направленном на оценку психотерапии СГ с использованием компьютерных технологий, сравнивали эффективность «виртуальной» терапии и фармакотерапии в сочетании с обычными встречами с клиницистами. Выявлено, что «виртуальный» диалог с «голосами» приводит к значительной минимизации дистресса, связанного с опытом СГ, депрессивных симптомов и оказывает влияние на улучшение качества жизни, что отмечалось в течение трехмесячного периода наблюдения. Исследователи делают вывод, что подходы с использованием технологий виртуальной реальности являются многообещающим направлением вмешательств для резистентных СГ при шизофрении, однако небольшая численность испытуемых в данном эксперименте создает известные ограничения репрезентативности получаемых данных [44].

Техники AVATAR, объективируя голос в другом (цифровом представителе), имеют цели трансформации отношений и установления некоторой договоренности с «голосами», однако сам путь восприятия собственных психических процессов как «чужих», по мнению Б.В. Зейгарник, и приводит к дезорганизации психической деятельности. Поэтому данный вид терапии требует своей реконцептуализации в более системном методологическом осмыслении психической деятельности, закономерностей ее протекания в норме и патологии.

Техники воплощения «голоса» не имеют целью влияние на природу СГ, а стремятся решить наиболее актуальные затруднения пациента, особенно с симптомами командных «голосов».

Тем не менее, использование психологического средства (символическое воплощение) согласуется с принципами построения вмешательства в контексте культурно-деятельностного подхода. Вероятно, обнаруженная методологическая противоречивость AVATAR при более полном осмыслении в русле обозначенного подхода, описании сложных отношений экстериоризации и интериоризации «голосов» как продолжение логики терапии СГ может осветить проблему механизмов формирования галлюцинаторного опыта.

Выводы

Методологическая концептуализация механизмов формирования и поддержания СГ претерпела значительные трансформации, пройдя путь от понимания галлюцинаций как восприятий *без объекта и без субъекта*, принципиально отличных по своим механизмам возникновения от восприятия в норме, – к пониманию галлюцинаций как искаженной перцептивной деятельности субъекта, опосредованной мотивами и задачами, протекающей в измененных болезнью условиях, подчиняющейся тем же законам, что и в норме (при этом раздражитель может быть неочевиден при непосредственном наблюдении без использования эксперимента, что и приводит к ложным выводам о природе СГ). Современное представление о СГ в науке и объем полученных экспериментальных данных не всегда своевременно внедряется в практику диагностики и вмешательства. В связи с этим аналитическая систематизация современных стратегий вмешательства при СГ позволяет внести определенную упорядоченность в понимание общей интегративной направленности терапии и тех задач, которые могут быть решены в настоящий момент, а также способствует определению путей дальнейшего развития данных идей. Кроме того, принципиальные ограничения сравнения эффективности фармако- и психотерапии, толерантность значимой части пациентов к антипсихотикам наряду с существованием противопоказаний к фармакотерапии определяют значимость научной концептуализации «голосов» и формирования доказательных психологических методов вмешательства. Логика развития психотерапии СГ как продукта актуальных достижений науки отражает следующие тенденции.

1. Фокус на общее состояние vs. ориентированность на симптом. В целом подходы в психотерапии имеют как значимые достижения, так и существенные направления критики, однако симптомо-ориентированные техники в виду известной конкретизации, вероятно, могут упускать из виду те основополагающие нарушения, которые лежат в основе всего разнообразия клинической картины.

2. Нацеленность на минимизацию дистресса при сохранении «голосов». Приспособление к психопатологическим проявлениям, являясь на данном этапе развития науки приоритетом лечения, в трудах Л.С. Выготского осмыслялось как декомпенсаторная перестройка, развивающаяся в обход механизмов формирования и поддержания болезненного процесса.

3. Внедрение компьютерных технологий в условиях активного применения когнитивных, метакогнитивных и социально-коммуникативных техник.

В психотерапевтической деятельности прослеживается ориентировка на мотивационные особенности, на развитие социально-когнитивных навыков, изменение отношения к СГ, особенно в отношении пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Уклон в когнитивную модель «голосов» определяется эмпирической базой, однако интегративное рассмотрение системы «перцепция – когниция – мотивация» может дать более полное и всестороннее изучение и обнаружить важные приемы для психологического вмешательства. Виртуальные средства работы с «голосом», которые включают в себя помимо когнитивного компонента перцептивный, отражающий значимые свойства переживаемого галлюцинаторного опыта, заслуживают отдельного рассмотрения.

В дальнейшем необходимо более детально исследовать роль когнитивной и метакогнитивной регуляции тревоги в условиях стресса при симптомах СГ. Действительно, более важной при вмешательстве часто оказывается минимизация не собственно СГ, а тревоги и ее дезорганизирующего влияния на психическую деятельность. По механизму порочного круга дистресс усиливает первичные симптомы. Обнаруживается системный характер постепенной эскалации СГ. Стоит отметить, что ни один подход или техника не может в настоящий момент претендовать на интеграцию всех современных достижений науки в данном вопросе и постановку наиболее конструктивных задач вмешательства. Вопрос о наиболее эффективных стратегиях вмешательства остается открытым. Представляется продуктивной интеграция положений культурно-деятельностного подхода и моделей КБТ.

Сформулирован вопрос о соотношении и интеграции психо- и фармакотерапии, однако на пути его решения возникают противоречивые точки зрения. Перспективно и методологически смело изучить механизмы возникновения СГ, что позволит перейти от адаптации к СГ к возможностям редуцировать собственно «голоса». Описание первичных и производных нарушений психической деятельности, обобщение пато- и нейропсихологических моделей СГ определяет изучение системных качественных особенностей личности в условиях болезни и обнаружение закономерностей развития и поддержания галлюцинаторного опыта.

Литература

1. *Власенкова И.Н., Зверева Н.В.* Избирательность мышления и особенности ассоциативной деятельности в разных модальностях у детей 8–11 лет в норме и при шизофрении [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 17–29. DOI: 10.17759/cpse.2017060203. (дата обращения: 29.01.2020).

2. *Зверева Н.В., Кутырева Я.С., Казакова М.В.* Восприятие и выражение эмоций подростками в норме и при шизофрении [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 76–92. DOI: 10.17759/cpse.2016050406 (дата обращения: 29.01.2020).

Сагалакова О.А., Жирнова О.В., Труевцев Д.В.
Трансформация методологических представлений
о «голосах» и вариантах вмешательства
специалистов при слуховых галлюцинациях
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 34–61.

Sagalakova O.A., Zhirnova O.V., Truevtsev D.V.
Transformation of Methodological Understanding
about “Voices” and Versions of Interventions by
Experts in the Field of Auditory Hallucinations
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 34–61.

3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1976. 240 с.
4. Рубинштейн С.Я. Экспериментальное исследование обманов слуха // Вопросы патопсихологии. М., 1970. С. 55–69.
5. Рычкова О.В. Структура нарушений социального интеллекта при шизофрении [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2013. Том 6. № 28. С. 11. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n28/811-rychkova28.html> (дата обращения: 02.02.2020).
6. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. Синдром социальной фобии и его психологическое содержание // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Том 117. № 4. С. 15–22. DOI: 10.17116/jnevro20171174115-22
7. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. Синдромно-факторный метод в историческом и современном контексте: возможности исследования социально-тревожного расстройства // Сибирский психологический журнал. 2018. № 70. С. 75–91. DOI: 10.17223/17267080/70/6
8. Строгова С.Е., Сергиенко А.А., Зверева Н.В. Когнитивный дефект при расстройствах шизофренического круга у детей и подростков: психометрический и нейропсихологический подходы к оценке когнитивных нарушений [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 61–76. DOI: 10.17759/cpse.2016050105. (дата обращения: 01.02.2020).
9. Таккуева Е.В., Холмогорова А.Б., Палин А.В. Консолидация достижений организационной и клинической психологии в реабилитации больных шизофренией: интегративная программа мотивационного тренинга // Современная терапия психических расстройств. 2019. № 1. С. 38–48. DOI: 10.21265/PSYPH.2019.36.92.005
10. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А. и др. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Том 17. № 4. С. 67–77.
11. Холмогорова А.Б. Значение культурно-исторической теории развития психики Л.С. Выготского для разработки современных моделей социального познания и методов психотерапии // Культурно-историческая психология. 2016. Том 12. № 3. С. 58–92. DOI: 10.17759/chp.2016120305
12. Bais L., Liemburg E., Vercammen A., et al. Effects of low frequency rTMS treatment on brain networks for inner speech in patients with schizophrenia and auditory verbal hallucinations // Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2017. Vol. 78. P. 105–113. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2017.04.017
13. Bighelli I., Leucht C., Huhn M., et al. Are randomized controlled trials on pharmacotherapy and psychotherapy for positive symptoms of schizophrenia comparable? A systematic review of patient and study characteristics // Schizophrenia Bulletin. 2020. Vol. 46. № 3. P. 496–504. DOI: 10.1093/schbul/sbz090

14. *Bighelli I., Salanti G., Huhn M., et al.* Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis // *World Psychiatry*. 2018. Vol. 17. № 3. P. 316–329. DOI: 10.1002/wps.20577
15. *Birchwood M., Gilbert P., Gilbert J., et al.* Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant 'voice' in schizophrenia: a comparison of three models // *Psychol Med*. 2004. Vol. 34. № 8. P. 1571–1580. DOI: 10.1017/s0033291704002636
16. *Birchwood M., Michail M., Meaden A., et al.* Cognitive behaviour therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations (COMMAND): a randomized controlled trial // *Lancet Psychiatry*. 2014. Vol. 1. № 1. P. 23–33. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)70247-0
17. *Birtchnell J.* Relating therapy with individuals, couples and families // *Journal of Family Therapy*. 2001. Vol. 23. № 1. P. 63–84. DOI: 10.1111/1467-6427.00169
18. *Braehler C., Gumley A., Harper J., et al.* Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial // *British Journal of Clinical Psychology*. 2013. Vol. 52. № 2. P. 199–214. DOI: 10.1111/bjc.12009
19. *Browne J., Penn D.L., Raykov T., et al.* Social cognition in schizophrenia: factor structure of emotion processing and theory of mind // *Psychiatry Research*. 2016. Vol. 242. P. 150–156. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.05.034
20. *Chadwick P., Strauss C., Jones A.M., et al.* Group mindfulness-based intervention for distressing voices: a pragmatic randomised controlled trial // *Schizophrenia Research*. 2016. Vol. 175. № 1–3. P. 168–173. DOI: 10.1016/j.schres.2016.04.001
21. *Chaix J., Ma E., Nguyen A., et al.* Safety-seeking behaviours and verbal auditory hallucinations in schizophrenia // *Psychiatry Research*. 2014. Vol. 220. № 1–2. P. 158–162. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.08.041
22. *Cisneros-Franco J.M., Ouellet L., Kamal B., et al.* A brain without brakes: reduced inhibition is associated with enhanced but dysregulated plasticity in the aged rat auditory cortex // *eNeuro*. 2018. Vol. 5. № 4. P. 1–15. DOI: 10.1523/ENEURO.0051-18.2018
23. *Craig T.K., Rus-Calafell M., Ward T., et al.* AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a single-blind, randomised controlled trial // *Lancet Psychiatry*. 2018. Vol. 5. № 1. P. 31–40. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30427-3
24. *Craig T.K., Rus-Calafell M., Ward T., et al.* The effects of an Audio Visual Assisted Therapy Aid for Refractory auditory hallucinations (AVATAR therapy): study protocol for a randomised controlled trial // *Trials*. 2015. Vol. 16. P. 349. DOI: 10.1186/s13063-015-0888-6
25. *Freeman D., Dunn G., Startup H., et al.* Effects of cognitive behavior therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis // *Lancet Psychiatry*. 2015. Vol. 2. № 4. P. 305–313. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00039-5

26. *Fuentes-Claramonte P., Soler J., Hinzen W., et al.* The interfering effects of frequent auditory verbal hallucinations on shadowing performance in schizophrenia // *Schizophrenia Research*. 2019. Vol. 208. P. 488–489. DOI: 10.1016/j.schres.2019.01.019
27. *Gaudio B.A., Herbert J.D.* Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results // *Behaviour Research and Therapy*. 2006. Vol. 44. № 3. P. 415–437. DOI: 10.1016/j.brat.2005.02.007
28. *Gumley A., White R., Briggs A., et al.* A parallel group randomised open blinded evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for depression after psychosis: Pilot trial outcomes (ADAPT) // *Schizophrenia Research*. 2017. Vol. 183. P. 143–150. DOI: 10.1016/j.schres.2016.11.026
29. *Guo Z.H., Li Z.J., Ma Y., et al.* Brief cognitive-behavioural therapy for patients in the community with schizophrenia: randomized controlled trial in Beijing, China // *British Journal of Psychiatry*. 2017. Vol. 210. № 3. P. 223–229. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.183285
30. *Hayward M., Jones A.M., Bogen-Johnston L., et al.* Relating Therapy for distressing auditory hallucinations: A pilot randomized controlled trial // *Schizophrenia Research*. 2017. Vol. 183. P. 137–142. DOI: 10.1016/j.schres.2016.11.019
31. *Hazell C.M., Hayward M., Cavanagh K., et al.* Guided self-help cognitive-behaviour Intervention for Voices (GiVE): results from a pilot randomised controlled trial in a transdiagnostic sample // *Schizophrenia Research*. 2018. Vol. 195. P. 441–447. DOI: 10.1016/j.schres.2017.10.004
32. *Kingdon D., Turkington D.* Cognitive therapy of psychosis: Research and implementation // *Schizophrenia Research*. 2019. Vol. 203. P. 62–65. DOI: 10.1016/j.schres.2017.09.023
33. *Leff J., Williams G., Huckvale M.A., et al.* Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: proof-of-concept study // *British Journal of Psychiatry*. 2013. Vol. 202. P. 428–433. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.124883
34. *Leucht S., Leucht C., Huhn M., et al.* Sixty years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: systematic review, Bayesian meta-analysis, and meta-regression of efficacy predictors // *The American journal of psychiatry*. 2017. Vol. 174. № 10. P. 927–942. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.16121358
35. *Lincoln T.M., Peters E.* A systematic review and discussion of symptom specific cognitive behavioural approaches to delusions and hallucinations // *Schizophrenia Research*. 2019. Vol. 203. P. 66–79. DOI: 10.1016/j.schres.2017.12.014
36. *Louise S., Fitzpatrick M., Strauss C., et al.* Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis // *Schizophrenia Research*. 2018. Vol. 192. P. 57–63. DOI: 10.1016/j.schres.2017.05.023
37. *Mike L., Guimond S., Kelly S., et al.* Social cognition in early course of schizophrenia: Exploratory factor analysis // *Psychiatry Research*. 2019. Vol. 272. P. 737–743. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.12.152

38. *Mondino M., Jardri R., Suaud-Chagny M.F., et al.* Effects of Fronto-temporal Transcranial direct current stimulation on auditory verbal hallucinations and resting-state functional connectivity of the left Temporo-parietal junction in patients with schizophrenia // *Schizophrenia Bulletin*. 2016. Vol. 42. № 2. P. 318–326. DOI: 10.1093/schbul/sbv114
39. *Moritz S., Larøi F.* Differences and similarities in the sensory and cognitive signatures of voice-hearing, intrusions and thoughts // *Schizophrenia Research*. 2008. Vol. 102. № 1-3. P. 96–107. DOI: 10.1016/j.schres.2008.04.007
40. *Murray R.M.* Mistakes I have made in my research career // *Schizophrenia Bulletin*. 2017. Vol. 43. № 2. P. 253–256. DOI.org/10.1093/schbul/sbw165
41. *Naeem F., Habib N., Gul M., et al.* A qualitative study to explore patients', carers' and health professionals' views to culturally adapt CBT for psychosis (CBTp) in Pakistan // *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2016. Vol. 44. № 1. P. 43–55. DOI: 10.1017/S1352465814000332
42. *Pontillo M., De Crescenzo F., Vicari S., et al.* Cognitive behavioural therapy for auditory hallucinations in schizophrenia: a review // *World Journal of Psychiatry*. 2016. Vol. 6. № 3. P. 372–380. DOI: 10.5498/wjp.v6.i3.372
43. *Rossell S.L., Schutte M.J.L., Toh W.L., et al.* The Questionnaire for Psychotic Experiences: an examination of the validity and reliability // *Schizophrenia Bulletin*. 2019. Vol. 45. № 1. P. 78–87. DOI: 10.1093/schbul/sby148
44. *du Sert O.P., Potvin S., Lipp O., et al.* Virtual reality therapy for refractory auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A pilot clinical trial // *Schizophrenia Research*. 2018. Vol. 197. P. 176–181. DOI: 10.1016/j.schres.2018.02.031
45. *Shawyer F., Farhall J., Thomas N., et al.* Acceptance and commitment therapy for psychosis: randomised controlled trial // *British Journal of Psychiatry*. 2017. Vol. 210. № 2. P. 140–148. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.182865
46. *Shawyer F., Mackinnon A., Farhall J.* Command hallucinations and violence: implications for detention and treatment // *Psychiatry, Psychology and Law*. 2003. Vol. 10. № 1. P. 97–107. DOI: 10.1375/pplt.2003.10.1.97
47. *Thomas P., Mathur P., Gottesman I.I., et al.* Correlates of hallucinations in schizophrenia: a cross-cultural evaluation // *Schizophrenia Research*. 2007. Vol. 92. № 1-3. P. 41–49. DOI: 10.1016/j.schres.2007.01.017
48. *Torrey E.F., Yolken R.H.* Schizophrenia as a pseudogenetic disease: A call for more gene-environmental studies // *Psychiatry Research*. 2019. Vol. 278. P. 146–150. DOI: 10.1016/J.Psychres.2019.06.006
49. *Trower P., Birchwood M., Meaden A., et al.* Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial // *British Journal of Psychiatry*. 2004. Vol. 184. P. 312–320. DOI: 10.1192/bjp.184.4.312

50. Tully S., Wells A., Morrison A.P. An exploration of the relationship between use of safety-seeking behaviours and psychosis: A systematic review and meta-analysis // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2017. Vol. 24. № 6. P. 1384–1405. DOI: 10.1002/cpp.2099

51. Yates K., Lång U., Cederlöf M., et al. Association of psychotic experiences with subsequent risk of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide deaths: a systematic review and meta-analysis of longitudinal population studies // *JAMA Psychiatry*. 2019. Vol. 76. № 2. P. 180–189. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3514.

References

1. Vlasenkova I.N., Zvereva N.V. Izbiratel'nost' myshleniya i osobennosti assotsiativnoi deyatel'nosti v raznykh modal'nostyakh u detei 8–11 let v norme i pri shizofrenii [Elektronnyi resurs] [Selectivity of thinking and particularity of association activity in different modalities in normal and schizophrenia children 8–11 years old]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2017, vol. 6, no. 2, pp. 17–29. DOI: 10.17759/cpse.2017060203. (Accessed: 29.01.2020). (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Zvereva N.V., Kutyreva Ya.S., Kazakova M.V. Vospriyatie i vyrazhenie emotsii podrostkami v norme i pri shizofrenii [Elektronnyi resurs] [The perception and expression of emotions in normative teenagers and those who suffers from schizophrenia]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2016, vol. 5, no. 4, pp. 76–92. DOI: 10.17759/cpse.2016050406. (Accessed: 29.01.2020). (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Zeigarnik B.V. Patopsikhologiya [Pathopsychology]. Moscow: Publ. of MSU, 1976. 240 p. (In Russ.).

4. Rubinshtein S.Ya. Eksperimental'noe issledovanie obmanov slukha [Experimental study of auditory deceptions]. *Voprosy patopsikhologii=Issues of Pathopsychology*. Moscow, 1970. pp. 55–69. (In Russ.).

5. Rychkova O.V. Struktura narushenii sotsial'nogo intellekta pri shizofrenii [Elektronnyi resurs] [The structure of social intelligence impairments in schizophrenics]. *Psikhologicheskie issledovaniya=Psychological Studies*, 2013, vol. 6, no. 28, pp. 11. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n28/811-rychkova28.html> (Accessed: 02.02.2020). (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Stoyanova I.Ya. Sindrom sotsial'noi fobii i ego psikhologicheskoe sodержание [A psychological content of social phobia syndrome]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova=S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2017, vol. 117, no. 4, pp. 15–22. DOI: 10.17116/jnevro20171174115-22. (In Russ., abstr. in Engl.).

7. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Stoyanova I.Ya. Sindromno-faktornyi metod v istoricheskom i sovremennom kontekste: vozmozhnosti issledovaniya sotsial'no-trevozhnogo rasstroistva [Syndrome-factor method in historical and modern context: possibilities of studying social anxiety disorder]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal =Siberian Journal of Psychology*, 2018, no. 70, pp. 75–91. DOI: 10.17223/17267080/70/6. (In Russ., abstr. in Engl.).

8. Strogova S.E., Sergienko A.A., Zvereva N.V. Kognitivnyi defekt pri rasstroistvakh shizofrenicheskogo kruga u detei i podrostkov: psikhometricheskii i neiropsikhologicheskii podkhody k otsenke kognitivnykh narushenii [Elektronnyi resurs] [Cognitive defect in children and adolescents with schizophrenia spectrum disorders: psychometric and neuropsychological approaches to the assessment of cognitive disorders]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2016, vol. 5, no. 1, pp. 61–76. DOI: 10.17759/cpse.2016050105. (Accessed: 01.02.2020). (In Russ., abstr. in Engl.).

9. Takkueva E.V., Kholmogorova A.B., Palin A.V. Konsolidatsiya dostizhenii organizatsionnoi i klinicheskoi psikhologii v reabilitatsii bol'nykh shizofreniei: integrativnaya programma motivatsionnogo treninga [Consolidation of achievements of organizational and clinical psychology in the rehabilitation of patients with schizophrenia: an integrative programme of motivational training]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv=Contemporary Therapy of Mental Disorders*, 2019, no. 1, pp. 38–48. DOI: 10.21265/PSYPH.2019.36.92.005. (In Russ., abstr. in Engl.).

10. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Dolnykova A.A. i dr. Programma treninga kognitivnykh i sotsial'nykh navykov (TKSN) u bol'nykh shizofreniei [The program for cognitive and social skills training in schizophrenic patients]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya=Social and Clinical Psychiatry*, 2007, vol. 17, no. 4, pp. 67–77. (In Russ.).

11. Kholmogorova A.B. Znachenie kul'turno-istoricheskoi teorii razvitiya psikhiki L.S. Vygotskogo dlya razrabotki sovremennykh modelei sotsial'nogo poznaniya i metodov psikhoterapii [The value of L.S. Vygotsky's cultural-historical theory of mental development for the development of modern models of social cognition and methods of psychotherapy]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya [Cultural-Historical Psychology]*, 2016, vol. 12, no. 3, pp. 58–92. DOI:10.17759/chp.2016120305 (In Russ.).

12. Bais L., Liemburg E., Vercammen A., et al. Effects of low frequency rTMS treatment on brain networks for inner speech in patients with schizophrenia and auditory verbal hallucinations. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2017, vol. 78, pp. 105–113. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2017.04.017

13. Bighelli I., Leucht C., Huhn M., et al. Are randomized controlled trials on pharmacotherapy and psychotherapy for positive symptoms of schizophrenia comparable? A systematic review of patient and study characteristics. *Schizophrenia Bulletin*, 2020, vol. 46, no. 3, pp. 496–504. DOI: 10.1093/schbul/sbz090

14. Bighelli I., Salanti G., Huhn M., et al. Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 2018, vol. 17, no. 3, pp. 316–329. DOI: 10.1002/wps.20577

15. Birchwood M., Gilbert P., Gilbert J., et al. Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant 'voice' in schizophrenia: a comparison of three models. *Psychol Med*, 2004, vol. 34, no. 8, pp. 1571–1580. DOI: 10.1017/s0033291704002636
16. Birchwood M., Michail M., Meaden A., et al. Cognitive behaviour therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations (COMMAND): a randomized controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 2014, vol. 1, no. 1, pp. 23–33. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)70247-0
17. Birtchnell J. Relating therapy with individuals, couples and families. *Journal of Family Therapy*, 2001, vol. 23, no. 1, pp. 63-84. DOI: 10.1111/1467-6427.00169
18. Braehler C., Gumley A., Harper J., et al. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 2013, vol. 52, no. 2, pp. 199–214. DOI: 10.1111/bjc.12009
19. Browne J., Penn D.L., Raykov T., et al. Social cognition in schizophrenia: factor structure of emotion processing and theory of mind. *Psychiatry Research*, 2016, vol. 242, pp. 150–156. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.05.034
20. Chadwick P., Strauss C., Jones A.M., et al. Group mindfulness-based intervention for distressing voices: a pragmatic randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*, 2016, vol. 175, no. 1-3, pp. 168–173. DOI: 10.1016/j.schres.2016.04.001
21. Chaix J., Ma E., Nguyen A., et al. Safety-seeking behaviours and verbal auditory hallucinations in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 2014, vol. 220, no. 1-2, pp. 158–162. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.041>
22. Cisneros-Franco J.M., Ouellet L., Kamal B., et al. A brain without brakes: reduced inhibition is associated with enhanced but dysregulated plasticity in the aged rat auditory cortex. *eNeuro*, 2018, vol. 5, no. 4, pp. 1–15. DOI: 10.1523/ENEURO.0051-18.2018
23. Craig T.K., Rus-Calafell M., Ward T., et al. AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a single-blind, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 2018, vol. 5, no. 1, pp. 31–40. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30427-3
24. Craig T.K., Rus-Calafell M., Ward T., et al. The effects of an Audio Visual Assisted Therapy Aid for Refractory auditory hallucinations (AVATAR therapy): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 2015, vol. 16, p. 349. DOI: 10.1186/s13063-015-0888-6
25. Freeman D., Dunn G., Startup H., et al. Effects of cognitive behavior therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. *Lancet Psychiatry*, 2015, vol. 2, no. 4, pp. 305–313. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00039-5
26. Fuentes-Claramonte P., Soler J., Hinzen W., et al. The interfering effects of frequent auditory verbal hallucinations on shadowing performance in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2019, vol. 208, pp. 488–489. DOI: 10.1016/j.schres.2019.01.019

27. Gaudio B.A., Herbert J.D. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 2006, vol. 44, no. 3, pp. 415–437. DOI: 10.1016/j.brat.2005.02.007
28. Gumley A., White R., Briggs A., et al. A parallel group randomised open blinded evaluation of Acceptance and Commitment Therapy for depression after psychosis: Pilot trial outcomes (ADAPT). *Schizophrenia Research*, 2017, vol. 183, pp. 143–150. DOI: 10.1016/j.schres.2016.11.026
29. Guo Z.H., Li Z.J., Ma Y., et al. Brief cognitive-behavioural therapy for patients in the community with schizophrenia: randomized controlled trial in Beijing, China. *British Journal of Psychiatry*, 2017, vol. 210, no. 3, pp. 223–229. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.183285
30. Hayward M., Jones A.M., Bogen-Johnston L., et al. Relating Therapy for distressing auditory hallucinations: A pilot randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 2017, vol. 183, pp. 137–142. DOI: 10.1016/j.schres.2016.11.019
31. Hazell C.M., Hayward M., Cavanagh K., et al. Guided self-help cognitive-behaviour Intervention for Voices (GiVE): results from a pilot randomised controlled trial in a transdiagnostic sample. *Schizophrenia Research*, 2018, vol. 195, pp. 441–447. DOI: 10.1016/j.schres.2017.10.004
32. Kingdon D., Turkington D. Cognitive therapy of psychosis: Research and implementation. *Schizophrenia Research*, 2019, vol. 203, pp. 62–65. DOI: 10.1016/j.schres.2017.09.023
33. Leff J., Williams G., Huckvale M.A., et al. Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: proof-of-concept study. *British Journal of Psychiatry*, 2013, vol. 202, pp. 428–433. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.124883
34. Leucht S., Leucht C., Huhn M., et al. Sixty years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: systematic review, Bayesian meta-analysis, and meta-regression of efficacy predictors. *The American journal of psychiatry*, 2017, vol. 174, no. 10, pp. 927–942. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.16121358
35. Lincoln T.M., Peters E. A systematic review and discussion of symptom specific cognitive behavioural approaches to delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*, 2019, vol. 203, pp. 66–79. DOI: 10.1016/j.schres.2017.12.014
36. Louise S., Fitzpatrick M., Strauss C., et al. Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 2018, vol. 192, pp. 57–63. DOI: 10.1016/j.schres.2017.05.023
37. Mike L., Guimond S., Kelly S., et al. Social cognition in early course of schizophrenia: Exploratory factor analysis. *Psychiatry Research*, 2019, vol. 272, pp. 737–743. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.12.152
38. Mondino M., Jardri R., Suaud-Chagny M.F., et al. Effects of Fronto-temporal Transcranial direct current stimulation on auditory verbal hallucinations and resting-state

functional connectivity of the left Temporo-parietal junction in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2016, vol. 42, no. 2, pp. 318–326. DOI: 10.1093/schbul/sbv114

39. Moritz S., Larøi F. Differences and similarities in the sensory and cognitive signatures of voice-hearing, intrusions and thoughts. *Schizophrenia Research*, 2008, vol. 102, no. 1-3, pp. 96–107. DOI: 10.1016/j.schres.2008.04.007

40. Murray R.M. Mistakes I have made in my research career. *Schizophrenia Bulletin*, 2017, vol. 43, no. 2, pp. 253–256. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw165>

41. Naeem F., Habib N., Gul M., et al. A qualitative study to explore patients', carers' and health professionals' views to culturally adapt CBT for psychosis (CBTp) in Pakistan. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2016, vol. 44, no. 1, pp. 43–55. DOI: 10.1017/S1352465814000332

42. Pontillo M., De Crescenzo F., Vicari S., et al. Cognitive behavioural therapy for auditory hallucinations in schizophrenia: a review. *World Journal of Psychiatry*, 2016, vol. 6, no. 3, pp. 372–380. DOI: 10.5498/wjp.v6.i3.372

43. Rossell S.L., Schutte M.J.L., Toh W.L., et al. The Questionnaire for Psychotic Experiences: an examination of the validity and reliability. *Schizophrenia Bulletin*, 2019, vol. 45, no. 1, pp. 78–87. DOI: 10.1093/schbul/sby148

44. du Sert O.P., Potvin S., Lipp O., et al. Virtual reality therapy for refractory auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A pilot clinical trial. *Schizophrenia Research*, 2018, vol. 197, pp. 176–181. DOI: 10.1016/j.schres.2018.02.031

45. Shawyer F., Farhall J., Thomas N., et al. Acceptance and commitment therapy for psychosis: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 2017, vol. 210, no. 2, pp. 140–148. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.182865

46. Shawyer F., Mackinnon A., Farhall J. Command hallucinations and violence: implications for detention and treatment. *Psychiatry, Psychology and Law*, 2003, vol. 10, no. 1, pp. 97–107. DOI: 10.1375/pplt.2003.10.1.97

47. Thomas P., Mathur P., Gottesman I.I., et al. Correlates of hallucinations in schizophrenia: a cross-cultural evaluation. *Schizophrenia Research*, 2007, vol. 92, no. 1-3, pp. 41–49. DOI: 10.1016/j.schres.2007.01.017

48. Torrey E.F., Yolken R.H. Schizophrenia as a pseudogenetic disease: A call for more gene-environmental studies. *Psychiatry Research*, 2019, vol. 278, pp. 146–150. DOI: 10.1016/j.Psychres.2019.06.006

49. Trower P., Birchwood M., Meaden A., et al. Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 2004, vol. 184, pp. 312–320. DOI: 10.1192/bjp.184.4.312

50. Tully S., Wells A., Morrison A.P. An exploration of the relationship between use of safety-seeking behaviours and psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2017, vol. 24, no. 6, pp. 1384–1405. DOI: 10.1002/cpp.2099

Сагалакова О.А., Жирнова О.В., Труевцев Д.В.
Трансформация методологических представлений
о «голосах» и вариантах вмешательства
специалистов при слуховых галлюцинациях
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 34–61.

Sagalakova O.A., Zhirnova O.V., Truevtsev D.V.
Transformation of Methodological Understanding
about “Voices” and Versions of Interventions by
Experts in the Field of Auditory Hallucinations
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 34–61.

51. Yates K., Lång U., Cederlöf M., et al. Association of psychotic experiences with subsequent risk of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide deaths: a systematic review and meta-analysis of longitudinal population studies. *JAMA Psychiatry*, 2019, vol. 76, no. 2, pp. 180–189. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3514.

Информация об авторах

Сагалакова Ольга Анатольевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии, Алтайский государственный университет (ФГБОУ ВО АлтГУ), г. Барнаул, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9975-1952>, e-mail: olgasagalakova@mail.ru

Жирнова Ольга Владимировна, студент кафедры клинической психологии, Алтайский государственный университет (ФГБОУ ВО АлтГУ), г. Барнаул, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6680-8286>, e-mail: olga.zhirnova.2015@mail.ru

Труевцев Дмитрий Владимирович, кандидат психологических наук, заведующий кафедрой клинической психологии, Алтайский государственный университет (ФГБОУ ВО АлтГУ), г. Барнаул, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4246-2759>, e-mail: truevtsev@gmail.com

Information about the authors

Olga A. Sagalakova, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Altai State University, Barnaul, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9975-1952>, e-mail: olgasagalakova@mail.ru

Olga V. Zhirnova, Student, Department of Clinical Psychology, Altai State University, Barnaul, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6680-8286>, e-mail: olga.zhirnova.2015@mail.ru

Dmitry V. Truevtsev, PhD in Psychology, Head of the Department of Clinical Psychology, Altai State University, Barnaul, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4246-2759>, e-mail: truevtsev@gmail.com

Получена: 27.02.2020

Received: 27.02.2020

Принята в печать: 03.06.2020

Accepted: 03.06.2020

Экспертная оценка параметров инклюзивного процесса в образовании

Алехина С.В.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9374-5639>, e-mail: ipio.mgppu@gmail.com*

Мельник Ю.В.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5851-3226>, e-mail: melnik_stav@mail.ru*

Самсонова Е.В.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8961-1438>, e-mail: samsonovaev@mgppu.ru*

Шеманов А.Ю.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3925-3534>, e-mail: shemanovayu@mgppu.ru*

В статье представлены данные экспертной оценки параметров инклюзивного процесса в образовательной организации. В основу совокупности параметров была положена деятельностная модель развития инклюзивного процесса, показатели которой были выбраны на основе контент-анализа из опубликованного ранее пилотного исследования. Был использован метод экспертной оценки различных параметров, характеризующих образовательный процесс в школе, по их соответствию принципам инклюзивного образования. В опросе участвовали 44 эксперта, работающих в инклюзивной практике и занимающихся ее исследованием. Анализ полученных результатов показал, что экспертами были выбраны параметры, в целом отвечающие деятельностному подходу в развитии инклюзивного образования, ориентированного на поддержку вовлеченного участия и субъектной позиции участников инклюзивного образовательного процесса. Эксперты не достигли консенсуса по показателям, которые отражают формализованные подходы к оценке образовательных результатов, но ими были поддержаны параметры, ориентирующие на индивидуализацию образования (такие как оценка динамики индивидуального прогресса обучающихся). Системообразующими параметрами для оценки инклюзивного процесса могут быть названы те из них, которые позволяют достичь большей индивидуализации образования, более комплексной поддержки всех обучающихся и слаженной командной работы специалистов в школе.

Ключевые слова: инклюзивное образование, оценка инклюзии, образовательная организация, инклюзивный процесс, параметры инклюзивного процесса, деятельностный подход, индивидуализация образования, вовлеченное участие.

Финансирование: работа выполнена при финансовой поддержке ФГБОУ ВО МГППУ.

Благодарности: авторы благодарят за помощь в сборе данных для исследования и их статистическую обработку Л.М. Шишлянникову.

Для цитаты: Алехина С.В., Мельник Ю.В., Самсонова Е.В., Шеманов А.Ю. Экспертная оценка параметров инклюзивного процесса в образовании [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 62–78. DOI: 10.17759/cpse.2020090203

The Expert Assessing of Inclusive Process Parameters in Education

Svetlana V. Alekhina

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9374-5639>, e-mail: ipio.mgppu@gmail.com*

Yulia V. Mel'nik

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5851-3226>, e-mail: melnik_stav@mail.ru*

Elena V. Samsonova

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8961-1438>, e-mail: samsonovaev@mgppu.ru*

Alexey Yu. Shemanov

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3925-3534>, e-mail: shemanovayu@mgppu.ru*

The article presents the data of expert assessment of the parameters of the inclusive process in an educational organization. The set of parameters was based on the activity model for the development of an inclusive process. The indicators included in this model were selected based on the content analysis of the previously published pilot study. The method of expert evaluation of compliance with basic principles of inclusive education of various parameters which characterize the educational process in the school used. 44 experts with practical and research experience in inclusive education participated in the survey. The analysis of the results showed that experts selected parameters which generally correspond to the activity approach in the development of inclusive education, focused on supporting the engaged participation and active position of participants in the

inclusive educational process. Indicators that reflect formalized approaches to evaluating educational outcomes did not receive expert consensus, but parameters which focus on individualization of education (such as evaluating the dynamics of individual progress of students) were supported. System-forming parameters for assessing the inclusive process can be called those that allow achieving greater individualization of education, more comprehensive support for all students, and well-coordinated professional work of the school teaching team.

Keywords: inclusive education, assessment of the inclusion, educational organization, inclusive process, parameters of the inclusive process, activity approach, individualization of education, engaged participation.

Funding: this work was supported by Moscow State University of Psychology and Education.

Acknowledgements: the authors thank L.M. Shishlyannikova for her help in data collection and statistical processing for the study.

For citation: Alekhina S.V., Mel'nik Yu.V., Samsonova E.V., Shemanov A.Yu. The Expert Assessing of Inclusive Process Parameters in Education. *Klinicheskaja i spetsial'naja psihologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 2, pp. 62–78. DOI: 10.17759/cpse.2020090203 (In Russ.)

Введение

Оценка инклюзивного процесса (ИП) в образовательной организации (ОО) является актуальной [1], но недостаточно изученной темой, несмотря на большое количество работ по данной тематике [2–6; 12; 16; 17]. В качестве методик оценки предлагаются исследовательская доказательная методика [11], методика функционального поведенческого анализа (FBA) [15; 19], прикладной поведенческий анализ (АВА), методика оценки состояния образовательного процесса через рефлексию сформированности инклюзивной культуры в организации [6; 10], методика мониторингового отслеживания состояния инклюзивного образовательного процесса [5], функционально-модельная методика оценки состояния инклюзивного образовательного процесса [4].

В предыдущем исследовании нами было показано, что принципы инклюзии технологически реализуются в деятельностном подходе к развитию образовательного процесса [2]. Поэтому деятельностный подход к инклюзии может быть положен в основу создания модели ИП в образовательной организации и определения параметров ИП в российском образовании. Эта модель предполагает запуск в образовательной организации деятельностных процессов на основе обсуждения всеми участниками необходимых действий для достижения поставленных образовательных целей и результатов, с учетом обсуждаемых ценностей, внешних и внутренних социальных и образовательных ресурсов, необходимых для этого. В результате этого обсуждения и взаимодействия в школе формируется инклюзивное сообщество, основами которого становятся ценность

развития каждого его участника, учет разнообразных интересов и потребностей участников школьного сообщества, согласованный процесс их реализации. Эти принципы учитываются в разрабатываемой нами модели инклюзивного образовательного процесса, включающей в качестве параметров оценки ценности, цели, условия и организационные формы реализации целей, в том числе управленческие стратегии, психолого-педагогические технологии, компетенции участников образовательного процесса, планирование определенных образовательных результатов [2; 7; 8].

В настоящей работе мы предположили, что выявленные нами в пилотном исследовании на основе контент-анализа мнений экспертов параметры ИП [2] позволят ранжировать эти параметры по уровню значимости для отечественного экспертного сообщества и определить, насколько значимые для экспертов параметры релевантны деятельностной модели ИП. Результаты исследования, по нашему мнению, позволят наметить действия, которые будут направлены на выстраивание политики самоизменения образовательной организации в направлении инклюзии.

Методика исследования и характеристика выборки

Исходя из цели работы нами был составлен опросник для экспертов, направленный на решение обозначенных выше задач, рубрики которого представлены в табл. 1, 2 и в таблице в приложении. Следуя инструкции опросника, представленного в виде гугл-формы, эксперты должны были оценить каждый параметр в баллах от 1 до 10, исходя из его значимости для развития инклюзивного образования. Статистическая обработка данных проводилась с помощью частотного анализа в SPSS Statistics v. 18.0.

Распределение оценок экспертов сравнивалось с равномерным теоретическим распределением по непараметрическому критерию согласия χ^2 Пирсона. Для проверки нормальности распределения использован непараметрический одновыборочный критерий Колмогорова–Смирнова. Для сравнения средних рангов при распределении параметров по величине ранга использовался непараметрический критерий Фридмана. Апостериорный анализ для теста Фридмана не проводился. Для установления влияния на ответы респондентов их статуса, наличия ученой степени и опыта работы в сфере инклюзивного образования был использован непараметрический критерий Краскела–Уоллиса. Также были предложены две серии альтернативных выборов, которые экспертам предлагалось оценить по пятибалльной шкале на соответствие задачам инклюзии в образовательной организации. Количество набранных баллов сравнивалось по непараметрическому критерию знаковых рангов Уилкоксона.

В опросе участвовали 44 респондента. Из них 50% – руководители различного уровня, 36,7% – педагоги среднего и высшего образования; 11,4% – доктора наук, 29,5% – кандидаты наук. Опыт работы менее 5 лет имели 34,9% респондентов, от 5 до 10 лет – 41,9% и более 10 лет – 23,3%. Была выявлена зависимость данных от этих факторов, но в данной статье она не обсуждается; приводятся только усредненные величины по всем респондентам.

Результаты

Оценка значимости параметров для развития инклюзивного процесса в ОО была представлена экспертам двумя типами параметров – неальтернативными (см.: таблица в приложении) и альтернативными – условия организации инклюзивного образования (табл. 1) и параметры деятельности учителя, которые наиболее соответствуют задачам развития инклюзии в ОО (табл. 2).

Представленные в Приложении данные говорят о том, что наблюдаемое в большинстве случаев отчетливое смещение ответов экспертов в сторону выбора более высоких баллов в оценке параметров ИП является достоверным, что показывает согласие экспертов с высокой значимостью большинства предложенных им формулировок. Альтернативные параметры давали экспертам возможность выбора между разными типами параметров, в основе которых лежат разные подходы к пониманию условий развития инклюзивного образования.

Таблица 1

Выбор экспертами альтернативных параметров, которые наиболее соответствуют задачам развития инклюзии в образовательной организации

№ пары	Задачи	Кол-во баллов	Значимость по Уилкоксоу, р
1	<i>создание поддерживающих условий каждому</i>	209	<0,001
	создание поддерживающих условий только отдельным категориям (исходя из доступных ресурсов и т.п.)	63	
2	<i>вариативность образовательных условий</i>	204	<0,001
	унификация образовательных условий (ориентация на среднестатистическую норму)	63	
3	постоянная поддержка	145	>0,1
	ситуативная поддержка	117	
4	поддержка по внешне регламентированным критериям (рекомендации ПМПК)	107	<0,001
	<i>помощь по возникающему в процессе обучения запросу</i>	187	
5	<i>ориентация на результат в динамике развития ребенка (на индивидуальный прогресс)</i>	194	<0,001
	ориентация на результат, заданный в ООП или АООП	73	

Примечание. Курсивом обозначены выбранные экспертами параметры. ООП – основная образовательная программа; АООП – адаптированная основная образовательная программа.

Из распределения ответов экспертов видно, что часть параметров получила большинство баллов в выборе из альтернативы высказываний: создание поддерживающих условий каждому, вариативность образовательных условий, ориентация на результат в динамике развития ребенка (на индивидуальный прогресс), а часть ответов по баллам распределилась практически поровну: постоянная поддержка и ситуативная поддержка).

Данные, представленные в табл. 2, показывают экспертные предпочтения в выборе форм организации учебного взаимодействия в малых группах, обучения, направленного на индивидуальный ребенка, поддержку каждого ученика по возникающему запросу, а не на фронтальные, неиндивидуализированные формы работы и не на формальные обобщающие оценки знаний и умений учащихся.

Таблица 2

Параметры деятельности учителя, которые наиболее соответствуют задачам развития инклюзии в образовательной организации

№ пары	Формы поведения учителя	Кол-во баллов	Значимость по Уилкоксоу, р
1	<i>учитель организует различные формы учебного взаимодействия учеников в малых группах</i>	202	<0,001
	учитель ориентирован только на фронтальную форму работы с классом	60	
2	учитель оказывает поддержку ученикам по внешне регламентированным критериям (тем, у кого есть рекомендации ПМПК)	90	<0,001
	<i>учитель оказывает поддержку ученикам по возникающему в процессе обучения запросу</i>	204	
3	<i>учитель ориентирован на результат в динамике развития ребенка (на индивидуальный прогресс)</i>	205	<0,001
	учитель ориентирован на результат, заданный в ООП или АООП	80	
4	<i>учитель поддерживает уважительный стиль отношения с учениками</i>	208	<0,001
	учитель поддерживает собственный абсолютный авторитет в классе	63	

Примечания. Курсивом обозначены выбранные экспертами параметры. ПМПК – Психолого-медико-педагогическая комиссия; ООП – основная образовательная программа; АООП – адаптированная основная образовательная программа.

Обсуждение результатов

Вопросами для анализа в данной статье стали следующие.

1. Какие параметры оценки ИП выбираются, а какие не выбираются экспертами и почему?

2. Какие из выбранных параметров оказываются более значимыми в оценке экспертов, а какие получают более низкий ранг, и как исходя из этого может быть построена система оценки инклюзивности ОО?

3. Насколько значимые для экспертов параметры соответствуют разрабатываемой деятельностной модели инклюзивного образования?

В качестве предпочитаемых ценностей экспертами были выбраны уважение к человеку, принятие любого ребенка. Выбор ценностей, получивших наивысшие баллы, можно, с нашей точки зрения, сопоставить с такими показателями успешности ОО, как желание учеников посещать школу и положительная динамика обучения и развития каждого обучающегося. Принимая во внимание эти приоритетные для экспертов ценности и выделенные ими показатели успешности ОО, можно сделать вывод, что именно индивидуальные приоритеты в интересах, обучении и развитии каждого ученика, которые поддерживает школа, являются определяющими с точки зрения экспертов в оценке ИП. Ранжирование ответов экспертов по степени значимости параметров успешности ОО в развитии инклюзии (Приложение, п. 12) выявило важную их характеристику: параметр «успешная социализация всех обучающихся» оказался на втором месте по рангу, а параметр «высокие образовательные результаты всех обучающихся» – на последнем. Таким образом, эксперты считают, что успешность ОО в развитии ИП больше связана с целями успешной социализации всех обучающихся, чем с академическими результатами.

Следует отметить, что эксперты не достигли консенсуса в отношении некоторых важных для инклюзии параметров. Так, при выборе в качестве значимых ценностей наименьший ранг получили параметры «вовлеченность в жизнь школьного сообщества» и «поддержка разнообразия» (Приложение, п. 1). С нашей точки зрения, такой ранг отражает мнение педагогического сообщества, что реализация данных ценностей важна, но еще требует технологической разработки и детализации практических решений. В этом понимании представленный в таблице в Приложении выбор утверждений в полной мере согласуется с предложенной моделью ИП, будучи ориентированным на деятельностные показатели ИП: помощь по запросу, ориентация на результат в динамике развития ребенка (на индивидуальный прогресс), вариативность образовательных условий. Именно эти параметры и реализуют ценностные ориентиры поддержки разнообразия обучающихся в отношении их культуры, языка, происхождения, образовательных интересов, способностей и вовлеченности в процесс образования.

Все предложенные для оценки цели рассматриваются экспертами как равнозначные, что говорит о том, что целевые ориентиры инклюзивной школы наиболее ясны сообществу. Важно отметить, что среди приоритетных целей в развитии ИП в ОО эксперты отметили получение качественного образования. Приоритетность этой цели обсуждается и в зарубежной литературе, причем понятие качественного образования вызывает острые дискуссии между подходами

антидискриминационной направленности и подходом, ориентированным на качественный образовательный результат для учащихся с особыми образовательными потребностями [9; 13; 14; 18]. С нашей точки зрения, деятельностный подход к развитию ИП способен разрешать эту дилемму, устраняя иногда возникающее противоречие между упомянутыми подходами.

По степени значимости условий, необходимых для развития инклюзивного образования (Приложение, п. 9), на первом месте оказались подготовленные к работе в инклюзии учителя и специалисты. Именно от их ценностных установок и профессиональных компетенций зависит не имитационный, а реальный успех инклюзии. Для реализации задач развития инклюзии учитель, по мнению экспертов, должен владеть следующими компетенциями (Приложение, п. 10): умение создавать комфортную психологическую среду, владение приемами поддержки достижений ребенка; умение выстраивать коммуникацию со всеми участниками образовательного процесса; владение методами выявления образовательных потребностей каждого ребенка, что показывает значимую роль этих компетенций для организации инклюзии в ОО.

Большое значение в развитии инклюзии отдается командным формам работы (Приложении, п. 3, 4, 11 – первый по значимости ранг). При определении значимости компетенций руководителя ОО совокупность ответов экспертов показывает, что на первый план выходит умение организовать профессиональную команду единомышленников и успешно управлять ее деятельностью, а также активная жизненная позиция по отношению к реализации права на получение всеми обучающимися доступного, качественного образования. Все остальные компетенции, которые оценивали эксперты, в принципе поддерживают первые два параметра и по баллам не сильно отличаются от них. Однако часть важных параметров для управления командой инклюзивной ОО не достигла экспертного консенсуса. Причиной этого может быть то, что такие параметры не используются для развития инклюзивного образования или используются неэффективно (такие как проектный метод, делегирование полномочий, перераспределение внутренних ресурсов организации) и требуют особого внимания при их реализации в ИП.

Результаты экспертного опроса содержат параметры, по которым мнения экспертов различаются (Приложение). Это количественные параметры, которые могут быть поняты как формальные, не отражающие процесс развития ИП (так можно понять результаты по параметрам «количество обучающихся с ООП в классе», «получение хороших оценок», «отсутствие жалоб со стороны родителей»). Формальные процедуры оценки успешности школы часто отдают приоритет академическим результатам, что подтверждают рейтинги в образовании. Этот факт поднимает вопрос о соотношении целей развития инклюзии в образовании и принятых критериев и процедур оценки качества образования и успешности школ. При этом среди значимых для экспертов образовательных результатов присутствуют универсальные учебные действия, участие в совместной учебной деятельности, самостоятельность в учебной деятельности. Эти выборы экспертов подчеркивают важность для инклюзивного образования деятельностного понимания образовательных результатов, которое пока еще мало представлено в образовательной практике, несмотря на закрепление в образовательных

стандартах общего образования (ФГОС). Именно этот разрыв и может быть устранен с помощью применения деятельностного подхода в оценке ИП, который позволит принять управленческие решения и применить новые педагогические технологии к устранению ключевых разрывов в реализации качественного образования для всех обучающихся [7]. Насущность такого рода решений отражена в выборе экспертами параметров, которые наиболее соответствуют задачам развития инклюзии и могут быть использованы в качестве конкретных индикаторов для оценки состояния ИП.

Заключение

Подытоживая обсуждение результатов, следует сделать несколько главных выводов.

Во-первых, полученные данные показывают, что эксперты оценили высокими баллами большинство предложенных параметров оценки. Однако по некоторым из них не удалось получить консенсус в оценке, например, по параметрам «количество обучающихся с ООП в классе», «получение хороших оценок», «отсутствие жалоб со стороны родителей», «участие в различных формах ученического самоуправления».

Во-вторых, несмотря на то что качественное образование для всех и сходные показатели были оценены экспертами как значимые параметры, на первый план в оценке успешности ОО в развитии инклюзии вышли показатели успешной социализации выпускников, их социальной компетентности, что иллюстрирует существующий разрыв в понимании целей и качества образования.

В-третьих, полученные данные показали, что эксперты поддержали заложенную в опросник систему параметров, соответствующую деятельностной модели с опорой на ценности развития, субъектность обучающихся и их вовлеченное участие в жизни школы (партиципация). Также в опросе получила высокую степень значимости и вся предложенная система приоритетных целей ОО, развивающей инклюзию.

Системообразующими параметрами для оценки инклюзивного процесса могут быть названы те из них, которые позволяют достичь большей индивидуализации образования, более комплексной поддержки всех обучающихся и слаженной командной работы ОО.

Говоря о перспективах, которые открываются исходя из проведенного исследования, следует отметить значимость продолжения работы в определении того, что является целью инклюзивного образования: равенство обучающихся через достижение наилучших возможных для них результатов в обучении и/или через их успешную социализацию в ОО и в последующей жизни. Вместе с тем важно продолжить исследование стратегий того, как достичь гармоничного сочетания указанных параметров на основе анализа образовательного процесса на разных уровнях организации образования, в том числе и на уровне самих ОО. Направление нашего дальнейшего исследования состоит в том, чтобы на базе полученных результатов создать инструмент оценки ИП в ОО, позволяющий принимать решения

о развитии ИП в ОО и апробировать его применение в деятельности заинтересованных школ.

Литература

1. Алехина С.В. Инклюзивное образование: от политики к практике // Психологическая наука и образование. 2016. Том 21. № 1. С. 136–145. DOI: 10.17759/pse.2016210112
2. Алехина С.В. К вопросу оценки инклюзивного процесса в образовательной организации: пилотажное исследование [Электронный ресурс] / С.В. Алехина, Ю.В. Мельник, Е.В. Самсонова, А.Ю. Шеманов // Психолого-педагогические исследования. 2019. Том 11. № 4. С. 121–132. DOI: 10.17759/psyedu.2019110410 (дата обращения: 26.03.2020).
3. Доклад по представлению промежуточных результатов проекта «Опыт проведения оценки инклюзии в школе: разработка и апробация инструментов исследования» [Электронный ресурс] / Научный руководитель проекта Е.Р. Ярская-Смирнова, руководитель проекта Т. Разумовская. М., 2016. 19 с. URL: <http://new.groteck.ru/images/catalog/30828/cc3be54d4866cc261b737feb41092eb9.pdf> (дата обращения: 15.03.2020).
4. Нестерова А.А. Функционалистский подход к совместному образованию и социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья и детей, не имеющих нарушений развития // Социальная политика и социология. 2012. № 3. С. 85–90.
5. Ряписов Н.А., Ряписова А.Г. Мониторинг эффективности инклюзивной практики // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. 2016. Том 29. № 1. С. 7–22. DOI: 10.15293/2226-3365.1601.01
6. Тихомирова Е.Л., Шадрова Е.В. Методика оценки сформированности инклюзивной культуры вуза // Историческая и социально-образовательная мысль. 2016. Том 8. № 5/3. С. 163–167. DOI: 10.17748/2075-9908-2016-8-5/3-163-168
7. Шеманов А.Ю., Самсонова Е.В. Специальное образование как ресурс инклюзивного образовательного процесса // Психологическая наука и образование. 2019. Том 24. № 6. С. 38–46. DOI: 10.17759/pse.2019240604
8. Alekhina S.V., Samsonova E.V., Yudina T.A. The foundation of an inclusive paradigm for contemporary education. *Specialusis ugdymas* // Special Education. 2018. Vol. 1. № 38. P. 47–60. DOI: 10.21277/se.v1i38.366
9. Cook B.G., Cook L. An Examination of Highly-Cited Research on Inclusion / In J.M. Kauffman (ed.), *On Educational Inclusion: Meanings, History, Issues, and International Perspectives*. Vol. I.. Routledge, 2020. P. 130–159.
10. Ferry S. Bringing ABA Into Your Inclusive Classroom: A Guide to Improving Outcomes for Students with Autism Spectrum Disorders (review) // *Education and Treatment of Children*. 2011. Vol. 34. № 2. P. 290–294. DOI: 10.1353/etc.2011.0015

11. *Hornby G.* Inclusive special education: development of a new theory for the education of children with special educational needs and disabilities // *British Journal of Special Education*. 2015. Vol. 42. № 3. P. 234–256. DOI: 10.1111/1467-8578.12101
12. *Katz J.* Teaching to diversity: the three-block model of universal design for learning. Winnipeg, MB: Portage and Main Press, 2016. 198 p.
13. *Kauffman J.M.* Preface. In J.M. Kauffman (ed.), *On Educational Inclusion: Meanings, History, Issues, and International Perspectives*. Vol. I. Routledge, 2020. P. 19–25.
14. *Kauffman J.M., Badar J.* Definitions and Other Issues. In J.M. Kauffman (ed.), *On Educational Inclusion: Meanings, History, Issues, and International Perspectives*. Vol. I. Routledge, 2020. P. 1–24.
15. *Kuyini A.B.* Disability Rights Awareness and Inclusive Education Training Manual [Электронный ресурс] // CEVS8 Ghana, GES Special Education Division & Pathfinders Australia. Australia & Ghana / A.B. Kuyini, T.P. Otaah, B.M. Mohamed, H. Mumin, F. Mashod, R.K. Alhassan, F.K. Mahama, A. Zakaria, A. Brennan, T. Wallace, R. Kilbourne. 2015. 99 p. URL: https://www.un.org/disabilities/documents/unvf/DisabilityRights_InclusiveEduTrainingManual_10Dec2015.pdf (дата обращения: 01.04.2020).
16. Participation in inclusive education – a framework for developing indicators [Электронный ресурс] // Represented by the European Agency for Development in Special Needs Education, 2011. 58 p. URL: https://www.european-agency.org/sites/default/files/participation-in-inclusive-education-a-framework-for-developing-indicators_Participation-in-Inclusive-Education.pdf (дата обращения: 29.03.2020).
17. The Right of Children with Disabilities to Education: A Rights-Based Approach to Inclusive Education [Электронный ресурс] // Represented by the UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States in Geneva, 2012. 124 p. URL: https://www.unicef.org/disabilities/files/UNICEF_Right_to_Education_Children_Disabilities_En_Web.pdf (дата обращения: 29.03.2020).
18. *Van Mieghem A., Verschueren K., Petry K., Struyf E.* An analysis of research on inclusive education: a systematic search and meta review // *International Journal of Inclusive Education*. 2018. June. DOI: 10.1080/13603116.2018.1482012
19. *Virués-Ortega J., Haynes S.N.* Functional analysis in behavior therapy: behavioral foundations and clinical application // *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2005. Vol. 5. № 3. P. 567–587.

References

1. Alekhina S.V. Inklyuzivnoe obrazovanie: ot politiki k praktike [Inclusive Education: from Policy to Practice]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie=Psychological Science and Education*, 2016. Vol. 21, no. 1, pp. 136–145. DOI: 10.17759/pse.2016210112 (In Russ., abstr. in Engl.)

2. Alekhina S.V., Mel'nik Yu.V., Samsonova E.V., Shemanov A.Yu. On the Issue of Assessing the Inclusive Process in an Educational Organization: a Pilot Study. *Psikhologo-pedagogicheskie issledovaniya=Psychological-Educational Studies*, 2019. Vol. 11, no. 4, pp. 121–132 DOI: 10.17759/psyedu.2019110410 (Accessed: 26.03.2020) (In Russ., abstr. in Engl.)

3. Doklad po predstavleniyu promezhutochnykh rezul'tatov proekta "Opyt provedeniya otsenki inklyuzii v shkole: razrabotka i aprobatsiya instrumentov issledovaniya" [Report on the presentation of the interim results of the project "Experience in assessing inclusion in the school: development and testing of research tools"]. Yarskaya-Smirnova E.R. (Sc. Ed.), Razumovskaya T. (OL). Moscow. 2016. 19 p. Available at: <http://new.groteck.ru/images/catalog/30828/cc3be54d4866cc261b737feb41092eb9.pdf> (Accessed: 15.03.2020) (In Russ., abstr. in Engl.)

4. Nesterova A.A. Funktsionalistskii podkhod k sovместnomu obrazovaniyu i sotsial'noi adaptatsii detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya i detei, ne imeyushchikh narushenii razvitiya [Elektronnyi resurs] [A functionalist approach to co-education and social adaptation of children with limited health abilities and typically developed children] *Sotsial'naya politika i sotsiologiya=Social Policy and Sociology*, 2012, no. 3, pp. 85–90 (In Russ., Abstr. in Engl.)

5. Ryapisov N.A, Ryapisova A.G. Monitoring effektivnosti inklyuzivnoi praktiki [Monitoring the effectiveness of inclusive practices]. *Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta=Novosibirsk State Pedagogical University Bulletin*, 2016. vol. 1, no. 29, pp. 7–22. DOI: 10.15293/2226-3365.1601.01 (In Russ., abstr. in Engl.)

6. Tikhomirova E.L, Shadrova E.V. Metodika otsenki sformirovannosti inklyuzivnoi kul'tury vuza [Research instruments to evaluate the development of inclusive culture at universities] *Istoricheskaya i sotsial'no-obrazovatel'naya mysl'=Historical and Social Educational Ideas*, 2016, vol. 8, no. 5/3, pp. 163–167. DOI: 10.17748/2075-9908-2016-8-5/3-163-168 (In Russ., Abstr. in Engl.)

7. Shemanov A.Yu., Samsonova E.V. Special Education as a Resource for the Inclusive Educational Process. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie=Psychological Science and Education*, 2019, vol. 24, no. 6, pp. 38–46. DOI: 10.17759/pse.2019240604 (In Russ., abstr. in Engl.)

8. Alekhina S.V., Samsonova E.V., Yudina T.A. The foundation of an inclusive paradigm for contemporary education. *Specialusis ugdymas=Special Education*. 2018, vol. 1, no. 38, pp. 47–60. DOI: 10.21277/se.v1i38.366

9. Cook B.G., Cook L. An Examination of Highly-Cited Research on Inclusion. In Kauffman J.M. (ed.), *On Educational Inclusion: Meanings, History, Issues, and International Perspectives*. Vol. I. Routledge, 2020, pp. 130–159.

10. Ferry S. Bringing ABA Into Your Inclusive Classroom: A Guide to Improving Outcomes for Students with Autism Spectrum Disorders (review). *Education and Treatment of Children*. 2011, vol. 34, no. 2, pp. 290–294. DOI: 10.1353/etc.2011.0015

11. Hornby G. Inclusive special education: development of a new theory for the education of children with special educational needs and disabilities. *British Journal of Special Education*, 2015, vol. 42, no. 3, pp. 234–256. DOI: 10.1111/1467-8578.12101
12. Katz, J. Teaching to diversity: the three-block model of universal design for learning. Winnipeg, MB: Portage and Main Press, 2016. 198 p.
13. Kauffman J.M. Preface. In J.M. Kauffman (ed.), *On Educational Inclusion: Meanings, History, Issues, and International Perspectives*. Vol. I. Routledge, 2020, pp. 19–25.
14. Kauffman J.M., Badar J. Definitions and Other Issues. In J.M. Kauffman (ed.), *Educational Inclusion: Meanings, History, Issues, and International Perspectives*. Vol. I. Routledge, 2020, pp. 1–24.
15. Kuyini A.B., et al. Disability Rights Awareness and Inclusive Education Training Manual. CEVS8 Ghana, GES Special Education Division & Pathfinders Australia. Australia & Ghana / A.B. Kuyini, T.P. Otaah, B.M. Mohamed, H. Mumin, F. Mashod, R.K. Alhassan, F.K. Mahama, A. Zakaria, A. Brennan, T. Wallace, R. Kilbourne. 2015. 99 p. Available at: https://www.un.org/disabilities/documents/unvf/DisabilityRights_InclusiveEduTrainingManual_10Dec2015.pdf (Accessed: 04.04.2020).
16. Participation in inclusive education – a framework for developing indicators Represented by the European Agency for Development in Special Needs Education, 2011. 58 p. Available at: https://www.european-agency.org/sites/default/files/participation-in-inclusive-education-a-framework-for-developing-indicators_Participation-in-Inclusive-Education.pdf (Accessed: 04.04.2020).
17. The Right of Children with Disabilities to Education: A Rights-Based Approach to Inclusive Education. Represented by the UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States in Geneva, 2012. 124 p. Available at: https://www.unicef.org/disabilities/files/UNICEF_Right_to_Education_Children_Disabilities_En_Web.pdf (Accessed: 04.04.2020).
18. Van Mieghem A., Verschueren K., Petry K. and Struyf E. An analysis of research on inclusive education: a systematic search and meta review. *International Journal of Inclusive Education*. June 2018. DOI: 10.1080/13603116.2018.1482012
19. Virués-Ortega J., Haynes S.N. Functional analysis in behavior therapy: behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2005, vol. 5, no. 3, pp. 567–587.

ПРИЛОЖЕНИЕ

**Оценка экспертами неальтернативных параметров по их значимости для
 развития инклюзивного процесса в образовательной организации**

№ п/п	Оцениваемый набор параметров	Параметры оценки ИП, выбранные экспертами как значимые для инклюзии		Параметры, не достигшие консенсуса у экспертов
		Более значимые параметры по рангу* (в порядке убывания ранга)	Менее значимые параметры по рангу (в порядке убывания ранга)	
	1	2	3	4
1	степень значимости ценностей, которые определяют развитие инклюзивного образования $p < 0,01^a$, $p < 0,01^b$	уважение к человеку, принятие любого ребенка	вовлеченность в жизнь школьного сообщества; поддержка разнообразия	нет
2	приоритетность целей для инклюзивной образовательной организации $p < 0,01^a$, $p > 0,05^b$ (различий нет)	создание благоприятной среды обучения; овладение знаниями и навыками для независимой взрослой жизни; удовлетворение образовательных потребностей; получение качественного образования; социальная успешность выпускника	-- (все предложенные экспертам цели отличались по своему рангу от цели с наивысшим рангом менее чем на 10%)	нет
3	степень значимости методов, которые целесообразно применять в управлении инклюзивным процессом в образовательной организации $p < 0,03^a$, $p < 0,01^b$	командное взаимодействие; методы поддержания положительного социально- психологического климата	анализ и учет рисков; сетевое взаимодействие	делегирование полномочий; проектный метод; перераспреде- ление внутренних ресурсов организации
4	степень значимости компонентов образовательного процесса, влияющих на развитие инклюзии $p < 0,01^a$, $p < 0,01^b$	командная работа учителей и специалистов; психолого-педагогическое сопровождение	деятельность психолого- педагогического консилиума; реализация программ дополнительного образования	нет

5	степень значимости образовательных результатов обучающихся в образовательной организации, развивающей инклюзию $p < 0,01^a$, $p < 0,01^b$	социальные компетенции; коммуникативные навыки; жизненные навыки;	универсальные учебные действия	академические образовательные результаты; начальные профессиональные навыки
6	степень значимости образовательных результатов обучающихся с ОВЗ в образовательной организации, развивающей инклюзию $p < 0,01^a$, $p < 0,01^b$	коммуникативные навыки; жизненные навыки; социальные компетенции	универсальные учебные действия	академические образовательные результаты; начальные профессиональные навыки
7	степень значимости индикаторов, определяющих успешность обучающегося с ОВЗ в инклюзивном классе $p < 0,05^a$, $p < 0,01^b$	социальная адаптация; желание идти в школу	самостоятельность в учебной деятельности; отсутствие конфликтов с детьми класса; активность на уроке	получение хороших оценок
8	степень значимости показателей для развития инклюзивного сообщества в классе $p < 0,05^a$, $p < 0,01^b$	эмоциональное благополучие каждого ученика; оказание взаимной помощи и поддержки в классном сообществе	участие в регуляции совместной деятельности в группе; участие каждого ученика в мероприятиях образовательной организации	участие в различных формах ученического самоуправления
9	степень значимости условий, необходимых для развития инклюзивного образования $p < 0,01^a$, $p < 0,001^b$	подготовленные к работе в условиях инклюзии учителя и специалисты; руководители образовательных организаций принимают активное участие в формировании; инклюзивной политики командная работа	участие родителей в образовательном процессе; наличие ассистивных технологий	нет
10	степень значимости компетенций, которые необходимо иметь педагогу для успешной реализации инклюзивного образования	умение создавать комфортную психологическую среду; владение приемами поддержки достижений ребенка; умение выстраивать коммуникацию со всеми участниками	владение навыками создания дидактических материалов для урока с учетом образовательных потребностей учеников; владение приемами	нет

	$p < 0,001^a$, $p < 0,001^b$	образовательного процесса; владение методами выявления образовательных потребностей каждого ребенка	интерактивного обучения	
11	степень значимости компетенций, которые необходимо иметь руководителю образовательной организации для успешной реализации инклюзивного образования $p < 0,05^a$, $p < 0,001^b$	умение организовать профессиональную команду единомышленников и успешно управлять ее деятельностью; иметь активную жизненную позицию по отношению к реализации права на получение всеми обучающимися доступного качественного образования; владение методами быстро и гибко реагировать на перемены; знание нормативно- правовой базы инклюзивного образования; знать философию инклюзии и разделять инклюзивные ценности; умение действовать в режиме многозадачности, распределяя ответственность	владение методами оценки и рефлексии образовательных процессов; владение способами обеспечения инновационного развития ОО	нет
12	степень значимости признаков, которые определяют успешность образовательной организации в развитии инклюзии $p < 0,01^a$, $p < 0,001^b$	все обучающиеся с желанием посещают образовательную организацию; успешная социализация всех обучающихся; положительная динамика обучения и развития каждого обучающегося	устойчивое развитие образовательной организации; наличие обучающихся с ОВЗ, не переведенных на обучение на дому	количество обучающихся с особыми образовательн ыми потребностями; высокие образовательн ые результаты всех обучающихся; отсутствие жалоб со стороны родителей

Примечания. * – более 90% от высшего ранга в группе параметров; ^a – статистическая значимость отличия эмпирических распределений баллов, выставяемых экспертами оцениваемому параметру, от равномерного теоретического распределения по критерию согласия χ^2 Пирсона (по наименьшему уровню значимости); ^b – статистическая значимость отличия между собой средних баллов, выставяемых экспертами по оцениваемым параметрам, по критерию Фридмана.

Алехина С.В., Мельник Ю.В., Самсонова Е.В. и др.
Экспертная оценка параметров инклюзивного
процесса в образовании
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 62–78.

Alekhina S.V., Mel'nik Yu.V., Samsonova E.V., et al.
The Expert Assessing of Inclusive Process
Parameters in Education
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 62–78.

Информация об авторах

Алехина Светлана Владимировна, кандидат психологических наук, проректор по инклюзивному образованию, директор, Институт проблем инклюзивного образования, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9374-5639>, e-mail: ipio.mgppu@gmail.com

Мельник Юлия Владимировна, кандидат педагогических наук, старший научный сотрудник, Научно-методический центр Института проблем инклюзивного образования, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5851-3226>, e-mail: melnik_stav@mail.ru

Самсонова Елена Валентиновна, кандидат психологических наук, руководитель, Научно-методический центр Института проблем инклюзивного образования, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8961-1438>, e-mail: samsonovaev@mgppu.ru

Шеманов Алексей Юрьевич, доктор философских наук, профессор, кафедра специальной психологии и реабилитации факультета клинической и специальной психологии, ведущий научный сотрудник, Научно-методический центр Института проблем инклюзивного образования, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3925-3534>, e-mail: shemanovayu@mgppu.ru

Information about the authors

Svetlana V. Alekhina, PhD in Psychology, Vice-Rector on Inclusive Education, Chief of the Institute of Inclusive Education Problems, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9374-5639>, e-mail: ipio.mgppu@gmail.com

Yulia V. Mel'nik, PhD in Pedagogy, Senior Researcher of Scientific and Methodological Center of the Institute of Inclusive Education Problems, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5851-3226>, e-mail: melnik_stav@mail.ru

Elena V. Samsonova, PhD in Psychology, Chief of Scientific and Methodological Center of the Institute of Inclusive Education Problems, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8961-1438>, e-mail: samsonovaev@mgppu.ru

Alexey Yu. Shemanov, doctor in philosophy, Professor, Department of Special Psychology and Rehabilitation of the Faculty of Clinical and Special Psychology, Leading Researcher of Scientific and Methodological Center of the Institute of Inclusive Education Problems, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3925-3534>, e-mail: shemanovayu@mgppu.ru

Получена: 13.04.2020

Received: 13.04.2020

Принята в печать: 31.05.2020

Accepted: 31.05.2020

Исследование адаптивного статуса и аутистических проявлений у разновозрастных групп пациентов с моногенной формой расстройств аутистического спектра – синдромом Мартина–Белл

Данилина К.К.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0396-2884>, e-mail: d-kk@mail.ru*

Горбачевская Н.Л.

*Научный центр психического здоровья РАМН (ФГБНУ НЦПЗ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8558-9007>, e-mail: gorbachevskaya@yandex.ru*

В статье обобщены данные психологического исследования группы разновозрастных испытуемых (2–34 года, 55 лиц мужского пола и 6 женского пола) с моногенной формой наследственного нарушения когнитивных функций, сочетающейся с аутистическими проявлениями, – синдромом Мартина–Белл (FXS). В результате анализа комплекса психологических данных были выявлены значительные когнитивные нарушения, сохраняющиеся на всем исследованном возрастном интервале. Для оценки аутистических нарушений использовались Социально-коммуникативный опросник (SCQ) и диагностическая шкала детского аутизма CARS-2. Согласно полученным данным аутистические нарушения наблюдались в среднем у 60% испытуемых (меньше у лиц женского пола) и были максимально представлены в возрасте 8–12 лет. Использование плана диагностического обследования при аутизме ADOS-2 позволило показать, что основной вклад в общий балл аутистических проявлений дает шкала Социального аффекта. Практически все испытуемые демонстрировали существенно сниженный уровень адаптивных навыков. Самые низкие значения показателей по шкалам Коммуникации, Социализации и Повседневных житейских навыков наблюдались в возрасте 8–12 лет. С возрастом наблюдалось повышение балла только по шкале Повседневных житейских навыков. Было также показано, что более высокая степень адаптации и относительно высокие показатели невербального интеллекта наблюдались у детей с менее выраженной аутистической симптоматикой.

Ключевые слова: синдром умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой X, расстройства аутистического спектра, синдром Мартина–Белл, синдром ломкой хромосомы X, социализация, невербальный интеллект, адаптивные навыки.

Данилина К.К., Горбачевская Н.Л. Исследование адаптивного статуса и аутистических проявлений у разновозрастных групп пациентов с моногенной формой расстройств аутистического спектра – синдромом Мартина–Белл
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 79–98.

Danilina K.K., Gorbachevskaya N.L. Adaptive Status, Autistic Symptoms and Cognitive Profile in Patients with Monogenic Form of Autism Spectrum Disorders – Fragile X Syndrome
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 79–98.

Финансирование: работа выполнена при поддержке гранта РФФИ 19-013-00750.

Для цитаты: Данилина К.К., Горбачевская Н.Л. Исследование адаптивного статуса и аутистических проявлений у разновозрастных групп пациентов с моногенной формой расстройств аутистического спектра – синдромом Мартина–Белл [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 79–98. DOI: 10.17759/cpse.2020090204

Adaptive Status, Autistic Symptoms and Cognitive Profile in Patients with Monogenic Form of Autism Spectrum Disorders – Fragile X Syndrome

Kamilla K. Danilina

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0396-2884>, e-mail: d-kk@mail.ru

Natalia L. Gorbachevskaya

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8558-9007>, e-mail: gorbachevskaya@yandex.ru

The article analyzes psychological data of a large group (55 males and 6 females) of subjects with monogenic form of hereditary cognitive impairment with autistic symptoms – Martin-Bell syndrome (FXS) at different age ranges (from 2 to 34 years old). As a result of the analysis, significant cognitive impairments were identified, which persisted throughout the studied age interval (IQ 50 ± 2.1 in males and 60 ± 5.6 in females). Autistic disorders were observed on average in 60% of subjects (less in females) and were most pronounced at 8-12 years. Use of Autism Diagnostic Observation Scale-2 (ADOS-2) allowed us to show that “Social Affect” scale makes the main contribution to overall score of autistic manifestations. Almost all subjects showed a significantly reduced level of adaptive skills. The lowest scores on “Communication”, “Socialization” and “Everyday life skills” scales were observed at the age of 8-12 years. With increase in age, subjects improved only on “Daily Life Skills” scale. It was also shown that a higher degree of adaptation and better nonverbal intelligence was observed in children with less severe autistic symptoms.

Keywords: mental retardation syndrome linked to fragile X chromosome; autism spectrum disorders; Martin-Bell Syndrome; fragile X syndrome; socialization; nonverbal intelligence, adaptive skills.

Funding: this work was supported by RFBR grant № 19-013-00750.

For citation: Danilina K.K., Gorbachevskaya N.L. Adaptive Status, Autistic Symptoms and Cognitive Profile in Patients with Monogenic Form of Autism Spectrum Disorders – Fragile X Syndrome. *Klinicheskaja i spetsial'naja psichologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 2, pp. 79–98. DOI: 10.17759/cpse.2020090204 (In Russ.)

Введение

Среди синдромальных форм расстройств аутистического спектра (РАС) синдром умственной отсталости, сцепленный с ломкой хромосомой X (синдром Мартина–Белл, FXS), является наиболее частой причиной аутизма [8; 23; 26]. Этот синдром интенсивно изучается в последнее время, поскольку он может быть моделью для исследования синаптических механизмов регуляции нейронных сетей при РАС [31]. При полной мутации гена FMR1 происходит увеличение числа тринуклеотидных CGG-повторов (более 200), что приводит к метилированию промотора этого гена и полному отсутствию белка FMRP у лиц мужского пола [9; 32]. У лиц женского пола из-за наличия второй хромосомы X белок будет вырабатываться в клетках, содержащих нормальную копию гена. У людей с полной мутацией гена наблюдаются когнитивные нарушения, стереотипное поведение, трудности коммуникации и социального взаимодействия, высокая социальная тревожность, робость, избегание зрительного контакта, ускоренный темп речи с многочисленными повторами, запинками, эхолалиями, гиперактивность с дефицитом внимания, гиперчувствительность к сенсорным стимулам [3; 20], а также соединительнотканые нарушения [10; 19]. В зависимости от количества белка специфический поведенческий фенотип у людей с FXS проявляется в разной степени. В этой работе мы приводим данные комплексного психологического исследования группы разновозрастных пациентов с этим синдромом, акцентируя внимание на основных дефицитах и наиболее уязвимых возрастных периодах, требующих дополнительной поддержки.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 61 человек в возрасте от 2 лет 3 месяцев до 34 лет 1 месяца (55 участников мужского пола и 6 участниц женского пола) с подтвержденным генетическим диагнозом «синдром Мартина–Белл». Были выделены 5 групп испытуемых согласно их хронологическому возрасту на основании общепринятой медицинской классификации: 1–3 года (10 человек), 3–7 лет (18 человек), 8–12 лет (17 человек), 13–16 лет (8 человек) и от 17 лет и старше (8 человек).

Для оценки уровня социальной адаптации использовалась Шкала адаптивного поведения Вайнленд (VABS-II), описанная ниже более подробно. Симптомы, связанные с РАС, оценивались с помощью Социально-коммуникативного опросника (SCQ) и рейтинговой шкалы аутизма у детей (CARS-2). Для количественной оценки симптоматики РАС и для лучшей клинической оценки диагнозов у части испытуемых мы использовали стандартизированную методику оценки общения, социального взаимодействия, игры и ограниченного/повторяющегося поведения

ADOS-2 [22]. Такой набор методов позволил сделать выводы о полиморфизме клинических проявлений у испытуемых в различных областях развития.

Шкала адаптивного поведения Вайнленд. Адаптивное функционирование измерялось с помощью шкалы адаптивного поведения Вайнленд (Vineland) второго издания (VABS-II) [29]. VABS-II – это полуструктурированное интервью для оценки людей от рождения до 90 лет, которое позволяет оценить четыре различные сферы функционирования: общение, навыки повседневной жизни, социализация и двигательные навыки с адаптивным комплексом поведения (АВС) (апробация на русской выборке – Жукова М.А., Овчинникова И.В., Григоренко Е.Л. [2]). В оригинальном исследовании внутренняя надежность и надежность повторного тестирования составляла от 0,81 до 0,90 для субшкал и от 0,94 до 0,97 – для шкалы АВС. Основные сферы жизнедеятельности оцениваются исходя из трехбалльной системы, где 2 балла присваиваются, если навык сформирован, 1 балл – если сформирован наполовину и 0 баллов – если не сформирован. Итоговый балл уровня адаптации представляет собой сумму стандартных баллов по всем шкалам. Уровень адаптации в зависимости от итогового балла может быть описан как высокий, умеренно высокий, средний, умеренно низкий или низкий. Отдельно представлена шкала дезадаптации. В нашем исследовании 41 человек был отобран с помощью простого случайного отбора для участия в исследовании и далее обследован по шкале Вайнленд.

Аутистические проявления. Социально-коммуникативный опросник (SCQ, Social Communication Questionnaire) [5]. Социально-коммуникативный опросник – скрининговая методика, которая помогает выявить симптомы, связанные с РАС. На российской выборке опросник не валидизировался, поэтому результаты по нему следует рассматривать с осторожностью. Методика состоит из 40 вопросов, на все вопросы отвечают родители детей возраста 36–82 месяца. Чувствительность методики (доля положительных результатов, которые идентифицированы верно) составляет 0,74, специфичность (доля отрицательных результатов, которые идентифицированы верно) – 0,54. Балл 15 и выше говорит о возможном наличии расстройств аутистического спектра. С помощью данной шкалы было обследовано 36 человек.

Рейтинговая шкала детского аутизма, CARS-2 (Childhood Autism Rating Scale) – один из наиболее широко используемых инструментов для первичного скрининга симптомов аутизма [27]. Оценка основана на клинических наблюдениях за поведением ребенка, данные валидации на российской выборке не доступны. Методика состоит из 15 разделов: Взаимоотношение с людьми, Имитация, Эмоциональная реакция, Владение телом, Использование объектов, Адаптация к изменениям, Визуальная реакция, Слуховая реакция, Вкус, Запах и Реакция на прикосновение и осязания, Боязнь или нервозность, Невербальная коммуникация, Уровень активности, Уровень и степень интеллектуального отклика и Общее впечатление. Итоговый балл считается как общая сумма баллов по всем параметрам. Диапазон баллов 15–30 говорит об отсутствии аутизма, 30–36 – о проявлениях аутизма от легкого и среднего уровня тяжести, выше 36 баллов – тяжелые

проявления аутизма. 38 человек были случайно отобраны для участия в исследовании и далее обследованы по этой шкале.

ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, 2nd edition) – полуструктурированная стандартизированная оценка общения, социального взаимодействия, игры и ограниченного/повторяющегося поведения. ADOS-2 позволяет дать качественную и количественную квалификацию имеющихся симптомов относительно критериев, используемых в DSM-5 и МКБ-10. План обследования включает в себя серию стандартных ситуаций, провоцирующих ребенка на взаимодействие с интервьюером. Оценивается общение, социальное взаимодействие, игра, стереотипные формы поведения. ADOS-2 состоит из пяти модулей, в каждом из которых предусмотрен свой протокол (модули 1-4, модуль Т). Методика была переведена на русский язык, апробирована на англоязычной выборке. Чувствительность ADOS-2 варьируется от 0,83 до 0,91, а специфичность варьируется от 0,86 до 0,94 [22]. Методика может использоваться у людей любого возраста, однако при отсутствии речи во взрослом возрасте применяться не может. Методика проходит валидизацию на русскоязычной выборке (на данный момент с помощью методики протестировано более 100 человек). В силу отсутствия стандартизированных показателей по шкале, а также данных о валидности для российской популяции результаты по шкале ADOS-2 нельзя считать надежными.

Для всех групп испытуемых были посчитаны средние значения общих баллов по всем шкалам, по которым они были обследованы. Отдельно были посчитаны средние значения по субтестам шкалы Вайнленд, чтобы более детально оценить профиль адаптации. Проверка на нормальность распределения баллов по всем методикам показала, что данные распределены нормально только по шкале Вайнленд в выборке испытуемых 4–7 лет и по шкале SCQ в выборке испытуемых 4–7 лет ($p=0,44$ и $p=0,5$ по критерию Шапиро–Уилка, соответственно). Поэтому статистический анализ проводился с помощью непараметрических критериев: рангового метода проверки равенства медиан Краскела–Уоллиса, рангового корреляционного анализа Ч. Спирмена и U-критерия Манна–Уитни.

Результаты исследования

Аутистические проявления

В нашем исследовании 23 человека были обследованы с помощью методики ADOS-2 и 50 человек – посредством методик SCQ (бланки «В настоящее время» и «В течение жизни») и CARS-2. Все три методики выявили наличие аутистических проявлений на всем исследованном возрастном диапазоне. Согласно результатам по методике ADOS-2 69% обследованных были отнесены к группе «аутизм», а 13% – к группе «спектр аутизма». Группа «спектр аутизма» предполагает меньшее количество симптомов РАС, чем в ядерной группе «аутизм», однако больше, чем при отсутствии РАС. По методике CARS-2 50% обследованных набрали высокий балл, позволяющий говорить о тяжелых нарушениях аутистического спектра. С помощью критерия Краскела–Уоллиса было проведено сравнение средних значений по

опросникам SCQ и CARS-2 в исследуемых возрастных группах. Данные представлены в таблице 1.

Согласно результатам по методике SCQ 40% испытуемых набрали высокие баллы по бланку «В течение жизни». Методика SCQ состоит из двух бланков «В настоящее время» и «В течение жизни». Бланк «В настоящее время» позволяет отследить динамику проявлений РАС, а «В течение жизни» – провести скрининг на возможные симптомы РАС. Показатели для бланка SCQ «В настоящее время» с возрастом изменяются незначительно, хотя и наблюдается тенденция к менее выраженным аутистическим проявлениям в старших возрастных группах. Данные групп испытуемых 1–3 лет и 18–35 лет не анализировались в силу малого количества испытуемых. У обследуемых 8–12 лет в обоих бланках были обнаружены максимальные баллы выраженности аутистической симптоматики в сравнении с другими группами. Кроме того, для бланка «В течение жизни» группы сравнивались попарно с помощью U-критерия Манна–Уитни. Выявлены достоверные отличия возрастной группы детей 8–12 лет от группы детей 4–7 лет ($U=44$, $p<0,05$), то есть в возрасте 8–12 лет отмечается максимальная выраженность потенциальных симптомов РАС. У мальчиков пик аутистических проявлений приходится на 8–12 лет, где максимальное значение балла SCQ в течение жизни равно 22,5. В группе обследуемых 4–7 лет наблюдалось существенное снижение баллов по опроснику CARS-2, в то время как максимальный балл отмечался у обследуемых 8–12 лет.

Таблица 1

Средние значения опросников SCQ и CARS-2 в разных возрастных группах и отдельно у лиц мужского пола

Шкалы	1-3 лет		4-7 лет		8-12 лет		13-17 лет		18-35 лет	
	FXS	FXS М	FXS	FXS М	FXS	FXS М	FXS	FXS М	FXS	FXS М
SCQ, в течение жизни*	16,4	14,5	14	14,6	22,5	22,6	12,6	11,7	16,3	16,3
SCQ, в настоящее время	-	11	12,2	15,3	14	14	9,7	9,7	-	9
CARS-2**	36,2	-	20,8	-	28,6	-	14,5	-	-	-

Примечания. FXS – данные по всей группе с FXS, FXS М – данные только для лиц мужского пола с FXS. * – $p<0,01$; ** – $p<0,05$.

Корреляция аутистических проявлений в течение жизни, измеренных с помощью опросника SCQ, и суммарного балла адаптации составила -0,51 при $p<0,01$. Таким образом, при более выраженных аутистических проявлениях адаптация людей с FXS ниже. Эти данные позволят в будущих исследованиях оценить влияние аутистических проявлений на профиль адаптации.

Мы также сравнили баллы по отдельным субшкалам (Социальный аффект и Стереотипное поведение) методики ADOS-2, данные рассматривались отдельно для модулей 1, 2 и 3 методики ADOS-2. Итоговый балл по шкале ADOS-2 включает в себя сумму балла по этим двум субшкалам. Субшкала Социальный аффект оценивает необычный глазной контакт, выражение лица, инициирование совместного внимания и другие формы поведения, кроме стереотипного. Различные формы повторяющегося поведения оценивает субшкала Стереотипное поведение. Для каждого испытуемого модуль выбирался в соответствии с уровнем развития речи и возрастом. В результате всех участников исследования мы разделили на 3 подгруппы по результату методики ADOS-2: FXS+аутизм, FXS+PAC, FXS без аутизма. Согласно нашим данным (рис. 1), у испытуемых с FXS, которые в конечном итоге попадают в группы «аутизм» или «расстройства аутистического спектра», больший вклад в общий балл дает шкала Социального аффекта (бесцветные диаграммы на рисунке) и меньший – Стереотипные и ограниченные формы поведения (закрашенные диаграммы на рисунке).

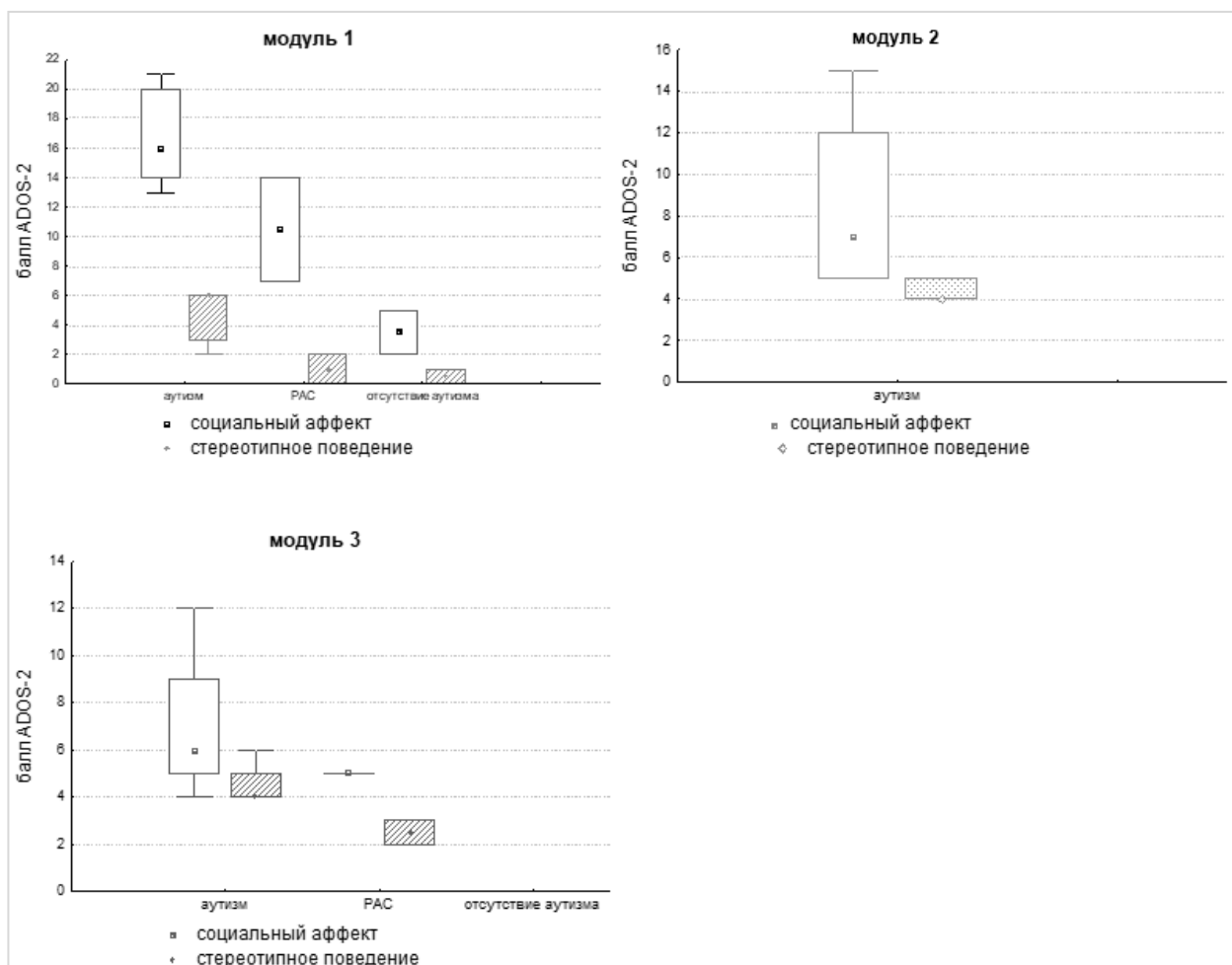


Рис. 1. Баллы по субшкалам Социальный аффект и Стереотипные и ограниченные формы поведения методики ADOS-2 в трех группах испытуемых: FXS+аутизм, FXS+PAC, FXS

Для модуля 1 (верхняя левая диаграмма): испытуемые с FXS+аутизм демонстрируют высокий балл по шкале Социального аффекта и низкий – по шкале Стереотипных и ограниченных форм поведения. Такие же результаты получены для группы FXS+РАС.

Для модуля 2 (верхняя правая диаграмма): испытуемые с FXS+аутизм демонстрируют высокий балл по шкале Социального аффекта. Данные для других групп недоступны.

Для модуля 3 (нижняя левая диаграмма): испытуемые с FXS+аутизм демонстрируют больший балл по шкале Социального аффекта и меньший – по шкале Стереотипных и ограниченных форм поведения. Такие же результаты получены для группы FXS+РАС.

Навыки адаптации

В таблице 2 приведены значения следующих навыков адаптивного поведения, измеренные с помощью шкалы Вайнленд: коммуникация, социализация, повседневные житейские навыки и моторные навыки. Данные сравнивались с помощью критерия Краскела–Уоллиса на смешанной выборке испытуемых с FXS. Кроме того, проводилось попарное сравнение группы детей 8–12 лет с другими группами по U-критерию Манна–Уитни.

Результаты показывают, что навыки социализации в старших возрастных группах по сравнению с младшими снижены. На первый план также выступает группа детей 8–12 лет, в которой балл по шкале социализации достоверно ниже, чем в возрастных группах 4–7 и 13–17 лет. Значения U-критерия Манна–Уитни при сравнении группы детей 8–12 лет с группами 4–7 и 13–17 лет составили 88 и 84, соответственно, $p < 0,05$.

Максимальные значения по шкале «Коммуникация» наблюдались у обследуемых младших возрастных групп – 1–3 лет и 4–7 лет. Снижение навыков коммуникации характерно для детей 8–12 лет, у которых наблюдались достоверные отличия от группы детей 4–7 лет ($U=414$, $p < 0,05$). По субтесту «Повседневные житейские навыки» относительно высокий балл отмечался в группах обследуемых 1–3 лет и 4–7 лет; у обследуемых 8–12 лет обнаружено снижение показателя. Выявлено достоверное отличие группы детей 8–12 лет от группы 4–7 лет ($U=491$, $p < 0,05$). В старших возрастных группах отмечается увеличение значений по субтесту, оценивающему повседневные житейские навыки. По шкале «Моторные навыки» доступны данные только для возрастных групп 1–3 года и 4–7 лет. Однако у детей 4–7 лет стандартный средний балл ниже, чем у детей 1–3 лет.

На рисунке 3 представлены значения суммарного балла адаптации и балла дезадаптации в разных возрастных группах. Данные оценивались с помощью критерия Краскела–Уоллиса ($H(4, 125)=26$, $p < 0,01$; $H(4, 125)=6$, $p > 0,05$). Максимальный балл по дезадаптации характерен для группы 8–12 лет, самый низкий балл по дезадаптации наблюдается в младшем возрасте – 1–3 года.

В старших возрастных группах дезадаптивное поведение также выражено меньше, чем у испытуемых 8–12 лет, и показатель дезадаптации снижается. Похожая тенденция характерна для показателей уровня адаптации. Самые низкие значения адаптации наблюдаются в возрасте 8–12 лет, а самые высокие – у обследуемых 1–3 лет.

Таблица 2

**Навыки адаптивного поведения в разных возрастных группах
(стандартные баллы)**

Возрастная группа	Социализация	Коммуникация	Повседневные житейские навыки	Моторные навыки
1–3 года	68	68	70	71
4–7 лет	53	46	47	26
8–12 лет	42	33	35	-
13–17 лет	51	38	49	-
18–35 лет	46	30	50	-

Примечания. Стандартные баллы по моторным навыкам для групп детей 8–12, 13–17 и 18–35 лет недоступны.

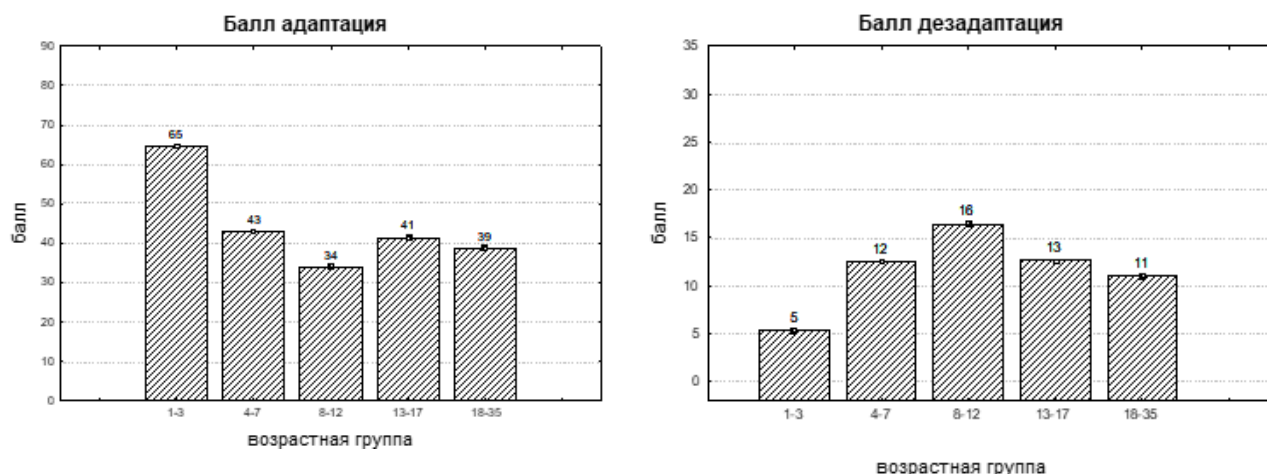


Рис. 3. Баллы по шкалам адаптации и дезадаптации в разных возрастных группах.

Таким образом, в результате анализа навыков адаптации и аутистических проявлений у людей с FXS было получено, что аутистические проявления максимально выражены в возрасте 8–12 лет. Была обнаружена связь аутистических

проявлений с уровнем адаптации. По всем шкалам адаптации самые низкие показатели также были характерны для испытуемых 8–12 лет.

Обсуждение результатов

Полученные результаты по различным методикам выявили особенности развития у людей с синдромом Мартина–Белл, которые формируют специфический для этой группы профиль.

В предыдущей работе нами было показано, что использование шкалы Вайнленд и опросников SCQ и CARS-2 позволяет провести относительно комплексную оценку социально-психологического состояния людей с FXS [28]. При этом шкала адаптивного поведения Вайнленд служит для выявления особенностей социальной адаптации ребенка, а опросники SCQ и CARS-2 и методика ADOS-2 направлены на оценку симптомов, связанных с PAC. Полученные результаты далее будут рассмотрены в контексте оцениваемых сфер.

Навыки социальной адаптации. Адаптивное поведение критически важно для успешного функционирования и напрямую влияет на все остальные сферы жизнедеятельности личности [25; 29; 33]. При этом в литературе не так много исследований, посвященных изучению изменений сформированности навыков адаптивного поведения в возрастной перспективе.

Уровень адаптации людей с FXS изучен достаточно подробно. Снижение адаптивных навыков у людей с синдромом Мартина–Белл показано многими авторами. Е. Дукенс с соавторами выявили у этой группы людей нарушения по таким субтестам шкалы Вайнленд, как Коммуникация и Социализация. Внутри субтеста Повседневных житейских навыков персональные навыки (такие как мытье, причесывание и т.д.), а также домашние навыки (например, приготовление пищи, уборка) были развиты лучше, чем общественные навыки (зарабатывание денег, устройство на работу). Для этой группы характерны также нарушения в сферах социальных навыков и навыков коммуникации [6]. В настоящей работе полученные результаты показывают, что с самого раннего возраста все показатели адаптации снижены приблизительно одинаково (не выше 70 баллов).

После трех лет наблюдается выраженная задержка формирования моторных навыков. По остальным навыкам (коммуникация, социализация, повседневные житейские навыки) наблюдается следующая тенденция: самые высокие баллы характерны для группы обследуемых 1–3 лет. В возрасте 4–7 лет баллы по этим навыкам либо незначительно снижены, либо не изменяются. Самые низкие показатели по шкалам Коммуникации, Социализации и Повседневных житейских навыков наблюдаются у детей 8–12 лет. В группе подростков 13–17 лет баллы по Социализации и Повседневным житейским навыкам увеличиваются, а показатели по шкале Коммуникация остаются на том же уровне. В старшем возрасте (18–35 лет) показатели по шкалам Коммуникация и Социализация снижаются по сравнению с предыдущей возрастной группой, а уровень повседневных навыков растет.

Интересно отметить, что у обследуемых 8–12 лет наблюдалось также увеличение аутистической симптоматики.

Исследования Е. Dykens [6], посвященные возрастной динамике адаптивного поведения у людей с синдромом Мартина–Белл в возрасте от 1 до 17 лет, выявили, что до 11 лет испытуемые активно приобретали навыки адаптивного поведения. В возрасте от 11 до 20 лет у этих же испытуемых повышения показателей адаптивного поведения не наблюдалось, а изменения в адаптивном поведении были неоднозначными: у 45% детей отмечалось незначительное повышение баллов по соответствующим шкалам, а у 55% – умеренное снижение. В том же исследовании было показано, что у мальчиков в возрасте от 1 года до 5 лет наблюдалось значительное улучшение адаптивных навыков поведения, у мальчиков от 6 до 10 лет – умеренное их улучшение, а мальчики в возрасте от 11 до 15 лет и юноши в возрасте от 16 до 20 лет демонстрировали наибольший разброс данных и отсутствие положительной тенденции в адаптивных навыках поведения.

Исследование G.S. Fisch, в котором анализировались возрастоспецифичные изменения адаптивного поведения у людей с FXS выявили снижение показателей по всем субтестам Шкалы адаптивного поведения Вайнленд по мере взросления человека [7].

В совокупности с данными предыдущих исследований можно предположить, что существует потенциальный профиль адаптивного поведения, где самые высокие показатели адаптивности характерны для детей возраста 1–3 лет, самые низкие – для детей 8–12 лет, а в более старшем возрасте показатели выходят на плато. Однако для подтверждения этого потенциального профиля должны быть проведены масштабные лонгитюдные исследования адаптивного поведения людей с синдромом Мартина–Белл. Гипотетически наличие такого рода профиля может улучшить качество жизни людей с FXS, так как члены их семей и педагоги смогут более осознанно подходить к их обучению и воспитанию.

Симптоматика расстройств аутистического спектра. В нашем исследовании аутистические проявления были выявлены более чем у 50% испытуемых. При синдроме Мартина–Белл они являются одной из характерных особенностей в основном за счет особенностей развития речи (эхолалии, выраженные персеверации, быстрый темп речи), стереотипий (похлопываний руками, поворотов вокруг своей оси, подпрыгиваний, встряхиваний кистями) [4]. У мальчиков и мужчин с FXS аутистические черты встречаются чаще (60%), чем у женщин (20%), как и в случае с несиндромальными формами РАС [13; 21].

Согласно имеющимся данным профиль РАС, характерный для людей с синдромом Мартина–Белл, существенно отличается от профиля РАС другого происхождения [18]. Однако поскольку в настоящее время синдром Мартина–Белл считается синдромальной формой РАС, изучение именно этой группы представляет интерес для понимания механизма аутизма в целом. В нашем исследовании была выявлена отрицательная корреляция баллов Социально-коммуникативного

опросника (SCQ) с возрастом, которая наблюдалась как в отношении результатов по бланку «В настоящее время», так и по бланку «В течение жизни». Полученные данные согласуются с результатами предыдущего исследования, которое показало меньшую выраженность симптоматики аутизма в старших возрастных группах [1]. В других исследованиях также было показано, что черты РАС могут становиться менее выраженными с возрастом: у детей с FXS аутизм диагностируется примерно в 49% случаев, в то время как у подростков и взрослых – в 41% [14; 17; 30]. В лонгитюдном исследовании М. Lee с соавторами 54,8% мальчиков и 41,5% девочек в возрасте 8,5–9 лет с полной мутацией гена FMR1 были отнесены к диагностической группе РАС [21].

В настоящем исследовании была обнаружена тенденция к увеличению симптоматики аутизма в группе детей 8–12 лет, затем ее снижение в старшем возрасте. Пока в литературе нет однозначного объяснения того, почему аутистические симптомы проявляются более выраженно в этом возрастном диапазоне. Исследование причин таких возрастных трендов должно стать зоной ближайших исследований для понимания характера аутистических проявлений людей с FXS. Имеющиеся данные показывают, что «возрастной» профиль выраженности аутистических нарушений при FXS отличается от профиля людей с РАС другого генеза [15; 16].

Полученные данные по опроснику CARS-2 также указали на тенденцию усиления выраженности аутистической симптоматики в возрасте 8–12 лет и ее снижения в самой старшей возрастной группе. Это согласуется с литературными источниками, демонстрирующими снижение аутистических проявлений в старшем возрасте [11]. Авторы связывают это со своевременным ранним вмешательством и последующей коррекционной работой, которая снижает проявления аутистической симптоматики. Однако М. Lee с соавторами, напротив, выявили ухудшение показателей аутистической симптоматики у людей с синдромом FXS по мере увеличения возраста [21].

В литературе имеются данные, что в целом популяцию людей с синдромом Мартина–Белл можно разделить на две условные подгруппы [25]. В первую попадают люди с ярко выраженными аутистическими признаками, которые набирают высокие баллы по аутистическим шкалам. Другая представляет собой людей с FXS, не имеющих аутистических признаков и отличающихся от группы с аутистическими нарушениями как по параметрам адаптивного поведения, так и по типичным аутистическим признакам. Данные сравнительного анализа W. Kaufmann, проведенного на группах людей с аутизмом, FXS с аутистическими чертами и без них отражают существенно более сильную несформированность поведенческих и адаптивных навыков (преимущественно навыков социальной коммуникации) внутри группы людей с FXS с сопутствующими аутистическими чертами [18], что также позволяет говорить о существовании двух специфических подгрупп внутри данного синдрома.

Нами была выявлена отрицательная корреляция шкалы Адаптации и показателей опросника SCQ по бланку «В течение жизни», что согласуется

с имеющимися данными о более высокой степени адаптации у детей без коморбидной аутистической симптоматики [25]. Кроме того, в исследованиях отмечается также более низкий уровень аутистических проявлений у детей с высоким уровнем невербального интеллекта [12]. Это интересно рассмотреть в контексте полученных нами данных, где уровень аутистических проявлений существенно ниже у детей с более высоким уровнем социальной адаптации.

Оценка характера аутистических нарушений у людей с FXS представляет огромный интерес. Несмотря на то, что коморбидность аутистической симптоматики при FXS была выявлена достаточно давно, характер аутистических нарушений при FXS до сих пор недостаточно изучен. Схожи ли психологические механизмы, отвечающие за тяжесть аутистической симптоматики, при FXS и при «обычном» аутизме?

Полученные в настоящем исследовании данные позволяют предположить, что у людей с FXS и коморбидным аутизмом характер аутистических нарушений отличается от такового у людей только с аутизмом, что уже было представлено некоторыми авторами [9; 10]. По нашим данным, наибольший вклад в суммарный балл по шкале ADOS-2 дают различные социальные аффекты: необычный глазной контакт, выражение лица, инициирование совместного внимания и другие. При этом существенно меньше баллов дети и подростки набирали за различные стереотипные формы поведения, которые являются характерной чертой РАС без FXS. Это наталкивает на вывод о других механизмах, лежащих в основе аутизма при FXS. В свете полученных данных необходимо провести более детальное сравнение характера аутистических проявлений между группой людей с FXS и аутизмом и группой испытуемых с FXS без аутизма.

Для дальнейшего изучения представляет интерес группа детей в возрасте 1–3 лет, которая до сих пор относительно слабо изучена из-за поздней диагностики синдрома. Имеющиеся в литературе данные свидетельствуют о том, что такие черты, как повторяющееся поведение, стереотипии и интеллектуальные нарушения, характерны для детей с FXS с самого раннего возраста [24]. В связи с этим исследователи предполагают, что эти черты не являются специфическими чертами аутизма [14].

Полученные данные описывают характерные психологические особенности людей с синдромом Мартина–Белл в широком возрастном диапазоне. Среди ограничений исследования можно выделить срезовой метод оценки психологических особенностей при FXS, недостаточный объем выборки для анализа данных с помощью методов параметрической статистики, а также «разнокалиберные» по возрастному и половому составу выборки. Другое важное ограничение – использование методик, не валидизированных на российской популяции, вследствие чего полученные результаты должны использоваться с осторожностью и не должны экстраполироваться на всю генеральную совокупность людей с FXS. Для более полной картины необходимы подробные лонгитюдные исследования с использованием валидизированных методик, которые

позволят создать профиль развития людей с FXS и описать их состояние как в определенном возрасте, так и комплексно на протяжении широкого возрастного диапазона. Такого рода профиль имеет первостепенное практическое значение для людей с FXS и их семей, так как позволит более успешно интегрировать их в социум и улучшить качество жизни.

Полученные результаты позволяют предположить, что для людей с синдромом FXS характерен собственный профиль адаптации, отличный от расстройств аутистического спектра и других синдромальных нарушений. Проверка этой гипотезы станет задачей наших будущих исследований.

Выводы

1. У детей с FXS в возрасте 8–12 лет отмечаются более выраженные аутистические проявления, а также низкие показатели адаптивного поведения.

2. У людей с FXS выявлена отрицательная связь уровня адаптации и аутистических проявлений.

3. Результаты исследования позволяют предположить, что характер аутистических нарушений у людей с FXS отличается от особенностей поведения при классическом аутизме. Справедливость этого положения требует дальнейших проверок.

Литература

1. Данилина К.К. Социально-психологические особенности детей и подростков с синдромом умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой X // Дефектология. 2016. № 5. С. 10–20.

2. Овчинникова И.В., Жукова М.А., Григоренко Е.Л. Апробация методики Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS) на русскоязычной выборке // Вопросы психологии. 2018. № 6. С. 134–145.

3. Тюшкевич С.А., Переверзева Д.С., Мамохина У.А. и др. Рекомендации по комплексному сопровождению семей, воспитывающих детей с синдромальными формами РАС. Синдром умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой X. Методические рекомендации // Под ред. А.В. Хаустова. М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2018. 121 с.

4. Bassell G.J., Warren S.T. Fragile X syndrome: loss of local mRNA regulation alters synaptic development and function // Neuron. 2008. Vol. 60. № 2. P. 201–214. DOI: 10.1016/j.neuron.2008.10.004.

5. Berument S.K., Rutter M., Lord C., et al. Autism screening questionnaire: diagnostic validity // British Journal of Psychiatry. 1999. Vol. 175. № 5. P. 444–451. DOI: 10.1192/bjp.175.5.444.

Данилина К.К., Горбачевская Н.Л. Исследование адаптивного статуса и аутистических проявлений у разновозрастных групп пациентов с моногенной формой расстройств аутистического спектра – синдромом Мартина–Белл
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 79–98.

Danilina K.K., Gorbachevskaya N.L. Adaptive Status, Autistic Symptoms and Cognitive Profile in Patients with Monogenic Form of Autism Spectrum Disorders – Fragile X Syndrome
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 79–98.

6. *Dykens E., Ort S., Cohen I., et al.* Trajectories and profiles of adaptive behavior in males with fragile X syndrome: multicenter studies // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1996. Vol. 26. № 3. P. 287–301. DOI: 10.1007/bf02172475.

7. *Fisch G.S., Simensen R.J., Schroer R.J.* Longitudinal changes in cognitive and adaptive behavior scores in children and adolescents with the fragile X mutation or autism // *The Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2002. Vol. 32. № 2. P. 107–114. DOI: 10.1023/a:1014888505185.

8. *Garber K.B., Visootsak J., Warren S.T.* Fragile X syndrome // *European Journal of Human Genetics*. 2008. Vol. 16. № 6. P. 666–672. DOI: 10.1038/ejhg.2008.61.

9. *Hagerman R.J., Berry-Kravis E., Hazlett H., et al.* Fragile X syndrome // *Nature reviews Disease primers*. 2017. Vol. 3. № 17065, pp. 1–19. DOI: 10.1038/nrdp.2017.65.

10. *Hagerman R.J.* Lessons from Fragile X regarding neurobiology, autism, and neurodegeneration // *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2006. Vol. 27. № 1. P. 63–74. DOI: 10.1097/00004703-200602000-00012.

11. *Hagerman R.J.* The physical and behavioral phenotype // In R. Hagerman, P. Hagerman (rds.), *Fragile X syndrome: Diagnosis, treatment, and research*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, 2002, pp. 103–109.

12. *Harris J.C.* Brain and behavior in fragile X syndrome and idiopathic autism // *Archives of General Psychiatry*. 2011. Vol. 68. № 3. P. 230–231. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.11.

13. *Harris S.W., Goodlin-Jones B., Nowicki S., et al.* Autism profiles of males with fragile X syndrome // *American Journal of Mental Retardation*. 2008. Vol. 113. № 6. P. 427–438. DOI: 10.1352/2008.113:427-438

14. *Hartley S.L., Wheeler A.C., Mailick M.R., et al.* Autism symptoms across adulthood in Men with fragile X syndrome: a cross-sectional analysis // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015. Vol. 45. № 11. P. 3668–3679. DOI: 10.1007/s10803-015-2513-7.

15. *Hernandez R.N., Feinberg R.L., Vaurio R., et al.* Autism spectrum disorder in fragile X syndrome: a longitudinal evaluation // *American Journal of Medical Genetics - Part A*. 2009. Vol. 149A. № 6. P. 1125–1137. DOI: 10.1002/ajmg.a.32848.

16. *Hodapp R.M., Leckman J.F., Dykens E.M., et al.* K-ABC profiles in children with fragile X syndrome, Down syndrome, and nonspecific mental retardation // *American Journal of Mental Retardation*. 1992. Vol. 97. № 1. P. 39–46.

17. *Hogan A.L., Caravella K.E., Ezell J., et al.* Autism Spectrum Disorder Symptoms in Infants with Fragile X Syndrome: A Prospective Case Series // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2017. Vol. 47. № 6. P. 1628–1644. DOI: 10.1007/s10803-017-3081-9.

18. Kaufmann W.E., Cortell R., Kau A.S., et al. Autism spectrum disorder in fragile X syndrome: communication, social interaction and specific behaviors // American Journal of Medical Genetics - Part A. 2004. Vol. 129A. № 3. P. 225–234. DOI: 10.1002/ajmg.a.30229
19. Kidd S.A., Lachiewicz A., Barbouth D., et al. Fragile X syndrome: a review of associated medical problems // Pediatrics. 2014. Vol. 134. № 5. P. 995–1005. DOI: 10.1542/peds.2013-4301.
20. Lachiewicz A.M., Dawson D.V., Spiridigliozzi G.A. Physical characteristics of young boys with fragile X syndrome: reasons for difficulties in making a diagnosis in young males // American Journal of Medical Genetics. 2000. Vol. 92. № 4. P. 229–236. DOI: 10.1002/(sici)1096-8628(20000605)92:4<229::aid-ajmg1>3.0.co;2-k
21. Lee M., Martin G.E., Berry-Kravis E., et al. A developmental, longitudinal investigation of autism phenotypic profiles in fragile X syndrome // Journal of Neurodevelopmental Disorders. 2016. Vol. 8. № 1. P. 47–57. DOI: 10.1186/s11689-016-9179-0.
22. Lord C., Rutter M., Goode S., et al. Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior // Journal of Autism and Developmental Disorders. 1989. Vol. 19. № 2. P. 185–212. DOI: 10.1007/bf02211841
23. Musumeci S.A., Hagerman R.J., Ferri R., et al. Epilepsy and EEG findings in males with fragile X syndrome // Epilepsia. 1999. Vol. 40. № 8. P. 1092–1099. DOI: 10.1111/j.1528-1157.1999.tb00824.x
24. Raspa M., Bailey D.B., Bann C., et al. Modeling family adaptation to fragile X syndrome // American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities. 2014. Vol. 119. P. 33–48. DOI: 10.1352/1944-7558-119.1.33.
25. Rogers S.J., Wehner D.E., Hagerman R. The behavioral phenotype in fragile X: symptoms of autism in very young children with fragile X syndrome, idiopathic autism, and other developmental disorders // Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 2001. Vol. 22. № 6. P. 409–417. DOI: 10.1097/00004703-200112000-00008.
26. Saldarriaga W., Tassone F., González-Teshima L.Y., et al. Fragile X syndrome // Colombia médica. 2014. Vol. 45. № 4. P. 190–198.
27. Schopler E., Van Bourgondien M.E., Wellman J., et al. Childhood autism rating scale-second edition (CARS2): manual. Los Angeles: Western Psychological Services. 2010. 410 p.
28. Scott S.H. Treatments for Fragile X Syndrome: A Closer Look at the Data // Developmental Disabilities Research Reviews. 2009. Vol. 15. № 4. P. 353–360. DOI: 10.1002/ddrr.78.
29. Sparrow S.S., Cicchetti D.V. Diagnostic uses of the Vineland Adaptive Behavior Scales // Journal of Pediatric Psychology. 1985. Vol. 10. № 2. P. 215–225. DOI: 10.1093/jpepsy/10.2.215.

30. Talisa V.B., Boyle L., Crafa D., et al. Autism and anxiety in males with fragile X syndrome: an exploratory analysis of neurobehavioral profiles from a parent survey // *American Journal of Medical Genetics - Part A*. 2014. Vol. 164A. № 5. P. 1198–1203. DOI: 10.1002/ajmg.a.36468.

31. Telias M. Fragile X Syndrome Pre-Clinical Research: Comparing Mouse- and Human-Based Models // *Methods in Molecular Biology*. 2019. Vol. 1942. P. 155–162. DOI: 10.1007/978-1-4939-9080-1_13.

32. Verkerk A.J., Pieretti M., Sutcliffe J.S., et al. Identification of a gene (FMR-1) containing a CGG repeat coincident with a breakpoint cluster region exhibiting length variation in fragile X syndrome // *Cell*. 1991. Vol. 65. № 5. P. 905–914. DOI: 10.1016/0092-8674(91)90397-h.

33. Wieggers A.M., Curfs L.M., Vermeer E.L., et al. Adaptive behavior in the fragile X syndrome: profile and development // *American Journal of Medical Genetics*. 1993. Vol. 47. № 2. P. 216–220. DOI: 10.1002/ajmg.1320470215.

References

1. Danilina K.K. Sotsial'no-psikhologicheskie osobennosti detei i podrostkov s sindromom umstvennoi otstalosti, stseplennoi s lomkoi khromosomoi Kh [Socio-Psychological Peculiarities of Children and Adolescents with Mental Retardation Syndrome Linked to Fragile X-Chromosome]. *Defektologiya=Defectology*. 2016, no. 5, pp. 10–20

2. Ovchinnikova I.V., Zhukova M.A., Grigorenko E.L. Aprobaciya metodiki Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS) na russkoyazychnoj vyborke [Experimental testing of the technique Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS) on a Russian language sample]. *Voprosi psichologii=Questions of Psychology*, 2018, no. 6, pp. 134–145.

3. Tyushkevich S.A., Pereverzeva D.S., Mamokhina U.A., et al. Kompleksnoe soprovozhdeniye semei, vospityvayushchikh detei s sindromal'nymi formami RAS. Sindrom umstvennoi otstalosti, stseplennoi s lomkoi khromosomoi Kh [Integrated support for families with children with ASD syndromal forms. Fragile X syndrome]. Moscow: MSUPE, 2018. 121 p.

4. Bassell G.J., Warren S.T. Fragile X syndrome: loss of local mRNA regulation alters synaptic development and function. *Neuron*, 2008, vol. 60, no. 2, pp. 201–214. DOI: 10.1016/j.neuron.2008.10.004.

5. Berument S.K., Rutter M., Lord C., et al. Autism screening questionnaire: diagnostic validity. *British Journal of Psychiatry*, 1999, vol. 175, no 5, pp. 444–451. DOI: 10.1192/bjp.175.5.444.

6. Dykens E., Ort S., Cohen I., et al. Trajectories and profiles of adaptive behavior in males with fragile X syndrome: multicenter studies. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1996, vol. 26, no. 3, pp. 287–301. DOI: 10.1007/bf02172475.

7. Fisch G.S., Simensen R.J., Schroer R.J. Longitudinal changes in cognitive and adaptive behavior scores in children and adolescents with the fragile X mutation or autism. *The Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2002, vol. 32, no. 2, pp. 107–114. DOI: 10.1023/a:1014888505185.
8. Garber K.B., Visootsak J., Warren S.T. Fragile X syndrome. *European Journal of Human Genetics*, 2008, vol. 16, no. 6, pp. 666–672. DOI: 10.1038/ejhg.2008.61.
9. Hagerman R.J., Berry-Kravis E., Hazlett H., et al. Fragile X syndrome. *Nature reviews Disease Primers*, 2017, vol. 3, no. 17065, pp. 1–19. DOI: 10.1038/nrdp.2017.65.
10. Hagerman R.J. Lessons from Fragile X regarding neurobiology, autism, and neurodegeneration. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2006, vol. 27, no. 1, pp. 63–74. DOI: 10.1097/00004703-200602000-00012.
11. Hagerman R.J. The physical and behavioral phenotype. In R. Hagerman, P. Hagerman (eds.), *Fragile X syndrome: Diagnosis, treatment, and research*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, 2002, pp. 103–109.
12. Harris J.C. Brain and behavior in fragile X syndrome and idiopathic autism. *Archives of General Psychiatry*, 2011, vol. 68, no. 3, pp. 230–231. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.11.
13. Harris S.W., Goodlin-Jones B., Nowicki S., et al. Autism profiles of males with fragile X syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 2008, vol. 113, no. 6, pp. 427–438. DOI: 10.1352/2008.113:427-438
14. Hartley S.L., Wheeler A.C., Mailick M.R., et al. Autism symptoms across adulthood in Men with fragile X syndrome: a cross-sectional analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2015, vol. 45, no. 11, pp. 3668–3679. DOI: 10.1007/s10803-015-2513-7.
15. Hernandez R.N., Feinberg R.L., Vaurio R., et al. Autism spectrum disorder in fragile X syndrome: a longitudinal evaluation. *American Journal of Medical Genetics - Part A*, 2009, vol. 149A, no. 6, pp. 1125–1137. DOI: 10.1002/ajmg.a.32848.
16. Hodapp R.M., Leckman J.F., Dykens E.M., et al. K-ABC profiles in children with fragile X syndrome, Down syndrome, and nonspecific mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 1992, vol. 97, no. 1, pp. 39–46.
17. Hogan A.L., Caravella K.E., Ezell J., et al. Autism Spectrum Disorder Symptoms in Infants with Fragile X Syndrome: A Prospective CaseSeries. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2017, vol. 47, no. 6, pp. 1628–1644. DOI: 10.1007/s10803-017-3081-9.
18. Kaufmann W.E., Cortell R., Kau A.S., et al. Autism spectrum disorder in fragile X syndrome: communication, social interaction and specific behaviors. *American Journal of Medical Genetics - Part A*, 2004, vol. 129A, no. 3, pp. 225–234. DOI: 10.1002/ajmg.a.30229

19. Kidd S.A., Lachiewicz A., Barboouth D., et al. Fragile X syndrome: a review of associated medical problems. *Pediatrics*, 2014, vol. 134, no. 5, pp. 995–1005. DOI: 10.1542/peds.2013-4301.
20. Lachiewicz A.M., Dawson D.V., Spiridigliozzi G.A. Physical characteristics of young boys with fragile X syndrome: reasons for difficulties in making a diagnosis in young males. *American Journal of Medical Genetics*, 2000, vol. 92, no. 4, pp. 229–236. DOI: 10.1002/(sici)1096-8628(20000605)92:4<229::aid-ajmg1>3.0.co;2-k
21. Lee M., Martin G.E., Berry-Kravis E., et al. A developmental, longitudinal investigation of autism phenotypic profiles in fragile X syndrome. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 2016, vol. 8, no 1, pp. 47–57. DOI: 10.1186/s11689-016-9179-0.
22. Lord C., Rutter M., Goode S., et al. Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1989, vol. 19, no. 2, pp. 185–212. DOI: 10.1007/bf02211841
23. Musumeci S.A., Hagerman R.J., Ferri R., et al. Epilepsy and EEG findings in males with fragile X syndrome. *Epilepsia*, 1999, vol. 40, no. 8, pp. 1092–9. DOI: 10.1111/j.1528-1157.1999.tb00824.x
24. Raspa M., Bailey D.B., Bann C., et al. Modeling family adaptation to fragile X syndrome. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 2014, vol. 119, pp. 33–48. DOI: 10.1352/1944-7558-119.1.33.
25. Rogers S.J., Wehner D.E., Hagerman R. The behavioral phenotype in fragile X: symptoms of autism in very young children with fragile X syndrome, idiopathic autism, and other developmental disorders. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2001, vol. 22, no. 6, pp. 409–417. DOI: 10.1097/00004703-200112000-00008.
26. Saldarriaga W., Tassone F., González-Teshima L.Y., et al. Fragile X syndrome. *Colombia médica*, 2014, vol. 45, no. 4, pp. 190–198.
27. Schopler E., Van Bourgondien M.E., Wellman J., et al. Childhood autism rating scale-second edition (CARS2): manual. Los Angeles: Western Psychological Services. 2010. 410 p.
28. Scott S.H. Treatments for Fragile X Syndrome: A Closer Look at the Data. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 2009, vol. 15, no. 4, pp. 353–360. DOI: 10.1002/ddrr.78.
29. Sparrow S.S., Cicchetti D.V. Diagnostic uses of the Vineland Adaptive Behavior Scales. *Journal of Pediatric Psychology*, 1985, vol. 10, no. 2, pp. 215–225. DOI: 10.1093/jpepsy/10.2.215.
30. Talisa V.B., Boyle L., Crafa D., et al. Autism and anxiety in males with fragile X syndrome: an exploratory analysis of neurobehavioral profiles from a parent survey. *American Journal of Medical Genetics - Part A*, 2014, vol. 164A, no. 5, pp. 1198–1203. DOI: 10.1002/ajmg.a.36468.

Данилина К.К., Горбачевская Н.Л. Исследование адаптивного статуса и аутистических проявлений у разновозрастных групп пациентов с моногенной формой расстройств аутистического спектра – синдромом Мартина–Белл
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 79–98.

Danilina K.K., Gorbachevskaya N.L. Adaptive Status, Autistic Symptoms and Cognitive Profile in Patients with Monogenic Form of Autism Spectrum Disorders – Fragile X Syndrome
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 79–98.

31. Telias M. Fragile X Syndrome Pre-Clinical Research: Comparing Mouse- and Human-Based Models. *Methods in Molecular Biology*, 2019, vol. 1942, pp. 155–162. DOI: 10.1007/978-1-4939-9080-1_13.

32. Verkerk A.J., Pieretti M., Sutcliffe J.S., et al. Identification of a gene (FMR-1) containing a CGG repeat coincident with a breakpoint cluster region exhibiting length variation in fragile X syndrome. *Cell*, 1991, vol. 65, no. 5, pp. 905–914. DOI: 10.1016/0092-8674(91)90397-h.

33. Wieggers A.M., Curfs L.M., Vermeer E.L., et al. Adaptive behavior in the fragile X syndrome: profile and development. *American Journal of Medical Genetics*, 1993, vol. 47, no. 2, pp. 216–220. DOI: 10.1002/ajmg.1320470215.

Информация об авторах

Данилина Камилла Касимовна, младший научный сотрудник, Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра, Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0396-2884>, e-mail: d-kk@mail.ru

Горбачевская Наталья Леонидовна, доктор биологических наук, Научный центр психического здоровья РАМН (ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8558-9007>, e-mail: gorbachevskaya@yandex.ru

Information about the authors

Kamilla K. Danilina, Junior Researcher, Federal Resource Center for the Organization of Comprehensive Support for Children with Autism Spectrum Disorders, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0396-2884>, e-mail: d-kk@mail.ru

Natalia L. Gorbachevskaya, Doctor of Biology, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8558-9007>, e-mail: gorbachevskaya@yandex.ru

Получена: 21.11.2019

Received: 21.11.2019

Принята в печать: 05.04.2020

Accepted: 05.04.2020

Страх перед коронавирусом заболеванием (COVID-19) и базисные убеждения личности

Гриценко В.В.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7543-5709>, e-mail: gritsenko2006@yandex.ru*

Резник А.Д.

*Университет Бен Гурион в Негеве (БГУ), г. Беэр-Шева, Израиль
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4120-909X>, e-mail: reznikal@bgu.ac.il*

Константинов В.В.

*Пензенский государственный университет (ФГБОУ ВО ПГУ),
г. Пенза, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1443-3195>, e-mail: konstantinov_vse@mail.ru*

Маринова Т.Ю.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1062-1391>, e-mail: marinovatu@mgppu.ru*

Хоменко Н.В.

*Белорусский государственный медицинский университет (БГМУ),
г. Минск, Республика Беларусь
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7158-5219>, e-mail: khamenka3@gmail.com*

Израйловиц Р.

*Университет Бен Гурион в Негеве (БГУ), г. Беэр-Шева, Израиль
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8413-1686>, e-mail: richard@bgu.ac.il*

Исследуется переживание страха перед коронавирусом заболеванием (COVID-19) в зависимости от выраженности базисных убеждений личности. Обследованы 950 человек в возрасте от 12 и до 74 лет (средний возраст – 35 лет). Исследование проводилось в марте 2020 года, в онлайн-формате. Использовались Шкала страха COVID-19 D.K. Ahorsu и др., 2020 (перевод и адаптация А.Д. Резник и др., 2020) и Шкала базисных убеждений Р. Янов-Бульман (перевод и адаптация О.А. Кравцовой). Выявлено, что больше трети испытуемых имеют высокий уровень переживания страха перед коронавирусной инфекцией. Выраженность базисных убеждений личности сопровождается низким уровнем переживания страха перед COVID-19. Делается вывод о том, что базисные убеждения личности, в первую очередь, убеждение в ценности и значимости собственного «Я», выступают в качестве психологического ресурса преодоления жизненной ситуации, специфика

которой обусловлена переживанием страха перед коронавирусом заболеванием. В то же время у респондентов мужского пола обнаружена высокая степень выраженности убеждения относительно собственной ценности, сопряженная как с низким, так и с высоким уровнем страха, что свидетельствует о нелинейной связи между переживанием страха и базисными убеждениями личности и требует дальнейшего ее изучения.

Ключевые слова: страх, коронавирусное заболевание, коронавирус, COVID-19, базисные убеждения личности.

Для цитаты: Гриценко В.В., Резник А.Д., Константинов В.В. и др. Страх перед коронавирусом заболеванием (COVID-19) и базисные убеждения личности [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 99–118. DOI: 10.17759/cpse.2020090205

Fear of Coronavirus Disease (COVID-19) and Basic Personality Beliefs

Valentina V. Gritsenko

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7543-5709>, e-mail: gritsenko2006@yandex.ru

Alexander D. Reznik

Ben Gurion University of the Negev, Beer Sheva, Israel

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4120-909X>, e-mail: reznikal@bgu.ac.il

Vsevolod V. Konstantinov

Penza State University, Penza, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1443-3195>, e-mail: konstantinov_vse@mail.ru

Tatyana Yu. Marinova

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1062-1391>, e-mail: marinovatu@mgppu.ru

Natallia V. Khamenka

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7158-5219>, e-mail: khamenka3@gmail.com

Richard Isralowitz

Ben Gurion University of the Negev, Beer Sheva, Israel

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8413-1686>, e-mail: richard@bgu.ac.il

The article presents data on the experience of fear about the coronavirus disease (COVID-19), depending on the severity of personality basic beliefs. Authors interviewed 950 people aged 12 to 74 years (average age is 35 years). The study was conducted in March 2020 online. The intensity of fear about the coronavirus was studied using the COVID-19 fear scale developed by a team of scientists from Hong Kong, Iran, the United Kingdom and Sweden. The scale was tested for reliability and validity in the Iranian, Russian and Belarusian samples (Ahorsu D.K. et al., 2020; Reznik A. et al., 2020). The personality basic beliefs were diagnosed using the Scale of Basic Beliefs developed by R. Janoff-Bulman (translation and adaptation by O.A. Kravtsova) (Soldatova G.U. et al., 2008). Revealed that more than a third of the subjects have a high level of fear about the coronavirus. Showed that the low intensity of fear about the COVID-19 disease is associated with the severity of personality basic beliefs. Concluded that the personality basic beliefs in goodness and justice of the world around, the values and importance of own "Self" can act as psychological resources for coping a tough situation in life, the specificity of which is due to the fear about the coronavirus disease.

Keywords: fear, fear about the coronavirus, the coronavirus disease, the COVID-19, personality basic beliefs.

For citation: Gritsenko V.V., Reznik A.D., Konstantinov V.V., et al. Fear of Coronavirus Disease (COVID-19) and Basic Personality Beliefs. *Klinicheskaia i spetsial'naia psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 2, pp. 99–118. DOI: 10.17759/cpse.2020090205 (In Russ.)

Введение

Обращение к феномену страхов занимает значимое место в современных исследованиях [2–4; 6]. Практически общепризнанным является тот факт, что мы живем в «обществе риска» и что бóльшая часть личностных страхов детерминирована увеличением в современном обществе различных стрессогенных ситуаций, опасностей и угроз как на микро-, так и на макросоциальном уровнях [10; 18; 25; 30].

Одной из таких угроз на макроуровне в последнее время выступает охватившая весь мир пандемия COVID-19, которая негативно влияет на психологическое состояние людей [26]. Так, J. Shigemura и коллеги, анализируя реакции жителей Японии на COVID-19, обращают внимание на фобические реакции, обусловленные искаженным восприятием риска [33].

Данная тенденция может включать широкий спектр проблем психического здоровья, включая такие реакции, как бессонница, гнев, страх перед болезнью даже у тех, кто не подвергается ее воздействию, а также поведение, связанное с риском для здоровья (повышенное употребление алкоголя и табака, социальная изоляция), дестабилизация психического здоровья (посттравматическое стрессовое расстройство, тревожные расстройства, депрессия, соматизация) и снижение воспринимаемого уровня здоровья [33; 35].

Более того, появилось такое понятие, как корона-психоз (corona psychosis), симптоматика которого проявляется в ситуациях, вызванных пандемией COVID-19, когда люди, будучи социально изолированными, демонстрируют интенсивные реакции тревоги, навязчиво боятся заразиться и передать вирус, испытывая стресс неопределенности и потерю контроля [29].

В качестве наиболее значимых стрессоров исследователи рассматривают длительность карантина, страх перед инфекцией, разочарование, скуку, отсутствие уверенности в правдивости информации и стигматизацию инфицированных лиц [15; 23].

В словаре Американской психологической ассоциации страх определяется как фундаментальная сильная эмоция, вызванная обнаружением неизбежной угрозы, включающая немедленную тревожную реакцию, которая мобилизует организм, вызывая ряд физиологических изменений. К последним относятся учащенное сердцебиение, напряжение мышц и общая мобилизация организма для принятия мер реагирования. Страх отличается от тревоги тем, что считается адаптивным краткосрочным ответом на существующую, четко идентифицируемую угрозу, тогда как тревога представляет собой ориентированный на будущее, долгосрочный ответ, сфокусированный на неявной и рассеянной угрозе [22]. Наряду с этим страх относится к отрицательным эмоциям которые, могут оказывать негативное влияние на восприятие, мышление, волевую саморегуляцию, уверенность человека в себе и выступать сильнейшими деструктивными факторами, а сохранение и воспроизводство страха в общественном сознании может порождать целый спектр нарушений психического здоровья человека [12; 33].

Для того чтобы иметь возможность оказать действенную помощь людям, имеющим подобные нарушения, необходимо обратиться к изучению переживания чувства страха против коронавирусного заболевания и выявлению личностных ресурсов для его преодоления. Известно, что адаптивные ресурсы человека тесно связаны с системой его убеждений о сущности мира, собственном Я, об отношениях между Я и миром, составляющих картину мира индивида [7; 8; 13]. В науке представлены исследования связи базисных убеждений личности с нарушениями нормального функционирования человека в ситуациях эмоционального выгорания [9], психологической травмы [13], личностного кризиса [5], различных заболеваний [14]. В этих исследованиях показано влияние устойчивой базисной структуры образа мира на актуализацию в различных ситуациях нарушения здорового чувства безопасности и глубинных установок личности, согласно которым мир является благожелательным, осмысленным, предсказуемым, а «Я» в этом мире являюсь достойным, удачливым человеком, способным управлять событиями своей жизни.

Наше эмпирическое исследование носит поисковый характер и призвано ответить на следующие вопросы: испытывают ли жители России и Беларуси страх перед коронавирусом заболеванием? Зависит ли степень переживания страха перед COVID-19 от базисных убеждений личности?

Цель настоящего исследования – выявить степень переживания страха перед COVID-19 в зависимости от базисных убеждений личности.

Метод

Выборка. В исследовании приняли участие 950 человек, 61,9% (588 человек) из России, 30,7% (292 человека) из Республики Беларусь, 7,4% (70 человек) не указали страну своего проживания. 59,4% респондентов (564 человека) – женщины, 18,4% (175 человек) – мужчины, 22,2% (211 человек) не сообщили сведений о своем поле. Возраст респондентов лежал в диапазоне от 12 до 74 лет (среднее значение – 35,0 лет, медиана – 35,0 лет, стандартное отклонение – 13,0, 120 человек не сообщили о своем возрасте). Выбор двух стран для исследования обусловлен разной стратегией противодействия пандемии со стороны государства. На основании распределения респондентов по возрасту выборка была разбита на три возрастные группы: первая группа – от 12 до 26 лет (n=283; средний возраст – 21,0; стандартное отклонение – 2,2; 85,3% – представители России; 78,2% – женщины); вторую группу составили респонденты от 27 до 40 лет (n=273; средний возраст – 34,3; стандартное отклонение – 3,9; 56,5% – представители России; 77,8% – женщины); в третью группу были включены респонденты 41–74 лет (n=274; средний возраст – 50,1; стандартное отклонение – 7,8; 59,8% – представители России; 73,6% – женщины).

Исследование проводилось в марте 2020 года, в онлайн-формате, на платформе Qualtrics (<https://www.qualtrics.com/>) методом «снежного кома». При использовании данного метода, каждый из респондентов приглашает к участию в опросе своих друзей, коллег, знакомых. Достоинства и недостатки метода «снежного кома» хорошо известны [31]. В частности, нарушается условие случайного отбора при формировании выборки и ее характеристики во многом определяются первыми респондентами, которые задают направление движения «снежного кома». В проведенном исследовании первыми респондентами были преподаватели ряда университетов России и Беларуси, и сформированная выборка преимущественно представлена их коллегами и студентами соответствующих университетов.

Методика. Для выявления степени переживания страха коронавирусного заболевания (COVID-19) была использована Шкала страха COVID-19, разработанная группой ученых из Гонконга, Ирана, Великобритании и Швеции, которая прошла проверку на надежность и валидность на иранской выборке [21]. Для русскоязычной выборки данная методика была переведена на русский язык. Уточнение качества перевода производилось методом двойного перевода уже переведенного текста на английский язык, а затем вновь на русский. Апробация русскоязычной версии методики была проведена на русскоязычной выборке в России и Беларуси [32]. Шкала включает в себя 7 утверждений: «Больше всего я боюсь заразиться коронавирусом-19», «Мне неприятно думать о коронавирусе-19», «Мои руки потеют, когда я думаю о коронавирусе-19», «Я боюсь умереть от коронавируса-19», «При просмотре новостей и историй о коронавирусе-19 в социальных сетях я испытываю волнение и беспокойство», «Я не могу спать из-за страха перед коронавирусом-19», «Мое сердце бьется чаще, когда я думаю о том, что могу заразиться коронавирусом-19». Степень согласия респондента с каждым утверждением оценивалась по пятибалльной шкале Лайкерта, где 1 – это «полностью не согласен», а 5 – до «полностью согласен». Затем подсчитывалась общая сумма баллов. Стандартизация баллов для обследованной русскоязычной выборки была осуществлена нами на основе предположения о нормальном распределении данных в генеральной

совокупности (популяции): сумма баллов от 7 до 14 была отнесена нами к низкому уровню страха, от 15 до 18 – к среднему уровню и от 19 до 35 – к высокому уровню страха. Для проверки надежности (самосогласованности) используемой шкалы вычислялся коэффициент α Кронбаха [1]. Полученный результат говорит о ее высокой надежности: $\alpha=0,81$.

Базисные убеждения личности диагностировались при помощи Шкалы базисных убеждений, разработанной Р. Янов-Бульман (перевод и адаптация О.А. Кравцовой) [17]. Опросник позволяет определить выраженность трех базисных убеждений, составляющих, по мнению автора, ядро субъективного мира личности и лежащих в основе здорового чувства безопасности, это: 1) убеждение в том, что в мире больше добра, чем зла; 2) убеждение в том, что мир полон смысла; 3) убеждение в ценности собственного «Я», способности контролировать происходящие события и везения [28]. Опросник состоит из 32 утверждений, степень согласия с которыми оценивается по шестибальной шкале Лайкерта – от «полностью не согласен» (1) до «полностью согласен» (6). Базисное убеждение о доброжелательности мира в рамках опросника операционализируется двумя субшкалами – Благосклонность мира и Доброта людей. Базисное убеждение о справедливости окружающего мира включает три субшкалы: Справедливость мира, Контролируемость мира и Случайность как принцип распределения происходящих событий. Базисное убеждение о ценности и значимости собственного Я определяется тремя субшкалами: Ценность собственного Я, Степень самоконтроля и Степень удачи или везения. Для рассматриваемой выборки субшкалы опросника показали свою приемлемую надежность. Значения α Кронбаха лежали в пределах от 0,62 (субшкала Степень самоконтроля) до 0,82 (субшкала Благосклонность мира), среднее значение α Кронбаха по всем субшкалам – 0,73.

Обработка и анализ результатов эмпирического исследования осуществлялась с помощью статистического пакета SPSS v. 25. Проверка полученных данных на нормальность распределения путем вычисления асимметрии и эксцесса показала удовлетворительные результаты, позволяющие считать данные нормально распределенными. Для всех субшкал шкалы базовых убеждений, значений по шкале страха COVID 19, а также возраста респондентов, значения асимметрии и эксцесса для соответствующих распределений не выходят за рамки критериев для нормального распределения. В соответствии с ними [11], асимметрия и эксцесс не должны быть по модулю больше единицы. Так, для результатов по шкале «Благосклонность мира» асимметрия равна -0,180 и эксцесс -0,252. Для значений по шкале страха COVID 19 асимметрия равна 0,341, эксцесс равен 0,172. Проведенная проверка показала, что для имеющихся данных доступны все методы статистического анализа.

Данные анализировались посредством однофакторного дисперсионного анализа (one-way ANOVA), двухфакторного дисперсионного анализа (two-way ANOVA), t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования

На основе данных по методике COVID-19 рассмотрим среднегрупповые показатели степени выраженности страха в зависимости от пола, возраста,

проживания в России или Беларуси. Так, среднее значение уровня выраженности страха перед коронавирусом заболеванием в выборке мужчин составило 15,7 балла, а в выборке женщин – 17,6 балла, что свидетельствует об умеренной степени переживания данного страха, хотя у женщин он выражен статистически сильнее ($t=5,305$; $p<0,001$) по сравнению с мужчинами.

Что касается степени интенсивности страха в зависимости от возраста, то исследование не выявило статистически значимых различий между выделенными нами тремя возрастными группами респондентов по уровню страха ($p=0,071$).

Анализ средних показателей, полученных по Шкале страха COVID-19 среди респондентов из России и Беларуси, выявил наличие умеренного уровня выраженности страха как у россиян (17,4 балла), так и у белорусов (16,6 балла). При этом среднее значения в выборке российских респондентов статистически выше ($t=2,210$; $p<0,05$) по сравнению со средними значениями, полученными в выборке белорусских респондентов.

Анализ распределения респондентов по степени выраженности страха перед COVID-19 выявил у 264 человек (или 29,1%) наличие низкого уровня (от 7 до 14 баллов) интенсивности переживания страха, у 307 человек (33,9%) – среднего уровня (от 15 до 18 баллов) и у 335 человек (или 37,0%) – высокого уровня страха (от 19 до 35 баллов).

Далее сравним с помощью однофакторного дисперсионного анализа значения по шкалам опросника Р. Янов-Бульман у респондентов, попадающих в группы с низким, умеренным и высоким уровнями страха.

Как видно из данных табл. 1, из двух субшкал, составляющих основу базисного убеждения о доброжелательности окружающего мира, статистически значимые различия ($F(2,796)=3,692$; $p<0,05$) между группами с разной степенью выраженности страха выявлены только по субшкале Доброта людей. Так, самые низкие показатели (3,82) убеждения в том, что в мире больше добра, чем зла, получены в группе лиц с высоким уровнем выраженности страха, а самые высокие (4,00) показатели данного убеждения – в группе лиц с низким уровнем страха.

Статистически значимые ($F(2,798)=4,520$; $p<0,01$) различия между группами с разной степенью выраженности страха обнаружены также по субшкале Случайность как принцип распределения происходящих событий, определяющих второе базисное убеждение личности о справедливости мира. Здесь наиболее высокие показатели наблюдаются в группе лиц с высоким уровнем переживания страха (3,80), а наиболее низкие (3,56) – в группе с низким уровнем переживания страха.

Достоверно значимые различия были получены еще по одной субшкале – Ценность собственного Я ($F(2,797)=11,289$; $p<0,001$), составляющей основу третьего базисного убеждения относительно собственной ценности. Так, в группе респондентов с низким уровнем страха COVID-19 (4,43) выявлены наиболее высокие показатели ценности своего Я по сравнению с респондентами, вошедшими в группы с умеренным (4,26) и высоким (4,15) уровнями страха.

Таблица 1

**Средние значения (стандартное отклонение) шкал опросника Р. Янов-Бульман
 в зависимости от степени выраженности страха**

Шкалы опросника	Низкий уровень страха (n=264)	Умеренный уровень страха (n=307)	Высокий уровень страха (n=335)
Благосклонность мира	4,21 (0,95)	4,16 (0,84)	4,10 (0,82)
Доброта людей	4,00 (0,83)*	3,89 (0,72)*	3,82 (0,76)*
Справедливость мира	3,15 (0,85)	3,09 (0,80)	3,22 (0,82)
Контролируемость мира	3,82 (0,75)	3,69 (0,71)	3,78 (0,73)
Случайность как принцип распределения происходящих событий	3,56 (0,99)**	3,64 (0,80)**	3,80 (0,80)**
Ценность собственного Я	4,43 (0,85)***	4,26 (0,89)***	4,15 (0,84)***
Степень самоконтроля	4,22 (0,71)	4,10 (0,61)	4,22 (0,65)
Степень удачи или везения	3,84 (0,86)	3,77 (0,77)	3,73 (0,76)
Общее отношение к благосклонности мира	4,10 (0,82)	4,03 (0,70)	3,96 (0,70)
Общее отношение к осмысленности мира	3,48 (0,58)	3,38 (0,53)	3,40 (0,56)
Убеждение относительно собственной ценности	4,16 (0,55)**	4,04 (0,52)**	4,03 (0,51)**

Примечания. * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$ (one-way ANOVA).

Заметим, что показатели по субшкале Ценность собственного Я внесли свой вклад в значения общего показателя по измерению Базовое убеждение о ценности и значимости собственного Я. Он выше в группе респондентов с низким уровнем выраженности страха (4,16) по сравнению с группами респондентов с умеренной (4,04) и высокой (4,03) уровнями интенсивности переживания страха перед коронавирусом заболеванием ($F(2,787)=5,089$; $p < 0,01$).

Для ряда шкал опросника Р. Янов-Бульман выявлены статистически значимые различия между российскими и белорусскими респондентами, а также между мужчинами и женщинами (см. табл. 2). Так, среди женщин получены более высокие по сравнению с мужчинами показатели по таким субшкалам, как Благосклонность мира (4,21 и 3,95 соответственно), Доброта (3,94 и 3,78 соответственно) и Общее отношение к благосклонности мира (4,08 и 3,86 соответственно). Среди опрошенных мужчин обнаружены более высокие по сравнению с женщинами показатели по

субшкалам Контролируемости мира (4,02 и 3,70 соответственно), Степени самоконтроля (4,40 и 3,12 соответственно), Общего отношения к осмысленности мира (3,56 и 3,39 соответственно) и Убеждения относительно собственной ценности (4,17 и 4,06 соответственно).

Таблица 2

Средние значения (стандартное отклонение) шкал опросника Р. Янов-Бульман в зависимости от страны проживания и пола

Шкалы опросника	Россия (n=588)	Беларусь (n=292)	Женщины (n=564)	Мужчины (n=386)
Благосклонность мира	4,19 (0,87)	4,12 (0,90)	4,21 (0,87)**	3,95 (0,92)**
Доброта людей	3,90 (0,80)	3,94 (0,73)	3,94 (0,76)*	3,78 (0,85)*
Справедливость мира	3,27 (0,84)**	2,92 (0,76)**	3,13 (0,80)	3,25 (0,94)
Контролируемость мира	3,88 (0,71)**	3,51 (0,70)**	3,70 (0,69)**	4,02 (0,79)**
Случайность как принцип распределения происходящих событий	3,64 (0,84)	3,68 (0,93)	3,66 (0,84)	3,57 (1,00)
Ценность собственного Я	4,23 (0,85)*	4,39 (0,87)*	4,26 (0,88)	4,36 (0,82)
Степень самоконтроля	4,16 (0,56)	4,23 (0,63)	4,12 (0,62)**	4,40 (0,72)**
Степень удачи или везения	3,78 (0,79)	3,80 (0,80)	3,79 (0,81)	3,78 (0,81)
Общее отношение к благосклонности мира	4,05 (0,76)	4,03 (0,74)	4,08 (0,74)**	3,86 (0,81)**
Общее отношение к осмысленности мира	3,51 (0,54)**	3,25 (0,57)**	3,39 (0,53)**	3,56 (0,65)**
Убеждение относительно собственной ценности	4,05 (0,53)*	4,14 (0,52)*	4,06 (0,52)*	4,17 (0,55)*

Примечания. * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,001$ (t-test).

Двухфакторный дисперсионный анализ не выявил статистически значимых результатов взаимодействия двух факторов – степени выраженности страха (низкий, умеренный, высокий) и страны проживания (Россия или Беларусь) по отношению к шкалам опросника Р. Янов-Бульман. В то же время взаимодействие двух факторов – степени выраженности страха и пола – оказалось статистически значимым для субшкалы Ценность собственного Я ($F(2,695)=3,821$; $p < 0,05$). Для наглядности представим это взаимодействие на рисунке. Как видим, у женщин низкие значения по субшкале Ценность собственного Я сопровождаются увеличением уровня страха, в то время как у мужчин вначале происходит заметное снижение этого показателя, а затем его рост.

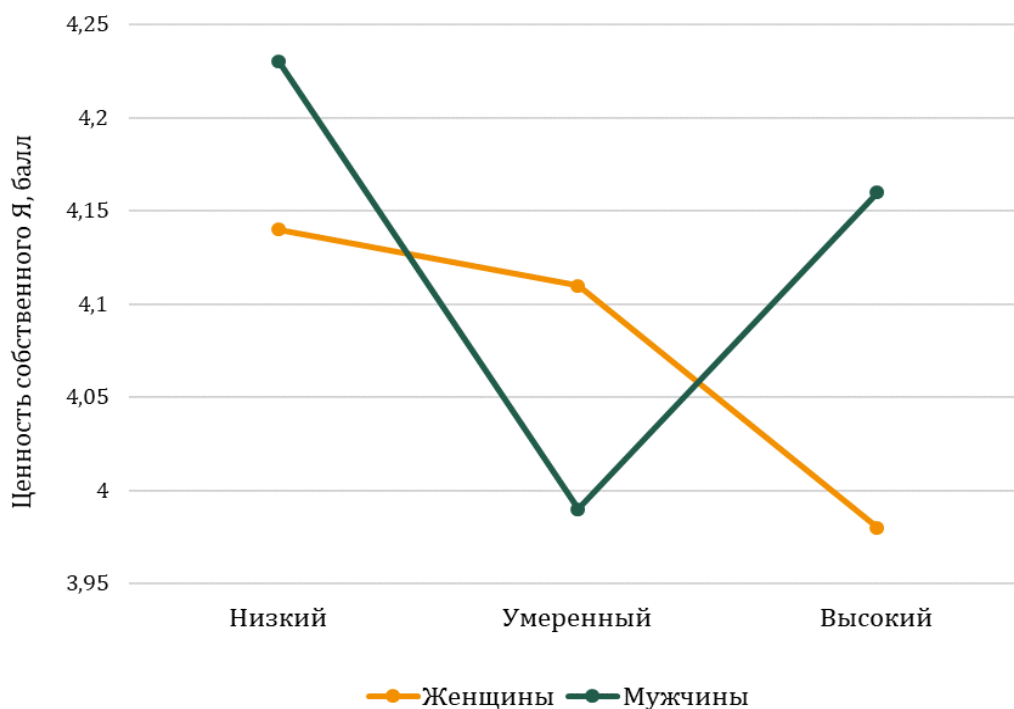


Рис. Показатели субшкалы Ценность собственного Я в зависимости от пола и уровня страха

Обсуждение результатов

Обнаруженная в нашем исследовании более высокая степень выраженности страха перед коронавирусом заболеванием у женщин по сравнению с мужчинами согласуется с данными одних исследователей, утверждающих, что уровень переживания страхов у женщин, как правило, выше, чем у мужчин [20], и противоречит данным других исследователей, согласно которым вследствие эпидемии COVID-19 эмоциональное напряжение населения нарастает независимо от пола [24].

Отсутствие различий в интенсивности переживания страха между выделенными нами возрастными группами, скорее всего, можно объяснить тем, что коронавирус представляет собой универсальную угрозу, в одинаковой мере угрожающую всем слоям населения, независимо от их возраста [24]. В то же время в аналогичном исследовании, в котором использовалась Шкала страха COVID-19, была выявлена слабая отрицательная корреляционная связь между значениями страха и возрастом ($r=-0,130$, $p<0,001$), свидетельствующая о том, что чем моложе респонденты, тем больше они боятся заразиться коронавирусом [27]. Наличие противоречивых данных о половой и возрастной специфике переживания данного вида страха требует дальнейших исследований.

В исследовании были получены статистически значимые различия в степени выраженности страха перед COVID-19 у жителей России и Беларуси: россияне в большей степени испытывают страх, чем белорусы. Данные различия, вероятно,

обусловлены тем, что ситуация с коронавирусом и меры противодействия активно обсуждаются в России и в значительно меньшей степени обсуждаются в Беларуси, избравшей иную стратегию борьбы с данной вирусной инфекцией. Кроме того, как отмечают российские исследователи, возникший в России связанный с коронавирусом нестабильный информационный фон, характеризующийся переизбытком противоречивых данных, является одним из факторов, негативно воздействующих на психологическое здоровье населения [34].

В то же время более трети опрошенных респондентов (37%) испытывают высокий уровень страха перед заражением коронавирусом независимо от пола, возраста и места проживания, что свидетельствует о наличии определенной целевой группы, требующей соответствующей психологической помощи и поддержки.

Результаты, полученные по шкале Р. Янов-Бульман у респондентов, попадающих в группы с различной степенью переживания страха (низкой, умеренной и высокой), показывают, что лица, которые уверены в том, что их окружают достойные доверия, готовые помочь, порядочные и добрые люди, в наименьшей степени испытывают страх перед коронавирусной инфекцией. Люди, убежденные в закономерности и неслучайности происходящих с человеком удач и несчастий, также менее склонны испытывать страх перед коронавирусом заболеванием. Человеку с низким уровнем страха перед COVID-19 присущи убежденность в ценности собственного Я и уверенность в способности контролировать свою жизнь. Наши данные соответствуют результатам, полученным в других исследованиях, в частности, Р.М. Шамяниной, в котором указывается, что убеждения в доброте людей, степени удачи и ценности собственного Я являются важными предикторами эмоционального благополучия людей [19]. Результаты также согласуются с выводами О.В. Масловой о том, что чем сильнее человек убежден в благосклонности мира и доброте людей, чем он больше ценит себя, тем он легче адаптируется в новой социокультурной среде [8].

В результате дисперсионного анализа совместного влияния двух факторов – степени выраженности страха и пола – выявлен высокий уровень выраженности базового убеждения относительно собственной ценности у мужчин как с высоким, так и с низким уровнем выраженности страха.

Наличие нелинейной связи базисных убеждений с уровнем страха, вероятно, можно объяснить следующим. В ситуации опасности страх играет мобилизующую и активизирующую роль. На первых порах страх может «выбивать из колеи» человека, снижая ценность его Я, но затем ориентировать его на активные действия, актуализировать имеющиеся когнитивные способности, навыки самообладания и тем самым способствовать повышению чувства собственного достоинства и восстановлению собственной самооценки. Возможно, данная тенденция более характерна для мужчин, нежели для женщин.

Полученная в исследовании более высокая выраженность у мужчин по сравнению с женщинами базисных убеждений в контролируемости мира, степени самоконтроля, осмысленности мира и собственной ценности частично

подтверждает наше предположение о наличии у мужчин нелинейной связи переживания страха перед коронавирусом заболеванием с убежденностью в ценности собственного Я.

Заключение

Данная статья развивает основные положения и результаты, представленные в наших предыдущих работах [27; 32]. В связи с тем, что все больше специалистов говорят о психосоциальных последствиях пандемии, среди которых наиболее актуальной является проблема вызванного пандемией страха, для его изучения необходим валидный и надежный исследовательский инструмент, в роли которого все чаще выступает разработанная три месяца назад Шкала страха COVID-19 (The Fear of COVID-19 Scale) [21].

В настоящее время эта шкала приобретает все большую популярность среди исследователей в различных странах мира. Она переведена на английский, арабский, турецкий, бенгальский, итальянский, иврит и другие языки и обладает приемлемыми показателями надежности и валидности. В нашей статье впервые представлена русскоязычная версия Шкалы страха COVID-19, а также дан анализ результатов исследования страха перед коронавирусом заболеванием в зависимости от степени выраженности базисных убеждений личности, что, на наш взгляд, является определенным вкладом в понимание влияния пандемии на человека.

Проведенное нами исследование связи страха перед COVID-19 и выраженностью убеждений личности в целом подтвердило значимость базисных убеждений как ресурса совладания с жизненной ситуацией, специфика которой обусловлена переживанием страха перед коронавирусом заболеванием. В то же время полученные результаты нуждаются в уточнении и дополнительном объяснении, а само исследование имеет ряд ограничений.

Во-первых, метод «снежного кома», как было указано выше, не позволил сформировать экологически валидную выборку, следствием чего стала ее несбалансированность по полу и возрасту. В исследовании было значительное число респондентов, не давших ответов на ряд вопросов и прекративших участие в исследовании до его завершения. Во-вторых, базисные убеждения личности подвержены возрастной динамике и изменениям, что требует учета в будущих исследованиях. В-третьих, исследование реализовывалось во время первого этапа развития пандемии (март 2020г.), в условиях неопределенности, когда только разворачивались мероприятия, связанные с введением карантинных и других мер борьбы с COVID-19. Соответственно, переживание страха перед коронавирусом заболеванием и его связь с базовыми убеждениями представляется не столь однозначной, что ставит вопрос о выявлении других переменных, выступающих в роли модераторов и медиаторов данной связи, например, степени религиозности респондентов и/или их образования. В-четвертых, базисные убеждения личности являются важной, но не единственной переменной, связанной с переживанием страха перед COVID. Важную роль играют контекстуальные (степень осведомленности о коронавирусной инфекции, опыт общения с больными,

длительность и жесткость карантинного режима) и индивидуальные факторы (уровень личностной тревожности, предпочитаемые копинг-стратегии и др.).

Учитывая выводы и ограничения данного исследования, перспективными направлениями могут быть анализ переживания страха перед коронавирусной инфекцией на разных этапах развития пандемии, а также в зависимости от личностных особенностей респондентов, социального и кросс-культурного контекстов.

Литература

1. Анастаси А. Психологические тестирование. Под ред. К.М. Гуревича, В.И. Лубовского. М.: Педагогика, 1982. 320 с.
2. Баринов Д.Н. Страх как феномен общественного сознания // Бюллетень науки и практики. 2019. Том 5. № 7. С. 448–457. DOI: 10.33619/2414-2948/44
3. Горшков М.К. Фобии, угрозы, страхи: социально-психологическое состояние российского общества // Социологические исследования. 2009. № 7. С. 26–32.
4. Долгорукова И.В., Кирилина Т.Ю. Мазаев Ю.Н. и др. Социальная тревожность и социальные опасения населения России: социологическое измерение // Социологические исследования. 2017. № 2. С. 57–66.
5. Жедунова Л.Г. Динамика базисных убеждений личности в процессе переживания личностного кризиса // Ярославский педагогический вестник. 2009. Том 61. № 4. С. 145–149.
6. Иосифян М.А., Арина Г.А., Николаева В.В. Ценности и страхи: связь между ценностными предпочтениями и страхом перед нарушениями здоровья [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 103–117. DOI: 10.17759/cpse.2019080107 (дата обращения 11.06.2020).
7. Калашникова С.А. Смыслоразнозначные ориентации, убеждения и стратегии поведения в трудных жизненных ситуациях людей с различными показателями жизнестойкости // Ученые записки Забайкальского государственного гуманитарно-педагогического университета им. Н.Г. Чернышевского. 2011. Том 40. № 5. С. 161–167.
8. Маслова О.В. Базовые убеждения личности как ресурс межкультурной адаптации // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и Педагогика. 2011. № 3. С. 12–18.
9. Мельничук А.С., Надршина М.К. Взаимосвязь базисных убеждений и эмоционального выгорания у учителей // Мир психологии. 2017. Том 90. № 2. С. 269–280.
10. Нарбут Н.П., Троцук И.В. Страхи и опасения российского студенчества: возможности эмпирической фиксации // Теория и практика общественного развития. 2014. № 2. С. 69–74.

11. *Наследов А.Д.* IBM SPSS Statistics 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ данных. СПб.: Питер, 2013. 416 с.
12. *Немировский В.Г., Немировская А.В., Булатова Т.А. и др.* Страх как фактор социокультурных деформаций жизненного мира россиян // Вестник Института социологии. 2018. № 24. С. 95–114. DOI: 10.19181/vis.2018.24.1.499
13. *Падун М.А., Котельникова А.В.* Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. 206 с.
14. *Рагозинская В.Г.* Особенности базисных убеждений при гипертонической болезни, язвенной болезни и болезни Грейвса // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. 2016. № 1. С.141–148.
15. *Садыков Д.И., Ахметьянова Н.А.* Распространение фейковых новостей во время пандемии COVID-19 [Электронный ресурс] // Colloquium–Journal. 2020. Том 60. № 8. С. 30–31. URL: <http://www.colloquium-journal.org/wp-content/uploads/2020/03/colloquium-journal-860-chast-3.pdf> (дата обращения 17.05.2020).
16. *Сайфетдинов Р.С., Сайфетдинова М.К.* Психологическая готовность спасателей к риску // Вестник НЦ БЖД. 2013. Том 17. № 3. С.79–83.
17. *Солдатова Г.У., Шайгерова Л.А., Прокофьева Т.Ю.* Психодиагностика толерантности личности. М.: Смысл, 2008. 112 с.
18. Стресс и страх в экстремальной ситуации [Электронный ресурс] / М.И. Розенова, В.И. Екимова, А.В. Кокурин, А.С. Огнев, О.С. Ефимова // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 94–102. DOI:10.17759/jmfp.2020090110
19. *Шамионов Р.М.* Базовые убеждения и культурные установки как предикторы эмоционального и психологического благополучия горожан и сельчан // Социальная психология и общество. 2015. Том 6. № 4. С. 109–122. DOI: 10.17759/sps.2015060408
20. *Щербатых Ю.В.* Вегетативные проявления экзаменационного стресса: автореферат дисс. д-ра биол. наук: Воронеж, 2001. 312 с.
21. *Ahorsu D.K., Lin C.Y., Imani V., et al.* The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation [Электронный ресурс] // International Journal of Mental Health and Addiction. 2020. March. P. 1–9. DOI: 10.1007/s11469-020-00270-8 (дата обращения 11.06.2020).
22. American Psychological Association. Dictionary of Psychology. Fear [Электронный ресурс] URL: <https://dictionary.apa.org/fear> (дата обращения 08.06.2020).
23. *Brooks S.K., Webster R.K., Smith, L.E., et al.* The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence [Электронный ресурс] // The

Lancet. March 14, 2020. Vol. 395. № 10227. P. 912–920. DOI:10.1016/S0140-6736(20)30460-8 (дата обращения 25.06.2020).

24. *De Luca G., Dastgerdi A.S., Francini C., et al.* Sustainable Cultural Heritage Planning and Management of Overtourism in Art Cities: Lessons from Atlas World Heritage [Электронный ресурс] // Sustainability. 2020. Vol. 12. № 9. 3929. DOI: 10.3390/su12093929 (дата обращения 25.06.2020).

25. *Gale S.D., Berrett A.N., Erickson L.D., et al.* Association between virus exposure and depression in US adults // Psychiatry Research. 2018. Vol. 261. P. 73–79. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.12.037

26. *Goniewicz K., Khorram-Manesh A., Hertelendy A.J., et al.* Current Response and Management Decisions of the European Union to the COVID-19 Outbreak: A Review [Электронный ресурс] // Sustainability. 2020. Vol. 12. № 9. 3838. DOI: 10.3390/su12093838 (дата обращения 25.06.2020).

27. *Gritsenko V., Skugarevsky O., Konstantinov V., et al.* COVID 19 Fear, Stress, Anxiety and Substance Use among Russian and Belarusian University Students [Электронный ресурс] // International Journal of Mental Health and Addiction. 2020. May. P. 1–7. DOI: 10.1007/s11469-020-00330-z (дата обращения 25.06.2020).

28. *Janoff-Bulman R.* Shattered assumption: Towards a new psychology of trauma. New York: Free Press, 1992. 256 p.

29. *Martin E.B.* Brief Psychotic Disorder Triggered by Fear of Coronavirus? [Электронный ресурс] // Psychiatric Times. 2020. Vol. 37. № 5. URL: <https://www.psychiatristimes.com/coronavirus/brief-psychotic-disorder-triggered-fear-coronavirus-small-case-series> (дата обращения 15.05.2020).

30. *Mason B.W., Lyons R.A.* Acute psychological effects of suspected bioterrorism // Journal of Epidemiology & Community Health. 2003. Vol. 57. № 5. P. 353–354. DOI: 10.1136/jech.57.5.353

31. *Morgan D.* Snowball Sampling / In L.M. Given (Ed.), The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods. Thousand Oaks, CA.: SAGE Publications, 2008. P. 816–817.

32. *Reznik A., Gritsenko V., Konstantinov V., et al.* COVID-19 Fear in Eastern Europe: Validation of the Fear of COVID-19 Scale [Электронный ресурс] // International Journal of Mental Health and Addiction. 2020. May. P. 1–6. DOI: 10.1007/s11469-020-00283-3 (дата обращения 25.06.2020).

33. *Shigemura J., Ursano R.J., Morganstein J.C., et al.* Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations // Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2020. Vol. 74. № 4. P. 281–282. DOI: 10.1111/pcn.12988

34. *Sorokin M.Y., Kasyanov E.D., Rukavishnikov G.V., et al.* Structure of anxiety associated with the COVID-19 pandemic in the Russian-speaking sample: results from on-line survey [Электронный ресурс] // MedRxiv, 2020 DOI: 10.1101/2020.04.28.20074302 (дата обращения 25.06.2020).

35. Xiao C. A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy // *Psychiatry Investigation*. 2020. Vol. 17. № 2. P. 175–176. DOI: 10.30773/pi.2020.0047

References

1. Anastazi A. Psihologicheskie testirovanie [Psychological testing]. K.M. Gurevich, V.I. Lubovskii (eds.). Moscow: Pedagogika, 1982. 320 p. (In Russ.).
2. Barinov D.N. Strah kak fenomen obshchestvennogo soznaniya [Fear as a phenomenon of public consciousness]. *Bulleten' nauki i praktiki [Bulletin of Science and Practice]*, 2019, vol. 5, no. 7, pp. 448–457. DOI: 10.33619/2414-2948/44 (In Russ., Abstr. in Engl.).
3. Gorshkov M.K. Fobii, ugrozy, strahi: social'no-psihologicheskoe sostoyanie rossijskogo obshchestva [Phobias, threats, fears: the socio-psychological state of Russian society]. *Sociologicheskie issledovaniya [Sociological Studies]*, 2009, no. 7, pp. 26–32. (In Russ.).
4. Dolgorukova I.V., Kirilina T.Yu. Mazaev Yu.N., et al. Social'naya trevozhnost' i social'nye opaseniya naseleniya Rossii: sociologicheskoe izmerenie [Social anxiety and social concerns of the Russian population: sociological dimension]. *Sociologicheskie issledovaniya [Sociological Studies]*, 2017, no. 2, pp. 57–66. (In Russ., Abstr. in Engl.).
5. Zhedunova L.G. Dinamika bazisnyh ubezhdenij lichnosti v processe perezhivaniya lichnostnogo krizisa [The dynamics of basic personality beliefs in the process of experiencing a personality crisis]. *Yaroslavskij pedagogicheskij vestnik [Yaroslavl Pedagogical Bulletin]*, 2009, vol. 61, no. 4, pp. 145–149. (In Russ., Abstr. in Engl.).
6. Iosifyan M.A., Arina G.A., Nikolaeva V.V. Cennosti i strahi: svyaz' mezhdru cennostnymi predpochteniyami i strahom pered narusheniyami zdorov'ya [Values and fears: the relationship between value preferences and fear of health problems]. *Klinicheskaya i special'naya psihologiya [Clinical and Special Psychology]*, 2019, vol. 8, no. 1, pp. 103–117. DOI:10.17759/cpse.2019080107 (In Russ., Abstr. in Engl.) (Accessed 11.06.2020).
7. Kalashnikova S.A. Smyslozhiznennyye orientacii, bazovyye ubezhdeniya i strategii povedeniya v trudnykh zhiznennykh situatsiyah lyudej s razlichnymi pokazatelyami zhiznestojkosti [Meaningful life orientations, basic beliefs and behavioral strategies in difficult life situations of people with various indicators of resilience]. *Uchenye zapiski Zabajkalskogo gosudarstvennogo gumanitarno-pedagogicheskogo universiteta im. N.G. Chernyshevskogo [Scientific Notes of the Trans-Baikal State Humanitarian Pedagogical University Named After N.G. Chernyshevsky]*, 2011, vol. 40, no. 5, pp. 161–167. (In Russ., Abstr. in Engl.)
8. Maslova O.V. Bazovyye ubezhdeniya lichnosti kak resurs mezhkul'turnoj adaptacii [Basic personality beliefs as a resource of intercultural adaptation]. *Vestnik Rossijskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Psihologiya i Pedagogika [Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Psychology and Pedagogy]*, 2011, no. 3, pp. 12–18. (In Russ., Abstr. in Engl.).

9. Mel'nichuk A.S., Nadrshina M.K. Vzaimosvyaz' bazisnyh ubezhdenij i emocional'nogo vygoraniya u uchitelej [The relationship of basic beliefs and emotional burnout among teachers]. *Mir psihologii [World of Psychology]*, 2017, vol. 90, no. 2, pp. 269–280. (In Russ.).
10. Narbut N.P., Trocuk I.V. Ctrahi i opaseniya rossijskogo studenchestva: vozmozhnosti empiricheskoj fiksacii [Fears and fears of Russian students: opportunities for empirical fixation]. *Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya [Theory and Practice of Social Development]*, 2014, no. 2, pp. 69–74. (In Russ., Abstr. in Engl.).
11. Nasledov A.D. IBM SPSS Statistics 20 i AMOS: professional'nyj statisticheskij analiz dannyh [IBM SPSS Statistics 20 and AMOS: Professional Statistical Data Analysis]. Saint-Petersburg: Piter, 2013. 416 p. (In Russ.).
12. Nemirovskij V.G., Nemirovskaya A.V., Bulatova T.A., et al. Strah kak faktor sociokul'turnyh deformacij zhiznennogo mira rossiyan [Fear as a factor in the sociocultural deformations of the life world of Russians]. *Vestnik Instituta sociologii [Institute of Sociology Bulletin]*, 2018, no. 24, pp. 95–114. DOI: 10.19181/vis.2018.24.1.499. (In Russ., Abstr. in Engl.).
13. Padun M.A., Kotel'nikova A.V. Psihicheskaya travma i kartina mira: Teoriya, empiriya, praktika [Mental trauma and the picture of the world: Theory, empiricism, practice]. Moscow: publ. of IP RAS, 2012. 206 p. (In Russ.).
14. Ragozinskaya V.G. Osobennosti bazisnyh ubezhdenij pri gipertonicheskoj bolezni, yavzvennoj bolezni i bolezni Grejvsa [Features of basic beliefs in hypertension, peptic ulcer and Graves disease]. *Izvestiya vysshih uchebnyh zavedenij. Ural'skij region. [News of Higher Educational Institutions. Ural Region]*, 2016, no. 1, pp. 141–148. (In Russ., Abstr. in Engl.).
15. Sadykov D. I., Ahmet'yanova N.A. Rasprostranenie fejkovyh novostej vo vremya pandemii COVID-19 [Distribution of fake news during the COVID-19 pandemic]. *Colloquium–Journal*, 2020, vol. 60, no. 8, pp. 30–31. URL: <http://www.colloquium-journal.org/wp-content/uploads/2020/03/colloquium-journal-860-chast-3.pdf> (Accessed 17.05.2020). (In Russ., Abstr. in Engl.).
16. Sayfetdinov R.S., Sayfetdinova M.K. Psihologicheskaya gotovnost' spasatelej k risku [Psychological readiness of rescuers to risk]. *Vestnik NC BZHD [Bulletin of the Scientific Center for Life Safety]*, 2013, vol. 17, no. 3, pp. 79–83. (In Russ., Abstr. in Engl.).
17. Soldatova G.U., Shajgerova L.A., Prokof'eva T.Yu., et al. Psihodiagnostika tolerantnosti lichnosti [Psychodiagnosics of personality tolerance]. Moscow: Smysl, 2008. 112 p. (In Russ.).
18. Stress i strah v ekstremal'noj situacii [Stress and fear in an extreme situation] / M.I. Rozenova, V.I. Ekimova, A.V. Kokurin, A.S. Ognev, O.S. Efimova. *Sovremennaya zarubezhnaya psihologiya [Modern Foreign Psychology]*, 2020, vol. 9, no. 1, pp. 94–102. DOI:10.17759/jmfp.2020090110 (In Russ., Abstr. in Engl.).
19. Shamionov R.M. Bazovye ubezhdeniya i kul'turnye ustanovki kak prediktory emocional'nogo i psihologicheskogo blagopoluchiya gorozhan i sel'chan [Basic beliefs and

cultural attitudes as predictors of the emotional and psychological well-being of citizens and villagers]. *Social'naya psihologiya i obshchestvo [Social Psychology and Society]*, 2015, vol. 6, no. 4, pp. 109–122. (In Russ., Abstr. in Engl.).

20. Shcherbatyh Yu.V. Vegetativnye proyavleniya ekzamenacionnogo stressa. Diss. Dokt. biol. nauk. [Autonomic manifestations of exam stress: abstract diss. Dr. Sci. (Biology) diss.] Voronezh, 2001. 312 p. (In Russ.).

21. Ahorsu D.K., Lin C.Y., Imani V., et al. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2020, March, pp. 1–9 DOI: 10.1007/s11469-020-00270-8 (Accessed 11.06.2020).

22. American Psychological Association. Dictionary of Psychology. Fear. URL: <https://dictionary.apa.org/fear> (Accessed 08.06.2020).

23. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., et al. The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet.*, 2020, Vol. 395. № 10227. P. 912–920. DOI:10.1016/S0140-6736(20)30460-8 (Accessed 25.06.2020).

24. De Luca G., Dastgerdi A.S., Francini C., et al. Sustainable Cultural Heritage Planning and Management of Overtourism in Art Cities: Lessons from Atlas World Heritage. *Sustainability*, 2020, vol. 12, no. 9, 3929. DOI:10.3390/su12093929 (Accessed 25.06.2020).

25. Gale S.D., Berrett A.N., Erickson L.D., et al. Association between virus exposure and depression in US adults. *Psychiatry Research*, 2018, vol. 261, pp. 73–79. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.12.037

26. Goniewicz K., Khorram-Manesh A., Hertelend A.J., et al. Current Response and Management Decisions of the European Union to the COVID-19 Outbreak: A Review. *Sustainability*, 2020, vol. 12, no. 9, 3838. DOI: 10.3390/su12093838 (Accessed 25.06.2020).

27. Gritsenko V., Skugarevsky O., Konstantinov V., et al. COVID 19 Fear, Stress, Anxiety and Substance Use among Russian and Belarusian University Students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2020. DOI: 10.1007/s11469-020-00330-z (Accessed 25.06.2020).

28. Janoff-Bulman R. Shattered assumption: Towards a new psychology of trauma. New York: Free Press, 1992. 256 p.

29. Martin E.B. Brief Psychotic Disorder Triggered by Fear of Coronavirus? *Psychiatric Times*, 2020, vol. 37, no. 5. URL: <https://www.psychiatrictimes.com/coronavirus/brief-psychotic-disorder-triggered-fear-coronavirus-small-case-series> (Accessed: 15.05.2020).

30. Mason B.W., Lyons R.A. Acute psychological effects of suspected bioterrorism. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2003, vol. 57, no.5, pp. 353–354. DOI: 10.1136/jech.57.5.353

31. Morgan D. Snowball Sampling. In L.M. Given (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks, CA.: SAGE Publications, 2008, pp. 816–817.

32. Reznik A., Gritsenko V., Konstantinov V., et al. COVID-19 Fear in Eastern Europe: Validation of the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2020, May, pp. 1–6. DOI: 10.1007/s11469-020-00283-3 (Accessed 25.06.2020).

33. Shigemura J., Ursano R.J., Morganstein J.C., et al. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2020, vol. 74, no. 4, pp. 281–282. DOI: 10.1111/pcn.12988
34. Sorokin M.Y., Kasyanov E.D., Rukavishnikov G.V., et al. Structure of anxiety associated with the COVID-19 pandemic in the Russian-speaking sample: results from on-line survey. *MedRxiv*, 2020. DOI: 10.1101/2020.04.28.20074302 (Accessed 25.06.2020).
35. Xiao C. A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investigation*, 2020, vol. 17, no. 2, pp. 175–176. DOI:10.30773/pi.2020.0047

Информация об авторах

Гриценко Валентина Васильевна, доктор психологических наук, профессор кафедры этнопсихологии и психологических проблем поликультурного образования, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7543-5709>, e-mail: gritsenko2006@yandex.ru

Резник Александр Давидович, Ph.D, старший научный сотрудник регионального центра по изучению наркомании и алкоголизма, Университет Бен Гурион в Негеве, г. Беэр-Шева, Израиль, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4120-909X>, e-mail: reznikal@bgu.ac.il

Константинов Всеволод Валентинович, доктор психологических наук, заведующий кафедрой общей психологии, Пензенский государственный университет (ФГБОУ ВО ПГУ), г. Пенза, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1443-3195>, e-mail: konstantinov_vse@mail.ru

Маринова Татьяна Юрьевна, кандидат биологических наук, декан факультета социальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1062-1391>, e-mail: marinovatu@mgppu.ru

Хоменко Наталья Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии, Белорусский государственный медицинский университет (БГМУ), г. Минск, Республика Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7158-5219>, e-mail: khamenka3@gmail.com

Израйловиц Ричард, Ph.D, профессор-эмерит, директор регионального центра по изучению наркомании и алкоголизма, Университет Бен Гурион в Негеве, г. Беэр-Шева, Израиль, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8413-1686>, e-mail: richard@bgu.ac.il

Information about the authors

Valentina V. Gritsenko, Ph.D. in Psychology, Professor of the Department of Cross-cultural psychology and multicultural education, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7543-5709>, e-mail: gritsenko2006@yandex.ru

Alexander D. Reznik, Ph.D. in Psychology, Senior Research Associate, Regional Alcohol and Drug Abuse Research Center, Ben Gurion University of the Negev, Beer Sheva, Israel, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4120-909X>, e-mail: reznikal@bgu.ac.il

Гриценко В.В., Резник А.Д., Константинов В.В. и др.
Страх перед коронавирусом заболеванием
(COVID-19) и базисные убеждения личности
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 99–118.

Gritsenko V.V., Reznik A.D., Konstantinov V.V., et al.
Fear of Coronavirus Disease (COVID-19)
and Basic Personality Beliefs
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 99–118.

Vsevolod V. Konstantinov, Ph.D. in Psychology, Head of the Department of General Psychology, Penza State University, Penza, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1443-3195>, e-mail: konstantinov_vse@mail.ru

Tatyana Yu. Marinova, Ph.D. in Biology, Dean of the Faculty of Social Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1062-1391>, e-mail: marinovatu@mgppu.ru

Natallia V. Khamenka, Ph.D. in Medicine, Associate Professor of the Department of Psychiatry & Medical Psychology, Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7158-5219>, e-mail: khamenka3@gmail.com

Richard Isralowitz, Ph.D. in Social Policy and Management, Professor (Emeritus) and Director of Regional Alcohol and Drug Abuse Research Center, Ben Gurion University of the Negev, Beer Sheva, Israel. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8413-1686>, e-mail: richard@bgu.ac.il

Получена: 19.05.2020

Received: 19.05.2020

Принята в печать: 11.06.2020

Accepted: 11.06.2020

Восприятие COVID-19 населением России в условиях пандемии 2020 года

Первичко Е.И.

*Московский Государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова); Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8721-7656>, e-mail: elena_pervichko@mail.ru*

Митина О.В.

*Московский Государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-4404>, e-mail: omitina@inbox.ru*

Степанова О.Б.

*Московский Государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6751-5082>, e-mail: psy_stob@mail.ru*

Конюховская Ю.Е.

*Московский Государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3608-9038>, e-mail: yekon@icloud.com*

Дорохов Е.А.

*Московский Государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7433-2046>, e-mail: dorohov.e@mail.ru*

С целью изучения восприятия пандемии COVID-19 и ее связи с эмоциональным состоянием населения было проведено онлайн-исследование с 27 апреля по 27 мая 2020 года во всех регионах России. В исследовании приняли участие 1192 человека, из них 981 женщина (82%) и 211 мужчин (18%) в возрасте от 18 до 81 года ($M=36,5$; $SD=11,0$). Методический комплекс состоял из социально-демографического опросника, шкалы реактивной тревожности Спилбергера, русскоязычной версии Шкалы воспринимаемого стресса-10» (Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983; Абабков и др., 2016), а также модифицированной специально для данного исследования русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни (Broadbent, et al., 2006; Ялтонский и др., 2017). Были найдены значимые различия по переживанию

стресса, тревоги и восприятию пандемии в зависимости от пола, в то время как уровень тревоги и стресса оказался связанным с уровнем дохода. Было выявлено, что люди, полагающие, что угроза коронавируса «сильно преувеличена», характеризуются бóльшим спокойствием, ощущают понимание пандемии и думают о том, что она не нуждается в усилиях по контролю. Однако респонденты, имеющие родственников, переболевших COVID-19, воспринимают пандемию как более угрожающую, менее понятную и требующую большего контроля. Выявлено, что оценка угрозы от пандемии играет опосредующую роль между страхом неизвестной болезни и возможностью ее контроля. Обсуждается вероятность культуральных различий в восприятии пандемии и ее контроля, а также формулируется возможность применения культурно-исторической методологии и концепции «Внутренняя картина болезни» для оценки представлений о пандемии COVID-19, существующих в обществе.

Ключевые слова: пандемия COVID-19, коронавирус, культурно-историческая концепция, внутренняя картина болезни, стресс, тревога, восприятие пандемии COVID-19.

Благодарности: авторы благодарят за техническую поддержку исследования доктора психологических наук, заслуженного профессора МГУ им. М.В. Ломоносова А.Г. Шмелева.

Для цитаты: Первичко Е.И., Митина О.В., Степанова О.Б. и др. Восприятие COVID-19 населением России в условиях пандемии 2020 года [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 119–146. DOI: 10.17759/cpse.2020090206

Perception of COVID-19 During the 2020 Pandemic in Russia

Elena I. Pervichko

Lomonosov Moscow State University,

Pirogov Russian National Research Medical University,

Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8721-7656>, e-mail: elena_pervichko@mail.ru

Olga V. Mitina

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-4404>, e-mail: omitina@inbox.ru

Olga B. Stepanova

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6751-5082>, e-mail: psy_stob@mail.ru

Julia E. Koniukhovskaia

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3608-9038>, e-mail: yekon@icloud.com

Egor A. Dorokhov

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7433-2046>, e-mail: dorohov.e@mail.ru

In order to study the perception of the COVID-19 pandemic and its relationship with the emotional state of the population, an online study in all regions of Russia conducted from April 27 to May 27, 2020, The study involved 1192 people, of whom 981 were women (82%) and 211 men (18%) aged 18 to 81 years (M=36.5, SD=11.0). The methodological complex consisted of a socio-demographic questionnaire, the state scale from the State-Trait Anxiety Inventory, the Russian Version of the Perceived Stress Scale (Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983; Ababkov, et al., 2016); as well as the Russian Version of the Brief Illness Perception Questionnaire (Broadbent, et al., 2006; Yaltonsky, et al., 2017), modified specifically for this study. Significant differences were found in experiencing stress, anxiety, and perceptions of the pandemic by gender, while anxiety and stress were found to be related to income. A significant correlation found between the attitude to coronavirus “as an exaggerated threat” with greater calm, greater understandability of the pandemic, and less control. However, if the respondent has relatives who have got sick COVID-19, then the perception of the pandemic becomes more threatening, less understandable, and more controlled. It was revealed that the assessment of the threat from a pandemic plays a mediating role between the fear of an unknown disease and the possibility of its control. The probability of cultural differences in the perception of the pandemic and its control is discussed, and the possibility of using the cultural-historical methodology and the concept of “subjective pattern of disease” to assess the public perceptions of the COVID-19 pandemic is formulated.

Keywords: COVID-19 pandemic, coronavirus, cultural-historical concept, subjective pattern of disease, stress, anxiety, perception of the COVID-19 pandemic.

Acknowledgments: the authors are grateful for technical support of the research Doctor of Psychology, Honored Professor of the Lomonosov MSU, Aleksandr G. Shmelev.

For citation: Pervichko E.I., Mitina O.V., Stepanova O.B., et al. Perception of COVID-19 During the 2020 Pandemic in Russia. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 2, pp. 119–146. DOI: 10.17759/cpse.2020090206 (In Russ.)

Введение

Стремительное распространение пандемии COVID-19¹ в начале 2020 года за рекордно короткий срок изменило жизнь миллионов людей во всем мире. Существенное изменение уклада жизни, способное повлечь за собой изменения материального статуса, в сочетании с риском быть инфицированным и серьезно заболеть, а также тревога по поводу возможных потерь могут рассматриваться в качестве серьезных факторов риска дезадаптации в условиях пандемии [21; 24; 26].

С клинико-психологической точки зрения, пандемия COVID-19 – во многом уникальное явление: условия пандемии, со всеми присущими ей ограничениями и рисками, предоставляет исследователю возможность наблюдать во всем богатстве феноменологических проявлений становление такого клинико-психологического феномена, как внутренняя картина болезни (ВКБ) [5; 6; 8]. Причем в том варианте, когда ВКБ оформляется в отсутствие «чувственной ткани» болезни [8], что оказывается возможным во многом благодаря активности СМИ и возникающей в социуме «циркуляции слухов». Такая логика формирования ВКБ прописана в литературе [6; 8].

Однако своеобразие текущей ситуации в отношении формирования ВКБ состоит в том, что и в социуме (то есть в обыденном сознании), и в медицине к моменту объявления пандемии фактически отсутствовали «модели представлений» о том, что же представляет из собой данное заболевание, каковы его симптомы и как его лечить [17]. Таким образом, COVID-19 – болезнь, которой болеют не все, но все к ней готовятся и оценивают. Допустимо предположить, что в данный момент мы наблюдаем становление «коллективной картины болезни», отражающей систему коллективных (преимущественно обыденных) представлений о коронавирусе нового типа. Наличие этой «коллективной картины болезни», несомненно, станет фактором, вносящим существенный вклад в формирование индивидуальных ВКБ в условиях пандемии COVID-19.

В многочисленных исследованиях по проблеме приверженности больных лечению показано, что именно специфика ВКБ (рассматриваемая во всем богатстве теоретико-методологических возможностей культурно-исторической концепции Л.С. Выготского к пониманию проблем телесности) во многом определяет, насколько ответственно пациент будет относиться к выполнению врачебных рекомендаций и насколько комфортными будут восприниматься им ограничения, налагаемые болезнью и условиями лечения [2; 3; 7; 8; 10; 22; 25]. То есть ВКБ выступает в роли важнейшего фактора, определяющего поведение и саморегуляцию субъекта в отношении здоровья и болезни. Однако ВКБ, являясь системным образованием, представляется крайне сложным для диагностики феноменом: требуется учет специальных методологических стандартов, в соответствии с которыми использованию опросников как методу исследования отводится, скорее, вспомогательная роль.

¹ COVID-19 – принятая международная аббревиатура от англоязычного «CoronaVirus Disease-2019».

В зарубежных исследованиях базовой для описания саморегуляции в отношении здоровья и болезни принято считать категорию «восприятие болезни» (*illness perception*), под которой понимаются когнитивные и эмоциональные представления о симптомах и болезни [10; 13; 19]. Конструкт «восприятие болезни» является, безусловно, не столь богатым с теоретико-методологической точки зрения, однако его относительная простота, в сравнении с конструктом ВКБ, делает его более легко доступным для диагностики, в том числе и с использованием опросников как метода исследования.

Наибольшее распространение в современном научном дискурсе получила модель восприятия болезни Г. Левенталя. Содержание представлений о болезни в этой модели объединено в пять ключевых компонентов: 1) идентификация болезни; 2) причина болезни; 3) длительность (временная перспектива) болезни; 4) последствия болезни и 5) контролируемость/излечимость болезни [10; 20]. В более поздних исследованиях в конструкт «восприятие болезни» были введены три дополнительных компонента: 1) понятность болезни; 2) озабоченность болезнью и 3) эмоциональные ответы на болезнь [10; 12]. Использование модели Г. Левенталя и разработанного на его основе опросника восприятия болезни Е. Бродбент [10; 12; 13] представляется содержательно оправданным и эвристичным для оценки восприятия COVID-19. Заявленная модель предоставляет возможность многоаспектной оценки восприятия болезни (в нашем случае – восприятия коронавируса и пандемии COVID-19), а выбранный диагностический инструмент дает возможность получить необходимую информацию за весьма непродолжительное время обследования.

Выполненный обзор исследований по психологическим аспектам COVID-19 показал, что большинство из них представляет данные оценки эмоционального состояния жителей разных стран. Исследований, ориентированных на изучение восприятия COVID-19 и текущей пандемии, выполняется гораздо меньше, несмотря на очевидную значимость темы.

Исследование восприятия пандемии COVID-19 на выборке жителей КНР показало, что конкретная, актуальная и точная медицинская информация о профилактических мерах способствует меньшему психологическому воздействию пандемии и более низким уровням тревоги, стресса и депрессии [30]. В то же время распространение в социальных сетях (таких как WeChat) информации о COVID-19 как «вирусе-убийце» поддерживает чувство опасности и снижает толерантность к неопределенности среди общественности [31]. Это согласуется с тем, что молодые люди (18–35 лет) и лица с высшим образованием могут иметь больший уровень стресса, поскольку имеют больший доступ к разнообразной информации, в том числе из социальных сетей [19; 26]. Другое китайское исследование показало, что осознание риска заболеть и представления об управлении риском заражения становятся мощным защитным фактором от возникновения эмоциональных расстройств и мотивом профилактического поведения, что в конечном счете способствует контролю за распространением пандемии [20]. При опросе населения Италии получена иная картина. Показано, что чем выше уровень знаний о ситуации в стране, тем выше воспринимаемая респондентами неопределенность и тем больше предпринимаемые ими профилактические меры. Более высокая

осведомленность об этой новой и малоизвестной болезни приводит к тому, что люди становятся более неуверенными и принимают более строгие профилактические меры [23].

Согласно данным исследований предыдущих вспышек инфекционных заболеваний [15; 18] и текущей пандемии [16], соблюдение профилактических мер значимо связано с переживанием негативных эмоций, таких как отвращение, тревога и страх. Исследование восприятия вспышки свиного гриппа (Swine influenza, H₁N₁) на британской выборке в 2009 году показало, что представления о тяжести заболевания и высоком риске заражения, при доверии к власти и уверенности в истинности предоставляемой СМИ информации, сочетаются с большим чувством контроля и соблюдением профилактических мер. Неуверенность в опасности заболевания и вера в то, что значение вспышки инфекционного заболевания преувеличено, сочетались с меньшим соблюдением профилактических мер [27].

Таким образом, можно говорить о противоречивости эмпирических сведений о восприятии пандемии COVID-19 в данный момент. Исследование восприятия пандемии COVID-19 видится важным прежде всего с точки зрения оценки связи этого восприятия с чувством контроля и изменениями в поведении с целью соблюдения профилактических мер [29]. Существуют китайское [20] и итальянское [23] исследования данной проблемы, однако в доступной литературе мы не встретили работ, выполненных на российской выборке. Кроме того, данные, полученные зарубежными исследователями, нельзя считать абсолютно согласующимися, что ставит вопрос о возможном наличии культуральных особенностей отношения к пандемии COVID-19.

Цель данного исследования – изучение восприятия пандемии COVID-19 и оценка взаимосвязи этого восприятия с социально-демографическими характеристиками и с переживаниями тревоги и стресса у жителей России.

Материалы и методы исследования

В связи с необходимостью соблюдать самоизоляцию, исследование проводилось в формате онлайн-тестирования на платформе HT-Line.ru. Решение задачи обследования широкого круга людей требовало создания краткого методического комплекса. В методический комплекс были включены следующие методики.

1. Социально-демографический опросник, содержащий 20 вопросов и включающий такие тематические области, как особенности условий проживания респондента, профессиональная занятость и материальное положение, использование приемов саморегуляции состояния, отношение к COVID-19, возникающие в условиях самоизоляции психологические трудности и т.д.

2. Опросник «Шкала воспринимаемого стресса-10» [1; 14], содержащий 10 вопросов, которые обобщены в две субшкалы – «Перенапряжение» и «Противодействие стрессу» – и суммируются в общую шкалу «Воспринимаемый стресс».

3. Русскоязычная версия краткого опросника восприятия болезни Е. Бродбент [10; 12]. С учетом цели данного исследования вопросы были модифицированы под восприятие пандемии COVID-19. Открытый вопрос № 9 «Перечислите в порядке значимости 3 наиболее важных, по Вашему мнению, фактора, которые вызвали Ваше заболевание» был исключен, поскольку опрос проводился среди здорового населения.

4. Шкала реактивной тревожности Спилбергера [4; 9; 28], содержащая 20 вопросов и направленная на изучение реактивной тревожности. В связи с особенностями представления вопросов (формат онлайн-диагностики) в начало каждого вопроса была добавлена фраза «В данный момент».

Исследование занимало 10-20 минут. Непосредственно после прохождения онлайн-тестирования респонденты получали свои результаты с индивидуальными интерпретациями и рекомендациями по улучшению своего самочувствия. Все участники дали информированное согласие на участие в исследовании и публикацию данных в анонимном и обобщенном виде.

Выборка набиралась путем объявлений в социальных сетях и по принципу «снежного кома». Онлайн-исследование проводилось с 27 апреля по 27 мая 2020 года. В исследовании приняли участие 1192 человека, из них 981 женщина (82%) и 211 мужчин (18%). В исследовании приняли участие жители всех регионов России: Центральный округ (58%), Северо-Западный (11%), Уральский (8%), Приволжский (6%), Южный (5%), Сибирский (4%), Дальневосточный (1%), Кавказский (1%). При этом 4% респондентов отметили, что проживают за рубежом, а 3% – избежали ответа на данный вопрос.

Возрастной диапазон респондентов – от 14 до 81 года, со значимым смещением в сторону более молодых участников. Средний возраст – $36,5 \pm 11,0$ лет ($Q_1=28$, $Q_2=36$, $Q_3=44$). Образование ниже среднего имели 1% респондентов, среднее общее образование – 4%, среднее специальное образование – 4%, незаконченное высшее – 9%, высшее профессиональное образование – 75%, ученую степень имели 6% респондентов.

Для анализа данных использовалась описательная статистика, дисперсионный анализ, путевой анализ, эксплораторный факторный анализ, корреляционный анализ и анализ согласованности шкал. Обработка полученных результатов производилась с помощью пакета статистических программ EQS v. 6.2, и SPSS v. 22.0.

Результаты

Сопоставительный анализ факторной структуры используемых опросников

Опросник «Шкала воспринимаемого стресса-10». Проведенный эксплораторный факторный анализ по 10 пунктам опросника однозначно свидетельствовал о наличии одного единственного фактора, объясняющего более 50% общей дисперсии. С другой стороны, согласованность отдельных субшкал «Перенапряжение» и «Противодействие стрессу», выделенных авторами адаптации

методики [1], ниже в сравнении с согласованностью общей шкалы «Стресс» (показатель согласованности пунктов α -Кронбаха, входящих в общую шкалу равен 0,834). Было обнаружено, что вопрос № 7 («Как часто за последний месяц Вы были в состоянии справиться с Вашей раздражительностью?») наименее согласован со всей шкалой. По ключу вопрос обратный, т.е. чем выше стресс, тем хуже человек справляется со стрессом. Но, с другой стороны, чем ниже стресс, тем меньше возникает ситуаций, вызывающих раздражительность, с которой нужно справляться. Из-за выявленной неоднозначности данный пункт из общего пула был удален, благодаря чему согласованность пунктов опросника по α -Кронбаха выросла до 0,89.

Опросник «Восприятие пандемии COVID-19». В связи с модификаций методики «Восприятие болезни» в «Восприятие пандемии COVID-19» факторная структура опросника была тщательно проверена.

С одной стороны, выделение главных компонент (Principal Component Analysis, Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization) шкал опросника «Восприятие пандемии COVID-19» показал структуру, схожую с заявленной авторами адаптации данной методики [10]. В первый фактор (компонент) «Восприятие угрозы пандемии для жизни» вошли вопросы 1, 2, 5, 6, 8, а во второй – «Ощущение контроля пандемии» – вопросы 3, 4. 7. Выявленные факторы объясняли 46,5% общей дисперсии (см. Приложение).

В данной факторной конфигурации опросника была выявлена положительная корреляция ($r=0,343$, $p<10^{-10}$) между факторами угрозы для жизни и контроля пандемии. То есть чем больше воспринимаемая угроза, тем больше ощущение ее контроля. Однако трехкомпонентная модель объясняет 59% общей дисперсии, и третья компонента содержательно интерпретируется. В таблице 1 представлены факторные нагрузки по трем компонентам, полученным с косоугольным вращением. Именно это решение, с нашей точки зрения, представляет наибольший интерес.

В трехфакторной структуре опросника «Восприятие пандемии» сохранилась положительная корреляция между первым и вторым факторами, то есть между угрозой от пандемии и ее контролем ($r=0,210$, $p<10^{-10}$). Третий фактор биполярный: на положительном полюсе – «Страх неизвестного», на отрицательном – «Понимание пандемии как известного феномена» («Отсутствие страха»). Связь между первым и третьим факторами оказалась положительной ($r=0,115$, $p<10^{-4}$). Это может интерпретироваться следующим образом: чем больше воспринимаемая угроза, тем больше страх неизвестного (или наоборот: чем больше страх неизвестного, тем больше воспринимаемая угроза).

Корреляции между вторым и третьим фактором не было обнаружено ($r=0,029$, $p=0,3$), т.е. не было найдено связи между возможностью контроля пандемии и пониманием того, что она из себя представляет. Таким образом, выделение трехкомпонентной структуры позволяет предположить, что оценка угрозы для жизни может иметь статус переменной, опосредующей связь между страхом неизвестного и контролем пандемии.

Таблица 1

Трехфакторная структура опросника «Восприятие пандемии COVID-19»

Вопросы	Факторы		
	1. Угроза для жизни	2. Контроль пандемии	3. Страх неизвестной болезни (+) ↔ Понимание болезни (-)
1. До какой степени существующая пандемия COVID-19 влияет на Вашу жизнь?	0,797	-0,032	-0,084
8. До какой степени наличие пандемии COVID-19 влияет на ваши эмоции?	0,797	-0,215	0,083
2. По Вашему мнению, как долго продлится пандемия COVID-19?	0,633	0,073	0,016
6. До какой степени Вы обеспокоены распространением COVID-19?	0,522	0,222	0,449
4. По Вашему мнению, до какой степени предпринятые меры помогают бороться с пандемией COVID-19?	-0,122	0,795	0,127
3. По Вашему мнению, в какой степени Вы имеете возможность контролировать распространение пандемии COVID-19?	-0,019	0,712	-0,012
5. Бывает ли, что Вы ощущаете у себя симптоматику коронавируса?	0,154	0,162	0,771
7. По вашему мнению, насколько хорошо Вы понимаете, что такое COVID-19?	0,323	0,464	-0,523

Эта гипотеза была проверена с помощью анализа путей с использованием программы EQS 6.2. Построенная модель представлена на рис. 1. Указанные детерминации значимо отличаются от 0 ($p < 0,01$). Показатели согласованности $\chi^2(df)=0,035(1)$, CFI=1, RMSEA=0 свидетельствуют об очень хорошей согласованности модели с эмпирическими данными.

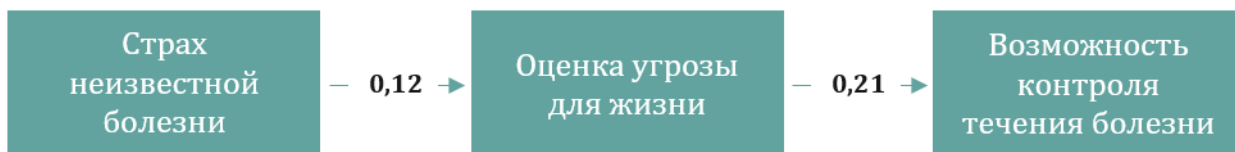


Рис. 1. Схема взаимосвязи между переменными, характеризующими отношение к COVID-19

Шкала реактивной тревожности Спилбергера–Ханина. Набор вопросов из шкалы реактивной тревожности, включающей 20 пунктов [9; 28], рассматривался нами для возможности выделения субшкал (фасеток). Вопросы, входящие в субшкалу, хорошо согласованны между собой, субшкала может быть проинтерпретирована как частный аспект тревожности.

С этой целью был проведен эксплораторный факторный анализ. Были выделены три субшкалы:

1) Субшкала спокойствия (все обратные пункты – 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20), согласованность которой α -Кронбаха=0,91;

2) Субшкала тревоги, которая включает прямые пункты (3, 6, 9, 12, 13, 14, 18) с согласованностью α -Кронбаха=0,920.

3) Субшкала рефлексивной тревожности, объединяющая следующие вопросы:

4. «В данный момент я испытываю сожаление»;

7. «В данный момент меня волнуют возможные неудачи»;

17. «В данный момент я озабочен».

Согласованность пунктов, входящих в небольшую субшкалу «Рефлексивная тревожность», не такая высокая, как в двух предыдущих случаях, однако тоже вполне приемлемая: α -Кронбаха=0,69. При этом удаление каждого из пунктов снижает надежность. Поэтому мы считаем, что такая структура может быть интересна для анализа полученных данных, которые представлены с учетом пола в таблице 2.

Таким образом, по итогам проверки факторной структуры используемых опросников были выделены следующие субшкалы: 1) «Восприятие стресса», 2) «Воспринимаемая угроза пандемии», 3) «Воспринимаемый контроль пандемии», 4) «Страх неизвестного», 5) «Спокойствие», 6) «Тревога», 7) «Рефлексивная тревожность».

Социально-демографические предикторы эмоционального состояния населения

В таблице 2 представлены значения средних и стандартных отклонений по всем шкалам в мужской и женской выборках. По критерию Стьюдента

(с последующей проверкой непараметрическим критерием Манна–Уитни) были установлены значимые различия выраженности показателей, полученных в результате факторного анализа ($p < 0,05$). У женщин значимо больше выражен стресс, тревожность, рефлексивный компонент тревожности, восприятие угрозы от COVID-19. Мужчины более спокойны, полагают, что ситуация под контролем и считают, что им все про эту болезнь понятно.

Не выявлено значимых различий в выраженности значений всех шкал ни по уровню образования, ни по региону проживания.

Таблица 2

**Показатели описательной статистики по всем шкалам
 в мужской и женской выборках (N=1192)**

Название шкал	Минимум	Максимум	Женщины		Мужчины	
			Среднее	Стд. откл.	Среднее	Стд. откл.
Восприятие стресса	1	5	2,88***	0,74	2,42	0,75
Опросник реактивной тревожности						
Спокойствие	1	4	1,98	0,66	2,34***	0,72*
Тревога	1	4	1,53***	0,67***	1,33	0,55
Рефлексивная тревожность	1	4	1,85**	0,73	1,67	0,66
Восприятие пандемии COVID-19						
Угроза для жизни	-2,9	2,4	0,06***	0,98	-0,27	1,04
Контроль пандемии	-2,5	3,6	-0,04	0,98	0,20**	1,08
Страх неизвестного	-2,2	3,2	0,03*	1,00	-0,13	0,99

Примечание. Звездочки указывают наибольшее из двух сравниваемых значений (среднее или стандартное отклонение): * – $p < 0,05$ обозначено, ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Для установления того, насколько возраст влияет на переживание стресса и отношение к болезни, респонденты были разбиты на четыре возрастные группы.

В таблице 3 представлены показатели численности каждой группы и средние по анализируемым шкалам в каждой группе. Поскольку опрос проводился онлайн, подавляющее большинство наших респондентов (более 99%) люди активного возраста до 64 лет. Поэтому возрастная периодизация в нашем исследовании ограничена именно этим возрастом.

Таблица 3

Показатели групповых средних значений по всем шкалам в различных возрастных группах (N=1181)

Возрастные группы	до 25 лет	26–35 лет	36–45 лет	46–64 года	p по критерию ANOVA	Результаты попарных сравнений
	1	2	3	4		
Число респондентов в возрастной группе	229	357	349	246		
Восприятие стресса	2,94	2,86	2,79	2,62	3,3E-05	группа 4 значительно ниже остальных
Спокойствие	2,02	2,03	2,00	2,15	0,057	не значимо
Тревожность	1,63	1,53	1,47	1,35	2,7E-05	1 и 2 группа значительно выше, чем 3 и 4
Рефлексивная тревожность	1,98	1,86	1,78	1,64	1,8E-06	общая тенденция к снижению
Восприятие угрозы жизни из-за пандемии COVID-19	0,14	0,05	-0,04	-0,15	0,010	группа 1 значительно выше остальных
Восприятие контроля пандемии COVID-19	0,34	-0,05	-0,10	-0,11	9,9E-08	не значимо
Страх неизвестного	-0,03	-0,06	-0,02	0,13	0,128	

Примечание. Жирным шрифтом выделены наибольшие среднегрупповые величины при $p < 0,05$; курсивом выделены $p < 0,1$.

Результаты показывают, что стресс, тревожность и восприятие угрозы свойственны, в первую очередь, более молодым респондентам. По шкале спокойствия значимых различий не наблюдается, хотя в старшей возрастной группе этот показатель выше. Стоит отметить, что несмотря на более низкий уровень стресса и угрозы в старшей возрастной группе, страх неизвестности там выше, хоть и не значимо.

Поскольку респонденты заполняли онлайн-опросники в течение месяца, с 27 апреля по 27 мая включительно, это позволило оценить динамику эмоционального состояния населения во времени. Поскольку количество респондентов в день было распределено неравномерно, мы разбили выборку на несколько этапов (таблица 4).

Таблица 4

Распределение респондентов по временным периодам (этапам)

Этап исследования	Всего человек	%
До 3 мая включительно	129	11
4 мая	260	22
5 мая	144	12
6 мая	142	12
7–11 мая	246	21
12–20 мая	147	12
Начиная с 21 мая	124	10
Всего	1192	100

Однофакторный дисперсионный анализ помог выявить значимые изменения эмоционального состояния населения на разных временных этапах. Были получены значимые различия по стрессу и всем шкалам тревожности в разные временные периоды ($p < 0,05$). Важно отметить, что наибольшие уровни стресса, тревоги и рефлексивной тревожности при наименьшем уровне спокойствия отмечаются после 12 мая 2020 г. (рис. 2).

Данный феномен может объясняться наибольшим выявленным уровнем зараженных COVID-19 за этот день (11656 человек) согласно официальной статистике^{2,3}, при завершении «нерабочих дней»⁴, которые были введены в связи

² Интернет источник: Официальный сайт Стопкоронавирус.ру. Отчет о текущей ситуации борьбы с коронавирусом (ежедневно обновляемый). URL: https://стопкоронавирус.рф/ai/html/3/attach/2020-05-31_coronavirus_government_report.pdf (Дата обращения 31.05.2020).

³ Интернет источник: Яндекс. Коронавирус. Статистика. Число новых выявленных заражений по дням URL: <https://yandex.ru/covid19/stat> (Дата обращения 29.05.2020).

⁴ Интернет источник: Официальный сайт Президента России. Совещание о санитарно-эпидемиологической обстановке 11 мая. URL: <http://kremlin.ru/events/president/news/63340> (Дата обращения 29.05.2020).

с распространением пандемии. При этом отношение к пандемии COVID-19 (по трем шкалам) со временем не изменилось.

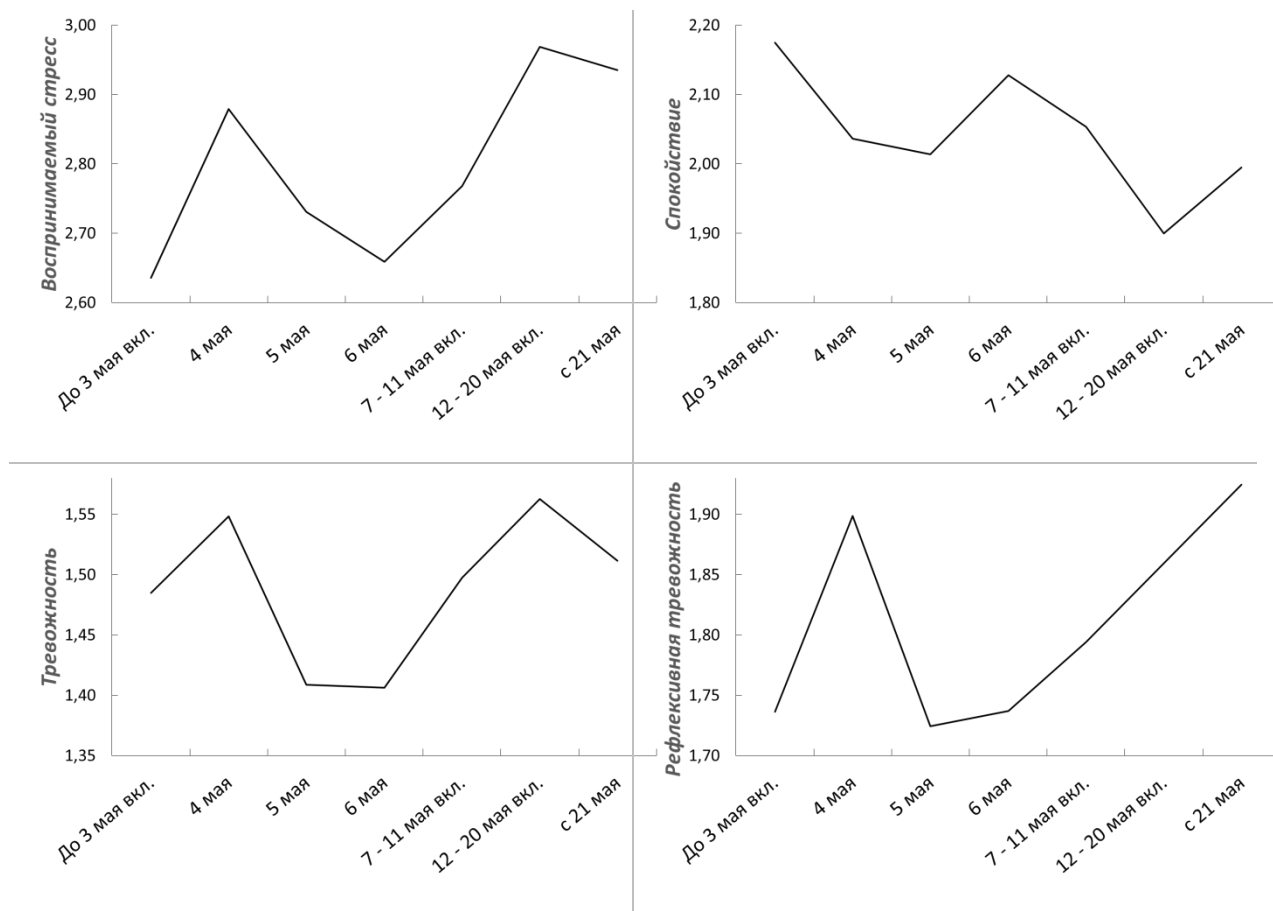


Рис. 2. Динамика воспринимаемого стресса, тревожности, спокойствия и рефлексивной тревожности в период с 27 апреля по 27 мая 2020 г.

Еще одна наша гипотеза касалась различий в переживаниях и представлениях о болезни у разных респондентов в зависимости от их материального уровня. Эта гипотеза связана с тем, что COVID-19 иногда называют «болезнью элиты». Люди с более высоким материальным положением изначально находились в группе риска, т.к. чаще выезжали за рубеж (откуда и пришел вирус в Россию), больше времени проводили в неформальном общении, не предполагающем соблюдения социальной дистанции. В таблице 5 представлено распределение респондентов в соответствии с их доходом на человека в семье.

Однофакторный дисперсионный анализ позволил выявить связь между увеличением уровня дохода и снижением уровня стресса, тревоги, рефлексивной тревожности, а также увеличение уровня спокойствия (рис. 3). Следует отметить, что люди с доходом менее 10 000 рублей имеют наибольший уровень стресса и тревожности. Представления о болезни не меняются, т.е. и богатые, и бедные имеют примерно одинаковые баллы по шкалам опросника восприятия пандемии COVID-19.

Таблица 5

Распределение респондентов согласно их материальному положению

Уровень дохода	Доход на человека в семье, руб.	Всего человек	%
1	до 10 000	127	11%
2	11 000–20 000	178	15%
3	21 000–40 000	292	24%
4	41 000–60 000	197	17%
5	61 000–80 000	128	11%
6	81 000–100 000	102	9%
7	Свыше 100 000	168	14%

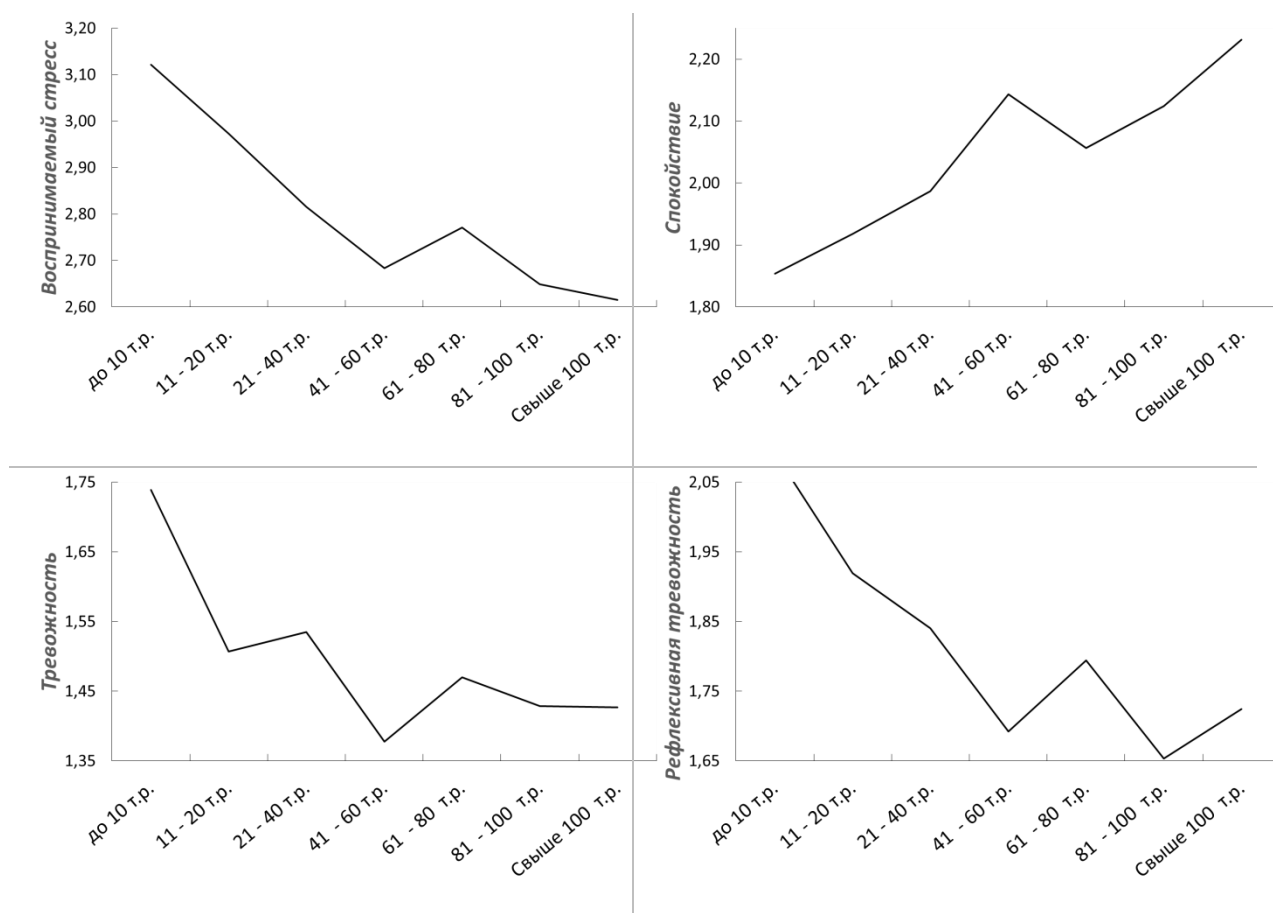


Рис. 3. Изменение воспринимаемого стресса, тревожности, спокойствия и рефлексивной тревожности при росте дохода

Один из вопросов анкеты касался того, есть ли у респондента родственники, которые болеют или уже переболели COVID-19. В таблице 6 представлен численный состав групп респондентов, имеющих и не имеющих таких родственников. Сопоставительный анализ выраженности показателей анализируемых шкал в этих двух группах по критерию Стьюдента (с подтверждением по непараметрическому критерию Манна–Уитни) показал значимые различия по шкалам тревожности, рефлексивной тревожности, восприятия угрозы, контроля и страха неизвестного (во всех случаях $p < 0,05$). Во всех случаях наличие больного родственника приводит к более высоким показателям. То есть лицам, имеющим заболевшего родственника, более свойственно тревожиться, размышлять о пандемии, более остро воспринимать угрозу от нее, чувствуя больший страх от неизвестности, и предпринимать больше попыток для контроля пандемии COVID-19.

Таблица 6

Состав выборки в их объективном и субъективном отношении к COVID-19

Наличие родственников, перенесших COVID-19	Всего человек	%
Да	172	14%
Нет	1020	86%
Декларируемое отношение к COVID-19		
Коронавирус очень опасен	425	36%
Затрудняюсь ответить	314	26%
Степень опасности коронавируса сильно преувеличена	453	38%

Похожая картина наблюдается при сопоставлении групп в зависимости от декларируемой позиции по отношению к коронавирусу по анализируемым показателям (см. табл. 6). С помощью однофакторного дисперсионного анализа были выявлены значимые различия ($p < 0,05$) в группах, декларирующих различное отношение к коронавирусу по субшкале «Спокойствие», а также по всем шкалам отношения к пандемии COVID-19 (рис. 4). Респонденты, полагающие, что опасность коронавируса преувеличена, имеют значимо больший уровень спокойствия: им кажется, что они «все про коронавирус знают». Если респонденты оценивают коронавирус как очень опасный, то воспринимают его как более угрожающий, считают его менее понятным и требующим больше действий для его контроля.

Результаты корреляционного анализа показали, что шкалы стресса и тревоги «укладываются» в одно измерение, в оппозицию спокойствию. Субшкала «Рефлексивная тревожность» также входит в тревогу и высоко коррелирует с ней. В таблице 7 показано, что существует позитивная корреляция между воспринимаемой угрозой от пандемии с восприятием стресса, уровнем тревоги и рефлексивной тревожностью. В то время как корреляции с факторами контроля и неизвестностью COVID-19 существенно ниже.

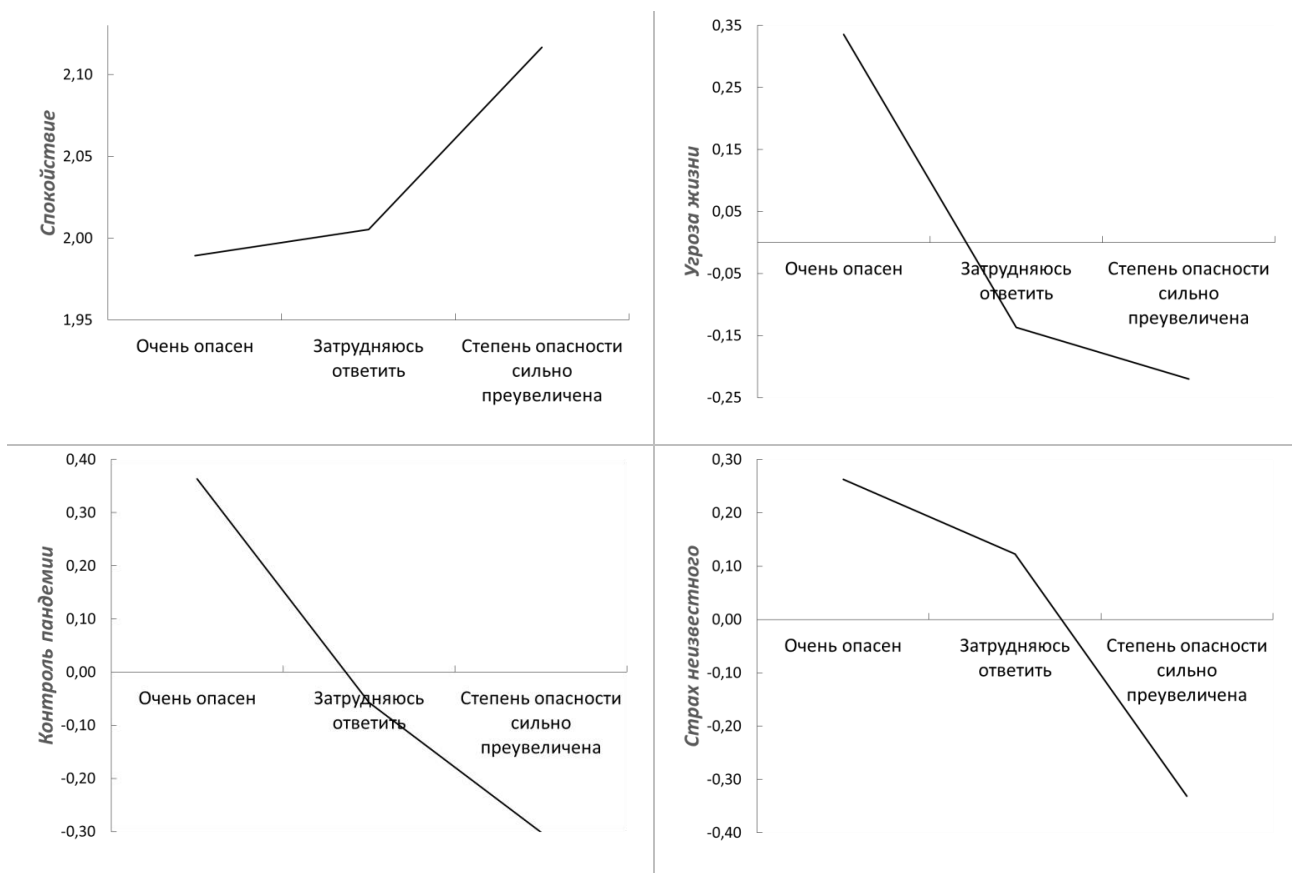


Рис. 4. Выраженность показателей по шкалам «Спокойствия» и восприятия пандемии в группах с различным декларируемым отношением к коронавирусу (как к опасному / как к преувеличенно опасному)

Таблица 7

Коэффициенты корреляции между опросником отношения к пандемии COVID-19 и остальными шкалами (N=1192)

	Угроза жизни	Контроль пандемии	Страх неизвестного
Восприятие стресса	0,483	-0,175	0,155
Спокойствие	-0,387	0,186	-0,206
Тревожность	0,387	-0,109	0,121
Рефлексивная тревожность	0,376	-0,081	0,101

Примечание. Р-значения почти всех коэффициентов корреляции меньше 10^{-5} . Для коэффициентов корреляции, выделенных курсивом, $p < 0,01$.

Как мы уже отмечали при оценке факторной структуры, фактор угрозы пандемии, хоть и не сильно, но позитивно коррелирует с контролем. То есть чем сильнее угроза, тем более выражено ощущение способности ей противостоять (хотя если есть силы противостоять, то и угроза, конечно, не сильная). Данная рассогласованность прослеживается в знаках коэффициентов корреляции. Шкала «Угроза жизни» позитивно коррелирует со шкалами тревоги и стресса, и негативно – со шкалой «Спокойствие». В то же время, знаки коэффициентов корреляции для шкалы «Контроль пандемии» противоположные: негативный – для шкалы восприятия стресса, и позитивный – для шкалы «Спокойствие». Для третьего фактора, «Страх неизвестного», знаки коэффициентов корреляции повторяют конфигурацию первого фактора: чем меньше страх неизвестности, тем больше спокойствие и меньше тревога.

Обсуждение результатов

Выполненное исследование восприятия населением России пандемии COVID-19 позволило получить целый ряд новых данных.

Так, был выявлен более высокий уровень стресса и тревоги у женщин, что согласуется с данными популяционных исследований, выполненных в КНР [26; 30] и в Италии [21]. Женщины в нашем исследовании также достоверно более часто оценивают пандемию COVID-19 как явление, несущее угрозу. При этом мужчины воспринимают COVID-19 как подконтрольную и понятную болезнь. Более молодые респонденты в большей степени переживают стресс, тревогу, ощущают угрозу для жизни по сравнению с более старшими. В отличие от упомянутых выше зарубежных исследований, на выборке российских респондентов не было обнаружено связи между уровнем стресса, тревоги и особенностями восприятия пандемии COVID-19, с одной стороны, и уровнем образования и регионом проживания респондентов, – с другой. В обсуждаемом исследовании значимым фактором оказался уровень дохода на одного члена семьи в месяц, низкий уровень которого связан с большим уровнем стресса и тревоги. В связи с этим правомочным представляется заключение о том, что наиболее подверженными стрессу в условиях пандемии COVID-19 являются молодые женщины с низким уровнем дохода.

В исследовании были получены данные о том, что эмоциональное состояние населения менялось по ходу распространения пандемии и зависело от принятых на государственном уровне мер и имеющихся информационных поводов. На российской выборке была обнаружена значимая связь между уровнем воспринимаемого стресса и тревожности и днями участия в исследовании. Наименьший уровень стресса был выявлен 4 мая 2020 г., в то время как пик дистресса у респондентов приходится на 12 мая 2020 г., что можно объяснить снижением воспринимаемого стресса во время праздников и его повышением при завершении режима «нерабочих дней» во время выявления наибольшего количества зараженных в день. Такое распределение тревоги среди населения сочетается с данными, полученными в исследовании коллег из КНР [26], согласно которым пики тревоги у населения сочетались с государственными объявлениями о передаче COVID-19 от человека к человеку, о введении строгого карантина в Ухане и с сообщением Всемирной организации здравоохранения о чрезвычайной ситуации

в области общественного здравоохранения международного значения. При этом наименьший уровень стресса на китайской выборке отмечался в праздничные дни, во время «Фестиваля фонарей» [26]. Испанские исследователи [24] на выборке из 976 взрослых показали, что уровень психологических симптомов был низким в начале оповещений о пандемии, в то время как после издания приказа о пребывании на дому было зафиксировано увеличение депрессии, тревоги и стресса.

Анализ результатов исследования и сопоставление их с данными вышеперечисленных исследований эмоционального состояния населения разных стран во время пандемии COVID-19 позволяют выделить распространение информации и индивидуальное восприятие пандемии в качестве важных факторов, опосредующих «стрессовый отклик» в условиях COVID-19, что согласуется с целым рядом эмпирических данных, полученных в психологии стресса, а также с теоретическими положениями информационных теорий эмоций и транзактных моделей стресса [11].

В представляемом исследовании было показано, что оценка стрессора в виде угрозы от вспышки инфекционного заболевания связана с индивидуальным выбором по соблюдению профилактических мер, что важно для предотвращения распространения заболевания. Кроме того, в данном результате, на наш взгляд, прослеживается та же объяснительная логика, как при связи между приверженностью лечению и восприятием реальной болезни [2; 6–8].

Не было обнаружено значимой связи между социально-демографическими характеристиками и восприятием пандемии COVID-19. Наиболее выраженным фактором в восприятии пандемии можно назвать наличие заболевшего COVID-19 в числе родных и близких. Это увеличивало восприятие пандемии в качестве стрессового события, тревожность, оценку угрозы от COVID-19, непонятность болезни и, как следствие, – больший контроль распространения пандемии. Наличие заболевшего родственника или знакомого, с одной стороны, становится фактором психологического неблагополучия и появления дистресса, тревоги и депрессивных переживаний [21; 26; 32]. С другой стороны, наличие заболевшего в числе близких сказывается на предпринятых мерах по контролю пандемии, что подтверждается исследованиями предыдущих вспышек инфекционных заболеваний, таких как «острый респираторный синдром» (Severe acute respiratory syndrome, SARS), также называемый «атипичной пневмонией» в 2003 году [18], и свиной грипп (Swine influenza, H₁N₁) в 2009 году [27].

Таким образом, исследование показало, что на российской выборке восприятие пандемии COVID-19 в качестве угрозы сочетается с бóльшим уровнем стресса и тревоги, а также с возрастанием рефлексивной тревожности. И чем сильнее оценивается угроза от пандемии, тем больше ощущение способности ей противостоять. При этом восприятие COVID-19 и пандемии COVID-19 в качестве понятных явлений связана с бóльшим спокойствием и меньшей тревогой. Однако декларируемое понимание COVID-19 у россиян не приводит к бóльшему контролю. Возможно, что появление образов COVID-19 и пандемии COVID-19 как понятных явлений нивелирует чувство угрозы, которое является мотивацией для контроля

над пандемией. Убеждение, что опасность коронавируса преувеличена, сочетается с ощущением его большей «понятности» и большего спокойствия, что в конечном итоге и может приводить к его меньшему контролю. Таким образом, ощущение «понятности» может нести выгоду в психологическом плане для снижения тревоги и стресса, но оборачиваться меньшим соблюдением мер безопасности и провоцировать больший риск заражения. Полученные результаты о роли спокойствия и чувства угрозы по отношению к COVID-19 и пандемии COVID-19 в совокупности выглядят довольно противоречивыми, что диктует необходимость дальнейших исследований.

Заключение

Выявленный в исследовании эффект «понятности» COVID-19 и пандемии COVID-19, сочетающийся со снижением уровня негативных эмоций и уменьшением контроля, с нашей точки зрения, может рассматриваться в качестве культуральной особенности российской выборки. Поскольку для широкого круга здоровых людей в восприятии пандемии отсутствует «чувственная ткань» ВКБ, то отношение к пандемии во многом может определяться информационным фоном и социокультурными условиями, что подтверждается динамичным изменением эмоционального состояния респондентов в течение месяца наблюдений. При этом наличие опыта заражения среди знакомых и родственников может выступать формой объективации, приобретать некоторые черты «чувственной ткани» и далее мотивировать к переосмыслению восприятия пандемии COVID-19.

Еще одним важным результатом данного исследования является разработка психодиагностического комплекса, адресованного изучению отношения к пандемии COVID-19, а также в выполненной проверке факторной структуры использованных опросников. Однако проведенное исследование имеет ряд ограничений.

Во-первых, были использованы опросники восприятия стресса и восприятия пандемии COVID-19, которые отражают декларируемое отношение к изучаемым феноменам. Например, это отражается в том, что изучение ощущения «контроля» пандемии COVID-19 не сопровождалось измерением конкретного поведения респондентов по соблюдению профилактических мер.

Во-вторых, с учетом типа распространения приглашения к исследованию и добровольного характера участия в опросе полученная выборка не была сбалансирована по полу, что ставит вопрос о мотивации участников исследования. Большее количество женщин в выборке может объясняться их более высоким уровнем стресса и тревожностью, которые выступали мотивами для участия в исследовании. Это создает необходимость изучения феномена восприятия пандемии COVID-19 на более сбалансированной выборке. Кроме того, необходимо охватить вниманием респондентов «65+», с самого начала отнесенных к группе риска. Основная проблема при этом состоит в том, что более пожилые люди испытывают существенные трудности при прохождении опроса онлайн.

В-третьих, в данном исследовании из негативных психических состояний учитывались только восприятие стресса и тревожность, но не проводилась

диагностика широкого спектра психопатологических симптомов, которые могли актуализироваться из-за стресса в условиях пандемии COVID-19 и самоизоляции. Следовательно, с целью более детальной оценки эмоционального состояния населения во время пандемии COVID-19 необходимо разработать более подробный клинико-психологический методический комплекс для продолжения онлайн-исследования.

Литература

1. Абабков В.А., Барышникова К., Воронцова-Венгер О.В. и др. Валидизация русскоязычной версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10» // Вестник Санкт-Петербургского Университета. 2016. Том 16. № 2. С. 6–15. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2016.202.
2. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Эвристическая ценность постнеклассических моделей в психосоматике (на примере синдромного подхода Л.С. Выготского – А.Р. Лурии) // Вопросы психологии. 2014. № 1. С. 14–28.
3. Иосифян М.А., Арина Г.А., Николаева В.В. Ценности и страхи: связь между ценностными предпочтениями и страхом перед нарушениями здоровья [Электронный ресурс]. Clinical Psychology and Special Education. 2019. Том 8. № 1. С. 103–117. DOI: 10.17759/psycljn.2019080107. (дата обращения: 18.05.2020).
4. Леонова А.Б. Организационная психология: Учебник. М.: ИНФРА-М, 2013. 429 с.
5. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.: Гос. изд-во медицинской литературы, 1939. 96 с.
6. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. 168 с.
7. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Ковязина М.С. и др. Изменение образа жизни пациента как задача психологической реабилитации: организация реабилитации как совместной деятельности на личностном и межличностном уровнях [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 47–63. DOI: 10.17759/cpse.2020090103.
8. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл. 2002. 287 с.
9. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Ленинград: ЛНИИТЕК, 1976. 61 с.
10. Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., и др. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2017. Том 10. № 51. С. 1. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2017v10n51/1376-yaltonskii51.html> (дата обращения: 20.05.2020).

11. Biggs A., Brough P., Drummond, S. Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory // The Handbook of Stress and Health. C. Cooper, J. Quick (eds.). Ch. 21. 2017. P. 349–364. DOI:10.1002/9781118993811.ch21.

12. Broadbent E., Petrie K.J., Main J., et al. The brief illness perception questionnaire // Journal of Psychosomatic Research. 2006. Vol. 60. № 6. P. 631–637. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.

13. Broadbent E., Wilkes C., Koschwanez H., et al. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire // Psychology and Health. 2015. Vol. 30. № 11. P. 1361–1385. DOI:10.1080/08870446.2015.1070851.

14. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress // Journal of Health and Social Behavior. 1983. Vol. 24. № 4. P. 385–396.

15. Dorfan N.M., Woody S.R. Danger appraisals as prospective predictors of disgust and avoidance of contaminants // Journal of Social and Clinical Psychology. 2011. Vol. 30. № 2. P. 105–132. DOI: 10.1521/jscp.2011.30.2.105.

16. Harper C.A., Satchell L.P., Fido D., et al. Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic [Электронный ресурс] // International Journal of Mental Health and Addiction. 2020. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7185265/> (дата обращения: 20.05.2020).

17. Jakeman J. Riding the coronacoaster of uncertainty // The Lancet Infectious Diseases. 2020. Vol. 20. № 6. P. 629. DOI:10.1016/S1473-3099(20)30378-9.

18. Leung G.M., Lam T.-H., Ho, L.-M., et al. The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong // Journal of Epidemiology and Community Health. 2003. Vol. 57. P. 857–994. DOI: 10.1136/jech.57.11.857.

19. Leventhal H., Bodnar-Deren H.S., Breland J.Y., et al. Modeling Health and Illness Behavior: The Approach of the Commonsense Model / In A. Baum, T. Revenson, J. Singer (Eds.), Handbook of psychology and health. 2nd ed. London: Psychology Press, 2012. P. 3–36.

20. Li J.-B., Yang A., Dou K., et al. Chinese public's knowledge, perceived severity, and perceived controllability of the COVID-19 and their associations with emotional and behavioural reactions, social participation, and precautionary behaviour: A national survey [Электронный ресурс] // PsyArXiv Preprint. 2020. URL: <https://psyarxiv.com/5tmsh/> (дата обращения: 20.05.2020).

21. Mazza C., Ricci E., Biondi S., et al. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors [Электронный ресурс] // International Journal of Environmental Research Public Health. 2020. Vol. 17. № 9. P. 3165. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7246819/> (дата обращения: 20.05.2020).

22. Mezzich J.E., Zinchenko Y.P., Krasnov V.N., et al. Person-centered approaches in medicine: clinical tasks, psychological paradigms, and the postnonclassical perspective //

Psychology in Russia: State of the Art. 2013. Vol. 6. № 1. P. 95–109. DOI: 10.11621/PIR.2013.0109

23. *Motta Zanin G., Gentile E., Parisi A., et al.* A Preliminary Evaluation of the Public Risk Perception Related to the COVID-19 Health Emergency in Italy [Электронный ресурс] // International Journal of Environmental Research Public Health. 2020. Vol. 17. № 9. P. 3024. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7246845/> (дата обращения: 20.05.2020).

24. *Ozamiz-Etxebarria N., Dosil-Santamaria M., Picaza-Gorrochategui M., et al.* Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain [Электронный ресурс] // Cadernos de Saúde Pública. 2020. Vol. 36, № 4. P. e00054020. URL: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000405013&lng=en&nrm=iso &tlng=en (дата обращения: 20.05.2020).

25. *Pervichko E., Zinchenko Yu., Martynov A.* Peculiarities of Emotional Regulation with MVP Patients: A Study of the Effects of Rational-Emotive Therapy // Procedia – social and behavioral sciences. 2013. Vol. 78. P. 290–294. DOI: 10.1016/J.SBSPRO.2013.04.297.

26. *Qiu J., Shen B., Zhao M., et al.* A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations [Электронный ресурс] // Journal of General Psychiatry. 2020. Vol. 33. № 2. P. e100213. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7061893/> (дата обращения: 20.05.2020).

27. *Rubin G.J., Amlot R., Page L., et al.* Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: cross sectional telephone survey [Электронный ресурс] // British Medical Journal. 2009. Vol. 339. P. b2651–b2651. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2714687/> (дата обращения: 20.05.2020).

28. *Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R., et al.* Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2). 1983. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 42 p.

29. *Tang C.S., Wong, C.-Y.* An outbreak of the severe acute respiratory syndrome: Predictors of health behaviors and effect of community prevention measures in Hong Kong, China // American Journal of Public Health. 2003. Vol. 93. № 11. P. 1887–1888. DOI: 10.2105/ajph.93.11.1887.

30. *Wang C., Pan R., Wan X., et al.* Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China [Электронный ресурс] // International Journal Environmental Research Public Health. 2020. Vol. 17. № 1729. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7084952/> (дата обращения: 20.05.2020).

31. *Xiang Y.-T., Yang Y., Li W., et al.* Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed // The Lancet Psychiatry. 2020. Vol. 7. № 3. P. 228–229. DOI: 10.1016/s2215-0366(20)30046-8.

32. Zhu Z., Xu S., Wang H., et al. COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers [Электронный ресурс] // The British Medical Journal. 2020. URL: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.20.20025338v2.full.pdf>. (дата обращения: 20.05.2020).

References

1. Ababkov V.A., Baryshnikova K., Vorontsova-Venger O.V. et al. Validizatsiya russkoyazychnoy versii oprosnika «Shkala vosprinimayemogo stressa-10» [Validation of the Russian version of the questionnaire “Scale of Perceived Stress-10”]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo Universiteta=Bulletin of St. Petersburg University*, 2016, ser. 16, vol. 2. pp. 6–15. (In Russ., Abstr. in Engl.). DOI: 10.21638/11701/spbu16.2016.202.
2. Zinchenko Y.P., Pervichko E.I. Evristicheskaya tsennost' postneklassicheskikh modeley v psikhosomatike (na primere sindromnogo podkhoda L.S. Vygotskogo – A.R. Lurii) [The heuristic value of post-non-classical models in psychosomatics (on the example of the syndrome approach of L.S. Vygotsky - A.R. Luria)]. *Voprosy psikhologii=Psychology Issues*, 2014, no. 1, pp. 14–28. (In Russ., Abstr. in Engl.).
3. Iosifyan M.A., Arina G.A., Nikolayeva V.V. Tsennosti i strakhi: svyaz' mezhdru tsennostnymi predpochteniyami i strakhom pered narusheniyami zdorov'ya [Values and fears: the relationship between value preferences and fear of health problems]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2019, vol. 8, no. 1, pp. 103–117. DOI: 10.17759/psycljn.2019080107. (In Russ., Abstr. in Engl.).
4. Leonova A.B. Organizatsionnaya psikhologiya: Uchebnik. [Organizational Psychology: A Textbook]. Moscow: INFRA-M, 2013. 429 p. (In Russ.).
5. Luriya R.A. Vnutrennyaya kartina bolezni i iatrogennyye zabolevaniya [The internal picture of the disease and iatrogenic diseases.]. Moscow: Gos. izd-vo meditsinskoy literatury, 1939. 96 p. (In Russ.).
6. Nikolayeva V.V. Vliyaniye khronicheskoy bolezni na psikhiku: psikhologicheskoye issledovaniye [The effect of chronic disease on the psyche: a psychological study]. Moscow: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1987. 168 p. (In Russ.).
7. Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., Kovyazina M.S., et al. Izmeneniye obraza zhizni patsiyenta kak zadacha psikhologicheskoy reabilitatsii: organizatsiya reabilitatsii kak sovmestnoy deyatel'nosti na lichnostnom i mezhlichnostnom urovnyakh [Changing the patient's lifestyle as a task of psychological rehabilitation: the organization of rehabilitation as a joint activity at the personal and interpersonal levels]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical and Special Psychology*, 2020, vol. 9, no. 1, pp. 47–63. DOI: 10.17759/cpse.2020090103. (In Russ., Abstr. in Engl.).
8. Tkhostov A.Sh. Psikhologiya telesnosti [The psychology of physicality]. Moscow: Smysl, 2002. 287 p. (In Russ.).
9. Khanin Y.L. Kratkoye rukovodstvo k primeneniyu shkaly reaktivnoy i lichnostnoy trevozhnosti CH.D. Spilbergera [A quick guide to using the reactive and personal anxiety scale Spielberger]. Leningrad: LNIITEK, 1976. 61 p. (In Russ.).

10. Yaltonskiy V.M., Yaltonskaya A.V., Sirota N.A., et al. Psikhometricheskiye kharakteristiki russkoyazychnoy versii kratkogo oprosnika vospriyatiya bolezni [Psychometric characteristics of the Russian-language version of the short questionnaire for perceiving the disease]. *Psikhologicheskkiye issledovaniya=Psychological Research*, 2017, vol. 10, no. 51, p. 1. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2017v10n51/1376-yaltonskii51.html> (Accessed: 20.05.2020). (In Russ., Abstr. in Engl.).
11. Biggs A., Brough P., Drummond S. Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. In C. Cooper, J. Quick, *The Handbook of Stress and Health*, ch. 21, 2017, pp. 349–364. DOI: 10.1002/9781118993811.ch21.
12. Broadbent E., Petrie K.J., Main J., et al. The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 2006, vol. 60, no. 6, pp. 631–637. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.
13. Broadbent E., Wilkes C., Koschwanez H., et al. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology and Health*, 2015, vol. 30, no. 11, pp. 1361–1385. DOI:10.1080/08870446.2015.1070851.
14. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983, vol. 24, no. 4, pp. 385–396.
15. Dorfan N.M., Woody S.R. Danger appraisals as prospective predictors of disgust and avoidance of contaminants. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2011, vol. 30, no. 2, pp. 105–132. DOI: 10.1521/jscp.2011.30.2.105.
16. Harper C.A., Satchell L.P., Fido D., et al., Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2020. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7185265/> (Accessed: 20.05.2020).
17. Jakeman J. Riding the coronacoaster of uncertainty. *The Lancet Infectious Diseases*, 2020, vol. 20, no. 6, p. 629. DOI: 10.1016/S1473-3099(20)30378-9.
18. Leung G.M., Lam T.-H., Ho L.-M., et al. The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, vol. 57, p. 857–994. DOI: 10.1136/jech.57.11.857.
19. Leventhal H., Bodnar-Deren H.S., Breland J.Y., et al. Modeling Health and Illness Behavior: The Approach of the Commonsense Model. In A. Baum, T. Revenson, J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health*. 2nd ed. London: Psychology Press, 2012, pp. 3–36.
20. Li J.-B., Yang A., Dou K., et al. Chinese public's knowledge, perceived severity, and perceived controllability of the COVID- 19 and their associations with emotional and behavioural reactions, social participation, and precautionary behaviour: A national survey. *PsyArXiv Preprint*, 2020. URL: <https://psyarxiv.com/5tmsh/> (Accessed: 20.05.2020).
21. Mazza C., Ricci E., Biondi S., et al. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses

and associated factors. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 2020, vol. 17, no. 9, p. 3165. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7246819/> (Accessed: 20.05.2020).

22. Mezzich J.E., Zinchenko Y.P., Krasnov V.N., et al. Person-centered approaches in medicine: clinical tasks, psychological paradigms, and the postnonclassical perspective. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2013, vol. 6, no. 1, p. 95–109. DOI: 10.11621/PIR.2013.0109.

23. Motta Zanin G., Gentile E., Parisi A., et al. A preliminary evaluation of the public risk perception related to the COVID-19 health emergency in Italy. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 2020, vol. 17, no. 9, p. 3024. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7246845/> (Accessed: 20.05.2020).

24. Ozamiz-Etxebarria N., Dosil-Santamaria M., Picaza-Gorrochategui M., et al. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020, vol. 36, no. 4. pp. e00054020. URL: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000405013&lng=en&nrm=iso&tlng=en (Accessed: 20.05.2020).

25. Pervichko E., Zinchenko Yu., Martynov A. Peculiarities of Emotional Regulation with MVP Patients: A Study of the Effects of Rational-Emotive Therapy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2013, vol. 78, pp. 290–294. DOI: 10.1016/J.SBSPRO.2013.04.297.

26. Qiu J., Shen B., Zhao M., et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Journal of General Psychiatry*, 2020, vol. 33, no. 2., pp. e100213. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7061893/> (Accessed: 20.05.2020).

27. Rubin G.J., Amlot R., Page L., et al. Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: cross sectional telephone survey. *British Medical Journal*, 2009, vol. 339, pp. b2651–b2651. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2714687/> (Accessed: 20.05.2020).

28. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R., et al. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y1 – Y2). 1983. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 42 p.

29. Tang C.S., Wong C.-Y. An outbreak of the severe acute respiratory syndrome: Predictors of health behaviors and effect of community prevention measures in Hong Kong, China. *American Journal of Public Health*, 2003, vol. 93, no. 11, pp. 1887–1888. DOI: 10.2105/ajph.93.11.1887.

30. Wang C., Pan R., Wan X., et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal Environmental Research Public Health*, 2020, vol. 17, no. 1729. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7084952/> (Accessed: 20.05.2020).

31. Xiang Y.-T., Yang Y., Li W., et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 2020, vol. 7, no. 3, pp. 228–229. DOI: 10.1016/s2215-0366(20)30046-8.

32. Zhu Z., Xu S., Wang H., et al. COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers. *The British Medical Journal*, 2020. URL: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.20.20025338v2.full.pdf> (Accessed: 20.05.2020).

ПРИЛОЖЕНИЕ

Двухфакторная структура опросника «Восприятие пандемии COVID-19»

Вопросы	Факторы	
	1 – Угроза для жизни	2 – Контроль пандемии
1. До какой степени существующая пандемия COVID-19 влияет на Вашу жизнь?	0,738	-0,042
2. По Вашему мнению, как долго продлится пандемия COVID-19?	0,620	0,058
3. По Вашему мнению, в какой степени Вы имеете возможность контролировать распространение пандемии COVID-19?	-0,016	0,712
4. По Вашему мнению, до какой степени предпринятые меры помогают бороться с пандемией COVID-19?	-0,061	0,786
5. Бывает ли, что Вы ощущаете у себя симптоматику коронавируса?	0,453	0,099
6. До какой степени Вы обеспокоены распространением COVID-19?	0,683	0,176
7. По вашему мнению, насколько хорошо Вы понимаете, что такое COVID-19?	0,112	0,497
8. До какой степени наличие пандемии COVID-19 влияет на ваши эмоции?	0,802	-0,237

Информация об авторах

Первичко Елена Ивановна, доктор психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии, Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова); профессор кафедры клинической психологии психолого-социального факультета, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8721-7656>, e-mail: elena_pervichko@mail.ru

Первичко Е.И., Митина О.В., Степанова О.Б. и др.
Восприятие COVID-19 населением России
в условиях пандемии 2020 года
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 119–146.

Pervichko E.I., Mitina O.V., Stepanova O.B., et al.
Perception of COVID-19
During the 2020 Pandemic in Russia
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 119–146.

Митина Ольга Валентиновна, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник факультета психологии, Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-4404>, e-mail: omitina@inbox.ru

Степанова Ольга Борисовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры методологии психологии факультета психологии, Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6751-5082>, e-mail: psy_stob@mail.ru

Конюховская Юлия Егоровна, аспирант кафедры методологии факультета психологии, Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3608-9038>, e-mail: yekon@icloud.com

Дорохов Егор Андреевич, аспирант кафедры личности факультета психологии, Московский Государственный Университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7433-2046>, e-mail: dorohov.e@mail.ru

Information about the authors

Elena I. Pervichko, Doctor of Psychology, Associate Professor of Department of Neuro- and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University; Professor of Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Social Sciences, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8721-7656>, e-mail: elena_pervichko@mail.ru

Olga V. Mitina, PhD in Psychology, Leading scientific fellow, Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-4404>, e-mail: omitina@inbox.ru

Olga B. Stepanova, PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Methodology of Psychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6751-5082>, e-mail: psy_stob@mail.ru

Julia E. Koniukhovskaia, PhD Student, Department of Methodology of Psychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3608-9038>, e-mail: yekon@icloud.com

Egor A. Dorokhov, PhD Student, Department of Personality, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7433-2046>, e-mail: dorohov.e@mail.ru

Получена: 03.06.2020

Received: 03.06.2020

Принята в печать: 12.06.2020

Accepted: 12.06.2020

Трансформация метафорических репрезентаций жизненного пути личности в период самоизоляции у взрослых

Саликова Э.М.В.

Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВО МПГУ), г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9320-6822>, e-mail: evelina.salikova@mail.ru

В статье рассматриваются теоретические подходы к пониманию социальных репрезентаций жизненного пути, выраженных метафорически. Представлены результаты лонгитюдного эмпирического исследования социальных репрезентаций жизненного пути, выраженных метафорически, у взрослых респондентов. В первом этапе исследования приняли участие 267 респондентов, продолжили участие во втором этапе 37 респондентов. В ходе первого этапа исследования были выделены категории анализа метафорических репрезентаций на материале эссе 267 респондентов. На втором этапе исследования были проанализированы данные 37 респондентов, описавших свой жизненный путь в обыденной ситуации и в ситуации самоизоляции в форме метафор с интервалом в полгода. В ходе проведенного исследования проведен контент-анализ слов, составляющих метафорические репрезентации «повседневного» жизненного пути, а также жизненного пути в самоизоляции. На основании полученных данных выделены категории анализа метафорических репрезентаций, проведен анализ по категориям, выделена ядерно-периферическая структура социальных репрезентаций жизненного пути и жизненного пути в самоизоляции. В рамках данного исследования осуществлен сравнительный анализ представлений взрослых респондентов о жизненном пути в обыденной жизни и в период самоизоляции, выявлены динамические изменения в структурных элементах социальных репрезентаций.

Ключевые слова: социальные репрезентации, жизненный путь, метафора, самоизоляция.

Для цитаты: Саликова Э.М.В. Трансформация метафорических репрезентаций жизненного пути личности в период самоизоляции у взрослых [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 147–160. DOI: 10.17759/cpse.2020090207

Transformation of Metaphoric Representations of a Person's Path of Life During the Period of Self-Isolation in Adults

Evelina Mariia V. Salikova

Moscow State Pedagogical University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9320-6822>, e-mail: evelina.salikova@mail.ru

This article discusses theoretical approaches for understanding metaphorically expressed life paths social representations. The results of a longitudinal empirical study of life paths metaphorically expressed social representations of adult group are presenter. In the first half of study, 267 respondents took part, in the second half of study – 37 respondents. During the first stage of this study, the categories of analysis of metaphorical representations were selected on the basis of the essay material of 267 respondents. At the second stage of the study, data of 37 respondents analyzed. Participants with an interval of six months described in the form of metaphors their life path in a normal situation and in a situation of self-isolation. During this study content-analysis of the words that make up the metaphoric representations of life path and life path in self-isolation was performed. Categories of metaphoric representations were picked out, and analysis was performed with the use of these categories. We created next two nuclear-peripheral structures of social representations, expressed metaphorically: life path and life path in self-isolation (in the adult group). Comparative analysis of representations about life path in everyday life and during the period of self-isolation performed, dynamic changes in the structural elements of social representations identified.

Keywords: social representations, life path, metaphor, self-isolation.

For citation: Salikova E.M.V. Transformation of Metaphoric Representations of a Person's Path of Life During the Period of Self-Isolation in Adults. *Klinicheskaia i spetsial'naia psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 2, pp. 147–160. DOI: 10.17759/cpse.2020090207 (In Russ.)

Введение

Тенденции изучения феномена социальных репрезентаций в рамках современной психологической науки отражают общую заинтересованность ученых-исследователей в решении важного и не слишком хорошо изученного вопроса. Особое внимание привлекает также феномен жизненного пути, который на протяжении длительного времени оставался одной из центральных проблем отечественной и зарубежной психологии. Проблема исследования социальных репрезентаций жизненного пути становится особенно актуальной в момент социальных преобразований и трансформаций образа жизни, вызванных

экстремальными ситуациями. Отметим, что экстремальность в данном контексте – это не только характеристика внешних условий, но и показатель, отражающий внутреннее психологическое состояние человека [9]. Одной из трансформаций подобного характера как психической жизни отдельного индивида, так и жизни общества в целом выступает режим самоизоляции граждан, при котором происходят изменения не только в обыденной жизни, но и во всех сферах социальных взаимоотношений, а также в представлениях о жизненном пути. В связи с неконтролируемым распространением не изученного ранее вируса 11 марта 2020 г. генеральный директор Всемирной Организации Здравоохранения объявил сложившуюся ситуацию пандемией, что означает, что в большинстве стран мира зарегистрированы случаи инфицирования [7], в связи с чем отдельные общества были вынуждены реагировать на сложившуюся ситуацию как на государственном уровне, так и на уровне гражданской позиции каждого отдельного индивида данных обществ. В Российской Федерации в связи с изменением эпидемиологической обстановки органами государственной власти было принято решение о введении режима повышенной готовности и, как следствие, – введении режима самоизоляции. Данные меры являются беспрецедентными и, безусловно, новыми для общества, в связи с чем отдельные его представители вынуждены вырабатывать новые механизмы преодоления кризиса как в экономической, так и в социальной сферах, а также новые психологические механизмы преодоления ситуации неопределенности и депривации удовлетворения базовой потребности в безопасности. В данной ситуации актуальным выступает исследование социальных репрезентаций жизненного пути, поскольку таким образом становится возможным изучение представлений членов определенного социума, а именно российского, о жизненном пути в условиях преобразований традиционного уклада жизни. В связи с тем, что социальные репрезентации, как и жизненный путь, являются феноменами, которым свойственно развитие в изменяющихся условиях, становится возможным предпринять попытку изучения этих преобразований.

Разработка понятия социальной репрезентации осуществлялась представителями французской школы, которые предприняли попытки определения и выявления механизмов функционирования индивидуального сознания субъекта в рамках определенного социума. С. Московичи определяет социальные репрезентации с позиции соединения идей, метафор и образов, отражающих действительность [11]. Он и последователи данного направления отмечали способ жизни, выбранный субъектом, в качестве отражения специфического типа его личности, содержащего информацию об особенностях ее формирования на различных этапах становления в обществе. В период самоизоляции личность вынуждена пребывать в ситуации неопределенности и отсутствия контроля за привычным ритмом своей жизни, что не является ее выбором, а предполагает регламентацию со стороны государственных органов. Принцип неопределенности в рамках социальной психологии, особенно в тех ее областях, в которых внимание уделяется исследованиям личности, связан с трансформациями бытийного плана. Такого рода трансформации выражаются в нарастании социальных изменений, которые способствует превращению системы социального взаимодействия человека в череду ситуаций неопределенности, в основе которых находится проблема социального выбора [3]. Ситуация самоизоляции характеризуется концентрическим характером изменений в социальных взаимодействиях человека,

что выражается в исключении привычных социальных контактов, трансформации типичных способов осуществления жизнедеятельности и приводит к тому, что человеку необходима выработка новых моделей удовлетворения потребностей в коммуникации, принятии, поддержке, безопасности. В данном контексте актуальным выступает исследование репрезентаций жизненного пути, неотъемлемой частью которого выступает выбор личности [10], сделанный как в рамках прошлого опыта и определяющий настоящее, так и произведенный в актуальной ситуации. Осуществление такого выбора в рамках самоизоляции не представляется возможным, однако данная ситуация определяется решениями, принятыми на предыдущих этапах жизни. А.М. Столяренко рассматривает экстремальность как «показатель особого состояния системы «человек в ситуации», изменяющийся в определенном диапазоне в зависимости от степени подготовленности и выбора поведения самим человеком» [12; с. 36]. Выбор жизненного пути в ситуации социальных преобразований и неопределенности во многом определяется культурно-исторической ситуацией данного общества, однако особое значение в данном контексте приобретает и внутренняя позиция личности, поскольку данные обстоятельства могут быть приняты или не приняты личностью. Решение о выполнении предписаний, регламентирующих жизнедеятельность, остается за человеком.

Применение метафор в качестве социальных репрезентаций позволяет осуществить сохранение непротиворечивости внутренней картины мира. Процесс метафоризации, по мнению некоторых ученых, содержательно определяется необходимостью осуществления трансформации структуры знаний из «неизвестного» в «известное». Именно трансформация знаний из «неизвестного» в «известное» посредством метафоризации может выступать эффективным способом преодоления ситуации неопределенности, а также позволить определить абстрактные и многомерные понятия, такие как жизненный путь [8].

На основании анализа различных подходов к исследованию жизненного пути, разрабатываемых с позиции субъекта, а также объективных биографических событий жизни человека, можно определить данный многомерный феномен как субъективно воспринимаемую, организованную, индивидуальную историю жизни человека, предполагающую вариативность развития, проектируемую им самим и осуществляемую в рамках социума, обусловленную его субъективным выбором.

К.А. Абульханова-Славская в ходе разработки проблем социального мышления вводит понятие социальной репрезентации как процедуры мышления, которая выражается в осуществлении личностью на протяжении жизни проектирования определенной теоретической концепции жизни, предполагающей соответствие адекватному отношению как к самой личности, так и к действительности, в которой осуществляется ее жизненный путь. Данная концепция выступает продуктом индивидуального и социального сознания [1].

Согласно концепции Ж-К. Абрика, социальные репрезентации образованы определенной структурой. В рамках структурного подхода социальная репрезентация рассматривается как «функциональное видение мира, которое позволяет индивидам или группам придавать значение их поведению, понимать

реальность через собственную систему отношений, таким образом адаптироваться к ней и определять свое место в ней» [13]. Репрезентация в данном контексте выступает как способ видения аспекта социальной действительности, выражающийся в суждении или действии. В рамках нашего исследования в качестве такого аспекта выступает жизненный путь в обыденной жизни и жизненный путь в самоизоляции. Ядерно-периферическая структура социальных репрезентаций образована ядерной системой и периферической системой, которые находятся в иерархических отношениях; ядро рассматривается как наиболее значимый компонент для сохранения представления. Ядро является устойчивой областью репрезентации, определяется культурно-историческим контекстом, коллективной памятью. Функционально ядро призвано придать смысл представлению, а также определить его структуру. Ядро выступает в качестве отражения внутригруппового консенсуса, выполняет нормативные функции, которые представлены в убеждениях и действиях. Устойчивость ядра репрезентации является результатом объективации, сутью которого выступает преобразование абстрактного в конкретное, что и представляется возможным осуществить посредством метафоризации [14].

Периферическая система призвана конкретизировать значение ядра, а также обеспечить поддержание связи между ядром и актуальной ситуацией выработки социального представления, изменением социального контекста. Периферическая система выступает динамическим компонентом структуры, ее изменение позволяет сохранить ядро социальной репрезентации и все представление в целом. Периферическая система определяется индивидуальной памятью субъекта. Идея структурности находит отражение в трудах С. Аша. Он рассматривает иерархию элементов восприятия. Ученый выделяет «центральную черту», которая определяет целостный образ, а поступающая информация структурируется вокруг этой черты [2]. Д. Жодоле отмечает динамическую преемственность представлений, в основе одного представления всегда лежит другое, существовавшее ранее [15]. Таким образом, внутри структуры социальных репрезентаций имеются взаимосвязи между ее компонентами, характер которых может претерпевать изменения, обусловленные как внутренними, так и внешними условиями. Исходя из идеи структурности социальной репрезентации, представляется возможным выдвинуть предположение о том, что в условиях социальных преобразований, к которым относится и самоизоляция, изменения будут характерны в основном для периферической системы социальной репрезентации жизненного пути в случае, если данные преобразования не будут иметь разрушительного воздействия на ядерную систему, что возможно при перестройке сферы смысложизненных ориентаций личности и коренной трансформации жизненного пути, определяемой личностными выборами.

Выборка исследования

В первом этапе исследования приняли участие 267 респондентов в возрасте от 18 до 55 лет, ($M_{\text{возр}}=28,6$, $SD_{\text{возр}}=7,0$, представители российского общества, 31 мужчина и 236 женщин). Во втором этапе исследования приняли участие 37 респондентов, которые уже принимали участие в рамках первого этапа, в возрасте от 20 до 45 лет ($M_{\text{возр}}=29$, $SD_{\text{возр}}=9,1$, 14 мужчин и 23 женщины).

Методы

Первый этап исследования проводился в форме онлайн-опроса при помощи сервиса «Google Формы», в рамках которого испытуемым было предложено выполнить свободное описание жизненного пути в форме метафорического эссе в произвольной форме. Применение данного метода было произведено вслед за А.А. Бочавер, которая рассматривала его в рамках своей диссертационной работы [5]. Время написания эссе не было ограничено и составило от 20 минут до 1,5 часов. Данное эссе, выполненное в свободной форме, позволяет выявить репрезентации личности о жизненном пути, выраженные в метафорах. Размер эссе не ограничен. Обработка методики выполнялась методом контент-анализа. Инструкция в рамках первого этапа состояла в следующем: «Уважаемые участники исследования, предлагаем Вам найти и выразить в кратком эссе метафору, которая лучшим образом, на Ваш взгляд, описывает Ваш жизненный путь (постарайтесь описать метафору как можно более подробно)».

Второй этап исследования проводился в период самоизоляции в форме онлайн-опроса при помощи сервиса «Google Формы», где была размещена проективная методика метафорического эссе «Мой жизненный пути в самоизоляции». Время опроса также не было ограничено. Участие во втором этапе исследования приняли 37 респондентов из тех, кто участвовал в первом этапе, именно результаты данных респондентов и были проанализированы с позиции трансформации социальных репрезентаций жизненного пути. Интервал между проведением первого и второго этапа исследования составил полгода. В рамках второго этапа респондентам было необходимо написать метафорическое эссе, раскрывающее представление о самоизоляции. Инструкция в рамках второго этапа была следующей: «Уважаемые участники исследования, предлагаем Вам найти и выразить в кратком эссе метафору, которая лучшим образом, на ваш взгляд, описывает ваш жизненный путь в самоизоляции (постарайтесь описать метафору как можно более подробно)».

Выбор рассмотренного метода исследования метафорических представлений о жизненном пути определяется задачами изучения структуры социальных репрезентаций, а также компонентами, выделенными в рамках данного понятия в ходе теоретического анализа.

Данное исследование носит пилотажный характер и позволяет определить тенденции трансформации социальных репрезентаций жизненного пути в ситуациях социальных преобразований, которые в дальнейшем должны быть подвергнуты более глубокому анализу.

Результаты и их обсуждение

В рамках первого этапа исследования был проведен контент-анализ социальных репрезентаций жизненного пути, выраженных метафорически, на основании которого было сделано заключение о том, что синкретичный характер метафор не позволяет произвести разделение их на элементы (слова) и при этом обеспечить сохранение значения в полной мере. В связи с данным обстоятельством на основании контент-анализа слов нами были выделены категории анализа,

позволяющие производить дальнейшую обработку, обеспечивая при этом сохранение значения метафор. Нами были выделены следующие категории анализа: «Действия» («падаем и спотыкаемся»; «летим ввысь»; «бежим вприпрыжку»); «Характеристика времени» («настоящее»; «странный ритм жизни»; «я опять опаздываю»); «Абстрактные понятия» («ад»; «свобода»; «единая и неделимая энергия»); «Дорога, путь, путешествие» («длинный путь»; «сложный маршрут»); «Эмоциональный компонент» («любовь», «счастье», «ощущение, что жизнь не моя»); «Описания» («сложная логическая конструкция»); «Цитаты» («отделить зерна от плевел», «день сурка»); «Предметы» («коробка конфет», «старый магнитофон»); «Человек» («путешественник»; «боец»; «парализованный человек»); «Характеристика Я» («череду неудачных попыток проявить себя»); «Испытания» («полоса препятствий»); «Природные объекты» («бескрайний океан»; «горный ручей»; «пустыня»); «Графические образы» («красный синусоид»; «кардиограмма»; «карта сокровищ»); «События» («чередa событий»; «карнавал»); «Игра» («лотерея»; «салки»); «Повествование» («сон»; «сказка»; «история»); «Помещение, место» («дурдом»; «школа»; «зоопарк»; «офис») [6].

Во втором этапе исследования продолжили участие 37 респондентов. В рамках данного этапа был произведен контент-анализ частоты встречаемости слов, составляющих метафоры для материалов, полученных по итогам написания респондентами метафорических эссе «Мой жизненный путь» (604 слова) и «Мой жизненный путь в самоизоляции» (603). Данные анализа материалов эссе «Мой жизненный путь» представлены на рисунке 1. Данные анализа материалов метафорического эссе «Мой жизненный путь в самоизоляции» представлены на рисунке 2.



Рис. 1. Контент-анализ метафорического эссе «Мой жизненный путь», частота встречаемости слов от 3 и выше

Рассматривая данные, отметим наличие слов, характеризующих движение и изменение в метафорах жизненного пути, а также характеризующих различное

время («прошлое», «будущее», «момент», «иногда»), отметим также высокую частоту встречаемости местоимения «я», «меня», что характеризует фокус внимания на себе как субъекте жизненного пути, который способен производить изменения и воспринимать себя во времени. В свою очередь, в процессе представления жизненного пути в самоизоляции респонденты чаще применяли слова, характеризующие пребывание в помещении («дома», «местом» «нахожусь»), а также употребляли слова, применение которых может свидетельствовать об экстернальности локуса контроля, приписывании ответственности за происходящее внешним силам и переживании неопределенности («ожидание», «бездна», «падаю»), встречаются слова, связанные с переосмыслением («мыслей», «понимание», «пересмотреть»), что свидетельствует о процессах осмысления новой действительности и выработки новых механизмов жизнедеятельности некоторыми респондентами. Многие в рамках представления о самоизоляции видят возможности для поиска новых ресурсов и характеризуют данный период, применяя слова: «возможности», «отпуск», «комфортно». Прослеживаются тенденции к изменению представлений о жизненном пути. Интересным является отражение в рамках метафор изменения характера перемещения индивида в пространстве социальных взаимоотношений.



Рис. 2. Контент-анализ метафорического эссе «Мой жизненный путь в самоизоляции», частота встречаемости слов от 3 и выше

На основании контент-анализа по категориям нами была выдвинута гипотеза о том, что структура социальных репрезентаций жизненного пути в обыденной жизни и в самоизоляции имеет различия. С целью проверки данной гипотезы нами был произведен прототипический анализ по П. Вержесу. Данный метод состоит в определении структуры социальной репрезентации посредством анализа частоты встречаемости, в данном случае категорий, а также ранга их употребления респондентами. Когда частота употребления категории респондентами выше или равна средней частоте по группе, а ее ранг ниже среднего ранга, категории относятся к зоне ядерной системы социальной репрезентации, которая представляет собой устойчивую зону, обусловленную культурно-историческим

развитием данного общества, отражает репрезентации, употребляемые большинством респондентов. Если частота употребления категории ниже средней, а ранг данной категории ниже среднего ранга, а также если частота выше или равна средней и ранг выше или равен среднему рангу, то данная категория относится к зоне потенциальных изменений социальной репрезентации, которая включает категории, употребляемые меньшинством респондентов, и категории, которые употребляются большим количеством респондентов, но редко, данная зона отражает тенденции к изменению социального представления. Если категория употребляется меньшим количеством респондентов (ее частота ниже средней) и на последних местах (ранг выше или равен среднему), то она относится к периферической системе, которая является отражением актуальной социальной ситуации для респондента [4]. Данные прототипического анализа представлены в таблице 1. В скобках на первом месте указано значение частоты употребления категории респондентами, на втором месте указан ранг употребления данной категории.

Таблица 1

Ядерно-периферическая структура репрезентаций «Жизненный путь» и «Жизненный путь в самоизоляции»

Критерий	Ср. частота	Ср. ранг	Зона ядра	Потенциальная зона изменений	Периферическая система
Жизнь	6	8,5	Описания (11; 1) Действия (21; 2) Дорога, путь, путешествие (7; 3) Абстрактные понятия (7; 5) Природные объекты (11; 5) Эмоциональный компонент (12; 7,5)	Испытания (5; 5) Повествование (2; 7,5) Характеристика времени (8; 15,5) Предметы (6; 11,5) Характеристика Я (6; 11,5)	Помещение место (4; 11,5) Цитаты (1; 11,5) Человек (5; 11,5) Графические образы (1; 11,5) События (4; 15,5)
Самоизоляция	6,5	6,5	Эмоциональный компонент (24; 1) Действия (24; 2) Абстрактные понятия (12; 3,5) Помещение место (9; 3,5) Описания (9; 5)	Природные объекты (7; 10,5) Характеристика времени (14; 10,5)	Испытания (3; 7) Предметы (4; 7) Цитаты (3; 7) Характеристика Я (4; 10,5) Человек (5; 10,5)

Исходя из анализа данных таблицы 1, можно сделать вывод о том, что ядерная система представлений о жизни респондентов в самоизоляции в большей степени характеризуется эмоциональными метафорами (категория «Эмоциональный компонент»), чем представления тех же респондентов в обыденной жизни, а также для них характерно наличие метафор категории «Помещение, место», что обусловлено характеристиками реальной социальной ситуации, в связи с которой жизнь респондентов на данном этапе определяется рамками определенного пространства самоизоляции. В свою очередь категория «Помещение, место» теми же респондентами в репрезентации «обычного» жизненного пути относится к периферической системе, что характеризует ее связь с актуальной ситуацией. В отличие от репрезентации жизненного пути в самоизоляции, ядро репрезентации жизненного пути содержит метафоры категорий «Дорога, путь, путешествия» и «Природные объекты», что обусловлено возможностями к свободному передвижению, характерными для обыденной жизни респондентов. Потенциальная зона изменения репрезентации жизненного пути в самоизоляции содержит метафоры категории «Природные объекты», что может быть обусловлено перемещением данной категории из ядерной системы в связи с преобразованием общественной жизни, на данном этапе данная категория не является первичной. В свою очередь отметим, что репрезентация жизненного пути содержит метафоры категорий «Испытания», «Предметы», «Характеристика Я» в зоне потенциальных изменений, а для репрезентации жизненного пути в самоизоляции наличие данных категорий характерно для зоны периферической системы, что также могло быть следствием перемещения в результате изменения социальной ситуации.

Заключение

Многие респонденты характеризуют жизненный путь в самоизоляции с позиции «замедления», «остановки», «неопределенности», а метафоры категории «Испытания» отражают осмысление изменений, связанных с преодолением определенных жизненных этапов. Наличие данной категории в зоне периферической системы, с одной стороны, отражает актуальную ситуацию индивидуальной биографии респондентов, а с другой – ее динамика может выступать следствием понимания инструкции участниками исследования как необходимости предоставления метафоры кратковременного этапа жизни в определенный период, который еще не осмыслен в контексте преодоления. Перемещение метафор категории «Предметы» в зону периферической системы в рамках репрезентации жизненного пути в самоизоляции, видимо, связано с переживанием ситуации неопределенности респондентами и снижением предметности представлений о жизни в связи с отсутствием возможности проектирования дальнейшего пути у большинства респондентов. Отметим более образный характер периферической системы репрезентации жизненного пути в отличие от репрезентации жизненного пути в самоизоляции (категории «Графические образы», «Цитаты»), что также может быть связано с большей насыщенностью данного периода впечатлениями и воспоминаниями респондентов, а также различными событиями (категория «События»).

Исходя из данных проведенного исследования, отметим, что ключевые элементы ядерно-периферической структуры метафорических репрезентаций

жизненного пути в период самоизоляции у взрослых представителей российского общества остались неизменными, однако произошли значительные динамические изменения в рамках ядерной системы, зоны потенциальных изменений и периферической системы структуры, что свидетельствует о том, что ситуация самоизоляции может быть отнесена к значительным социальным преобразованиям и определяет динамику в рамках структурных компонентов социальных репрезентаций жизненного пути, выраженных метафорически, и подтверждает выдвинутую нами гипотезу о том, что структура социальных репрезентаций жизненного пути в обыденной жизни и в самоизоляции имеет различия.

Второй этап исследования имеет пилотный характер и обусловлен сложившейся ситуацией в рамках общества, которая и определила запрос на подобную работу, однако его результаты позволяют выявить тенденции трансформации социальных репрезентаций жизненного пути в ситуациях социальных преобразований на примере введения режима самоизоляции, которые в дальнейшем могут быть подвергнуты более глубокому анализу. Так представляется возможным рассмотреть изучение специфики социальных репрезентаций, выраженных метафорически, на разных возрастных этапах в качестве отдельной исследовательской задачи.

Литература

1. *Абульханова К.А.* Российский менталитет: вопросы психологической теории и практики // Коллективная монография / Под ред. К.А. Абульхановой и др. М.: изд-во ИП РАН. 1997. 336 с.
2. *Андреева Г.М.* Психология социального познания. М.: Аспект Пресс, 2005. 305 с.
3. *Андреева Г.М.* Социальная психология сегодня: поиски и размышления. М.: НОУ ВПО МПСИ, 2009. 160 с.
4. *Березина Е.Б.* Содержание и структура обыденных представлений о болезнях в молодежной среде. дис... канд. психол. наук. М., 2011. 212 с.
5. *Бочавер А.А.* Метафора как способ внутренней репрезентации жизненного пути личности: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М.: МГППУ, 2010. 26 с.
6. *Вачков И.В., Саликова Э.М.В.* Метафорические представления о жизненном пути у студенческой молодежи // Проблемы современного образования. 2020. № 1. С. 24–38. DOI: 10.31862/2218-8711-2020-1-24-38
7. Вступительное слово Генерального директора ВОЗ на пресс-брифинге по COVID-19 11 марта 2020 г. [Электронный ресурс] URL: <https://www.who.int/ru/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (дата обращения: 18.04.2020).
8. *Донцов А.И., Емельянова Т.П.* Концепция социальных представлений в современной французской психологии. М.: изд-во МГУ, 1987. 127 с.

9. Ильина В.В. Понятие экстремальных условий в психологической науке и практике // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2015. Том 60. №1. [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-ekstremalnyh-usloviy-v-psihologicheskoy-nauke-i-praktike> (дата обращения: 18.05.2020).
10. Кравченко Л.С. Жизненный выбор личности: психологический анализ. дис. ... канд. психол. наук. М., 1987. 202 с.
11. Московичи С. Социальное представление: исторический взгляд // Психологический журнал. 1995. Том 16. № 1. С. 3–18. № 2. С. 3–14.
12. Столяренко А.М. Экстремальная психопедагогика. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002. 607 с.
13. Abric J-C. A structural approach to social representations // Representations of the social: Bridging theoretical traditions / K. Deaux, G. Philogène (eds.). Oxford: Blackwell Publishers, 2001. P. 4–43.
14. Clémence A. Social positioning and social representations // Representations of the social: Bridging theoretical traditions / K. Deaux, G. Philogène (eds.). Oxford: Blackwell Publishers, 2001. 85 p.
15. Jodelet D. Folies et représentations sociales. Paris: Presses Universitaires de France, 1989. 398 p.

References

1. Abul'khanova K.A. Rossiiskii mentalitet: voprosy psikhologicheskoi teorii i praktiki [Russian mentality: questions of psychological theory and practice]. Abul'khanova K.A. (ed.), Moscow: publ. of IP RAS, 1997. 336 p.
2. Andreeva G.M. Psikhologiya sotsial'nogo poznaniya [The Psychology of Social Cognition]. Moscow: Aspekt Press, 2005. 305 p.
3. Andreeva G.M. Sotsial'naya psikhologiya segodnya: poiski i razmyshleniya [Social Psychology Today: search and reflection]. Moscow: NOU VPO MPSI, 2009. 160 p.
4. Berezina E.B. Soderzhanie i struktura obydennykh predstavlenii o boleznyakh v molodezhnoi srede. Dis... kand. psikh. nauk. [The content and the structure of everyday ideas about diseases in the youth environment. Phd (Psychology) diss.]. Moscow, 2011. 212 p.
5. Bochaver A.A. Metafora kak sposob vnutrennei reprezentatsii zhiznennogo puti lichnosti. Avtoref. dis. ... kand. psikh. nauk. [Metaphor as a way of internal representation of a person's life path. Phd. (Psychology) Thesis]. Moscow: Publ. of MSUPE, 2010. 26 p.
6. Vachkov I.V., Salikova E.M.V. Metaforicheskie predstavleniya o zhiznennom puti u studencheskoi molodezhi [Metaphorical representations of the life path of the students]. *Problemy sovremennogo obrazovaniya=Problems of Modern Education*, 2020, no. 1, pp. 24–38. DOI: 10.31862/2218-8711-2020-1-24-38

7. Vstupitel'noe slovo General'nogo direktora VOZ na press-brifinge po COVID-19 11 marta 2020 g. [Elektronnyi resurs] [Opening address by the WHO Director-General at a COVID-19 press briefing on 11 March 2020] URL: <https://www.who.int/ru/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (Accessed 18.04.2020).

8. Dontsov A.I., Emel'yanova T.P. Kontsepsiya sotsial'nykh predstavlenii v sovremennoi frantsuzskoi psikhologii [The concept of social representations in modern French psychology]. Moscow: Publ. of MSU, 1987. 127 p.

9. Il'ina V.V. Ponyatie ekstremal'nykh uslovii v psikhologicheskoi nauke i praktike [The concept of extreme conditions in psychological science and practice]. *Psikhopedagogika v pravookhranitel'nykh organakh=Psychopedagogy in Law Enforcement*, 2015, vol. 60, no. 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-ekstremalnyh-usloviy-v-psihologicheskoy-nauke-i-praktike> (Accessed 18.05.2020).

10. Kravchenko L.S. Zhiznennyi vybor lichnosti: psikhologicheskii analiz. Dis. ... kand. psikhol. nauk. [Personal life choices: psychological analysis. Dr. Sci. (Psychology) diss.]. Moscow, 1987. 202 p.

11. Moskovichi S. Sotsial'noe predstavlenie: istoricheskii vzglyad [Social representation: a historical view]. *Psikhologicheskii zhurnal=Psychological Journal*, 1995, vol. 16, no. 1, pp. 3–18. pp. 3–14.

12. Stolyarenko A.M. Ekstremal'naya psikhopedagogika [Extreme Psychopedagogy]. Moscow: YuNITI-DANA, 2002. 607 p.

13. Abric J-C. A structural approach to social representations. In K. Deaux, G. Philogène (eds.), *Representations of the Social: Bridging Theoretical Traditions*. Oxford: Blackwell Publishers, 2001. pp. 42–43.

14. Clémence A. Social positioning and social representations. In K. Deaux, G. Philogène (eds.), *Representations of the Social: Bridging Theoretical Traditions*. Oxford: Blackwell Publishers, 2001. 85 p.

15. Jodelet D. Folies et representations sociales. Paris: Presses Universitaires de France, 1989. 398 p.

Информация об авторе

Саликова Эвелина Мария Вячеславовна, аспирант, факультет педагогики и психологии, Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВО МПГУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9320-6822>, e-mail: evelina.salikova@mail.ru

Information about the author

Evelina Mariia V. Salikova, Post-graduate student, Faculty of Pedagogy and Psychology, Moscow State Pedagogical University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9320-6822>, e-mail: evelina.salikova@mail.ru

Саликова Э.М.В. Трансформация метафорических репрезентаций жизненного пути личности в период самоизоляции у взрослых
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 147–160.

Salikova E.M.V. Transformation of Metaphoric Representations of a Person's Path of Life During the Period of Self-Isolation in Adults
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 147–160.

Получена: 02.06.2020

Received: 02.06.2020

Принята в печать: 18.06.2020

Accepted: 18.06.2020

Инклюзивная образовательная среда: пилотное исследование взаимодействия педагогов и специалистов образовательной организации

Сунько Т.Ю.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9848-7977>, e-mail: tasunko@yandex.ru

Статья посвящена пилотному исследованию проблемы профессионального взаимодействия в инклюзивной образовательной среде. Выделены компоненты развития инклюзивной среды в образовании. Определена цель исследования: изучение особенностей взаимодействия педагогических работников различных уровней образования при работе с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью в инклюзивной образовательной среде. Представлены результаты эмпирического исследования, проведенного в онлайн формате на выборке добровольцев (N=64). Респонденты отвечали на вопросы анкеты об отношении к идее инклюзии, затруднениях во взаимодействии друг с другом, об используемых формах взаимодействия и готовности при этом запрашивать помощь. На основе конвенционального контент-анализа данных было показано, что в инклюзивной образовательной среде взаимодействие выстраивается преимущественно через консилиумы (75%), семинары-практикумы (59,4%) и другие формы. При этом осложняют профессиональное взаимодействие, по мнению большей части респондентов, в основном неопределенность круга ответственности специалистов и различные затруднения в выстраивании взаимоотношений с педагогами. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии консолидированного мнения об идее инклюзии в образовании, что определяет особенности взаимодействия педагогических работников в инклюзивной образовательной среде.

Ключевые слова: инклюзия, инклюзивное образование, инклюзивная образовательная среда, ограниченные возможности здоровья, взаимодействие в образовании, отношение учителей.

Для цитаты: Сунько Т.Ю. Инклюзивная образовательная среда: пилотное исследование взаимодействия педагогов и специалистов образовательной организации [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 161–172. DOI: 10.17759/cpse.2020090208

Inclusive Educational Environment: Interaction of Teachers and Professionals of an Educational Organization

Tatyana Yu. Sunko

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9848-7977>, e-mail: tasunko@yandex.ru

The article is devoted to the pilot study of the problem of professional interaction in inclusive educational environment. The components of the development of an inclusive environment in education are highlighted. The purpose of the study is defined as studying the characteristics of the interaction between teachers of various levels of education in the work with students with disabilities in an inclusive educational environment. The results of an empirical study of online sample of volunteers (N=64) are presented. Respondents answered to the questionnaire about their attitude to the idea of inclusion, difficulties in interaction, the forms of interaction used and their willingness to request help. The results of the study based on a conventional content analysis, showed that interaction in an inclusive educational environment is built mainly through consultations (75%), workshops (59,4%) and other forms, while complicating professional interaction among more than half of respondents, mainly, the uncertainty of the responsibility of specialists in psychological and pedagogical support and various difficulties in building relationships. The data obtained show rather a different attitude towards the idea of inclusion in education in the light of the development of the inclusive educational environment of the educational organization, which determines the choice of the forms of interaction used.

Keywords: inclusion, inclusive education, inclusive educational environment, limited health opportunities, interaction in education, teachers' attitude.

For citation: Sunko T.Yu. Inclusive Educational Environment: Interaction of Teachers and Professionals of an Educational Organization. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 2, pp. 161–172. DOI: 10.17759/cpse.2020090208 (In Russ.)

Введение

С вступлением в действие в Российской Федерации с 1 сентября 2016 года Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья образовательная организация вправе обеспечивать специальные условия для освоения обучающимися с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью адаптированных основных образовательных программ, разрабатывать адаптированные основные образовательные программы,

совершенствовать материально-техническую базу и организовывать психолого-педагогическое сопровождение обучающихся в инклюзивной образовательной среде при взаимодействии педагогов и специалистов сопровождения [9].

Вместе с тем, развитие в школе инклюзивной образовательной среды возможно, во-первых, на основе обсуждения инклюзивной политики, культуры и практики со всеми участниками образовательного процесса, согласно Т. Бут и М. Эйнскоу [3]; во-вторых, на основе ресурсного разнообразия – кадрового, финансового, материально-технического, информационного, учебно-методического, нормативно-правового, организационного, мотивационного и других ресурсов, по В.И. Слободчикову [6]; в-третьих, на основе построения архитектурно-пространственного, социального, психодидактического компонентов, по В.А. Ясвину [10]. В инклюзивной образовательной среде организуется взаимодействие педагогов и специалистов психолого-педагогического сопровождения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья [2; 4]. Следовательно, инклюзивная образовательная среда может развиваться через проведение инклюзивной политики, принятие инклюзивной культуры, выстраивание инклюзивной практики в образовательной организации с учетом образовательных потребностей всех обучающихся, а также через разнообразие ресурсного наполнения и через взаимодействие педагогов и специалистов сопровождения образовательной организации на основе принятия идеи инклюзии [8].

Е. Avramidis, В. Norwich, обсуждая отношение учителей к инклюзии в образовании, отмечают, что во многом данные отношения зависят от проведения инклюзивной политики в образовательной организации, а на формирование данных отношений к инклюзии оказывают влияние особенности детей с инвалидностью [11]. Экспериментальное исследование Е.М. Униану (2012 г.), посвященное отношению учителей к инклюзивному образованию, выявило основные препятствия на пути реализации инклюзивных принципов в общеобразовательных школах. В ходе исследования были обнаружены существенные различия в уровне знаний основных понятий инклюзии у педагогов разных возрастов [14]. Обсуждая особенности взаимодействия педагогических и медицинских работников, F. Shimizu, Н. Katsuda (2014 г.) пришли к выводам о важной роли форм взаимодействия педагогов со специалистами медицинского профиля и оснований, на которых данное взаимодействие выстраивается [13]. По данным А.Л. Загона, J.A. Kurth, S.Z. MacFarland (2017 г.), для развития инклюзивного образования необходимо выстраивать инклюзивную практику и уделять внимание готовности педагогов к реализации данной практики [15].

По данным С.В. Алехиной, М.А. Алексеевой, Е.Л. Агафоновой за 2010 год, профессиональная и психологическая готовность учителей к включению ребенка с особенностями в развитии в образовательный процесс в 2010 году была недостаточной [1]. В 2016 году Е.В. Самсонова и В.В. Мельникова пришли к выводам о недостаточной информационной готовности педагогов для работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Вместе с тем педагоги, разделяющие принципы инклюзивного образования, понимали необходимость изменения профессиональной деятельности для организации совместного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья и нормотипично развивающихся детей [5].

Таким образом, опираясь на вышеизложенные положения, мы предполагаем, что профессиональное взаимодействие педагогических работников в инклюзивной образовательной среде может быть осуществлено на основе понимания идей инклюзии в образовании. Данная гипотеза исходит из логики развития социального взаимодействия, когда, с одной стороны, организуется взаимодействие педагогов со специалистами психолого-педагогического сопровождения, родителями, детьми, администрацией школы, а с другой – организация этого взаимодействия выстраивается на особенностях понимания идеи инклюзии.

Методы

С целью пилотного исследования особенностей профессионального взаимодействия педагогических работников различных уровней образования при работе с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью в инклюзивной образовательной среде в сентябре 2019 года в г. Москве в рамках онлайн-опроса было проведено анкетирование. В нем приняли добровольное участие 64 педагогических работника (педагоги, руководители и специалисты психолого-педагогического сопровождения) в возрасте от 30 до 59 лет, работающие в различных общеобразовательных организациях. 52 респондента имели одно высшее образование и 12 – два высших. Большинство добровольцев из представленной выборки имели стаж работы в педагогической профессии более 20 лет. Представленная в исследовании выборка была однородна по опыту работы в инклюзивном образовании (для всех респондентов он составляет более трех лет). 27 человек проходили повышение квалификации по вопросам инклюзивного образования менее трех лет назад; 34 человека – в 2018 году, остальные три человека не повышали квалификацию.

Для изучения особенностей профессионального взаимодействия педагогических работников в части применения различных форм взаимодействия в инклюзивной образовательной среде, понимания испытываемых затруднений во взаимодействии, формирования запросов на помощь был проведен сбор эмпирических данных через онлайн-анкетирование «Профессиональное взаимодействие в инклюзивном образовании» (ссылка на анкету: https://docs.google.com/forms/d/1sMTuS1gOFUZsjMqsyDUkzt9mKt763dyvrFT3og6me_c/edit). Информация о проведении исследования распространялась с использованием социальных сетей. Обработка результатов исследования проводилась на основе конвенционального контент-анализа, при котором количественные данные формируются в процессе обобщения ответов респондентов. При этом экспертная оценка была направлена на установление затруднений и запросов на помощь при выборе различных форм взаимодействия, а согласованность экспертной оценки определялась как педагогами, так и специалистами психолого-педагогического сопровождения [12].

Процедура разработки анкеты осуществлялась на основе выводов, приведенных ранее в исследовании С.В. Алехиной, М.А. Алексеевой, Е.Л. Агафоновой [1], о необходимости подготовки педагогов к работе в инклюзивном образовании и выводов, приведенных в исследовании Е.В. Самсоновой и В.В. Мельниковой [5], о недостаточной готовности педагогов общеобразовательной организации к работе

с детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми с инвалидностью. Анкета включала 16 вопросов полуоткрытого типа в форме вопросительных предложений и высказываний, которые необходимо закончить, выбрав вариант ответа среди предложенных или сформулировав свой ответ. Несколько вопросов и высказываний предполагали множественный выбор вариантов ответов. Первая часть вопросов анкеты была направлена на определение отношения педагогов к идее инклюзии в образовании. Вторая часть анкеты фокусировалась на определении затруднений в профессиональном взаимодействии в инклюзивной образовательной среде, в установлении запросов на помощь в трудных педагогических ситуациях, а также на выявлении наиболее часто используемых форм взаимодействия.

Результаты и их обсуждение

Проиллюстрируем некоторые ответы на вопросы первой части анкеты, касающиеся отношения к идее инклюзии в образовании. 56,3% (36 человек) участников исследования сообщили о необходимости инклюзивного образования, прежде всего, для детей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья; 31,3% (20 человек) заявили, что инклюзивное образование нужно всем, так как помогает людям видеть и ценить различия; 9,4 % респондентов (6 человек) выразили сомнение в том, что они имеют «право исключать кого-либо...». Затруднились ответить на данный вопрос 1,6% (1 человек). Ответы респондентов на вопрос № 6 представлены на рис. 1.



Рис. 1. Представления респондентов об инклюзивном образовании, %

В то же время 68,8% (44 человека) скорее положительно относятся к идее инклюзии в образовании (вопрос № 7 в анкете); безусловно положительно – 18,8% (12 человек), 12,5% (8 человек) затруднились ответить на вопрос.

Результаты, полученные на основе второй части анкеты, выглядят следующим образом: при ответе на вопрос № 9 76,6% участников исследования (49 человек) запрасят помощь в трудных педагогических ситуациях с обучающимися

с ограниченными возможностями здоровья у школьного психолога, а потом воспользуются помощью других специалистов образовательных организаций, а именно: дефектолога, логопеда, социального педагога, администрации школы и коллег-учителей. С другой стороны, при ответе на вопрос № 12, касающийся изменений в работе педагогов, 79,4% (50 человек) видят эти изменения в умении работать в сотрудничестве со специалистами сопровождения и тьютором.

Отвечая на вопрос № 13 о представлениях респондентов относительно трудностей педагогов при работе в инклюзивном классе, 49,2% респондентов (31 человек) связали их с неприятием инклюзивного образования родителями обычных детей, и 50,8% (32 человека) отнесли эти трудности к недостаточности дидактических материалов в практике инклюзивного образования.

На вопрос № 14 48,4%, или 30 человек, ответили, что будут испытывать затруднения в своей работе в инклюзивном классе и отождествляют данные затруднения со сложностью построения индивидуальной траектории развития ребенка; 35,5% (22 человека) выделяют затруднения, связанные со сложностью во взаимодействии и отсутствием взаимопонимания в родительском сообществе; при этом затруднения профессионального взаимодействия обозначили 8,1% респондентов (5 человек).

Полученные результаты эмпирического исследования согласуются с идеей инклюзии об изменении отношения и к обучающимся с ограниченными возможностями здоровья, и к самой инклюзивной образовательной среде, в которой должны учитываться особые образовательные потребности всех обучающихся. При этом важную роль в развитии инклюзивной образовательной среды начинают играть профессиональное взаимодействие педагогических работников, специалистов психолого-педагогического сопровождения, а также взаимодействие и взаимопонимание в родительском сообществе [7; 9].

Отвечая на вопрос № 15, 38% респондентов (24 человека) отметили затруднения в профессиональном взаимодействии педагогических работников, которые возникают в результате неопределенности круга ответственности специалистов сопровождения; 50,8% (32 человека) связывают затруднения с выстраиванием взаимоотношений между педагогами и специалистами сопровождения; 23,8% (15 человек) обнаруживают трудности непонимания целесообразности данного взаимодействия. Ответы респондентов на вопрос анкеты № 15 представлены на рис. 2.

Положительным результатом представляется факт того, что свой профессиональный рост респонденты видят в таких формах и методах обучения, как педагогические мастерские и методический семинар – данный ответ на вопросе № 16 выбрала большая часть опрошенных – 61,9 % (39 человек); обучение в процессе посещения уроков своих коллег и участие в работе проблемных групп выбрали 47,6% опрошенных (30 человек); супервизии интересны 44,4% (28 человек); вместе с тем меньшая часть респондентов – 12,7 % (8 человек) – остановили свое внимание на самоанализе как методе достижения профессионального роста в инклюзивной образовательной среде.

Как Вы считаете, что затрудняет профессиональное взаимодействие педагогов со специалистами сопровождения (учитель-логопед, педагог-психолог, учитель-дефектолог) в Вашей школе?

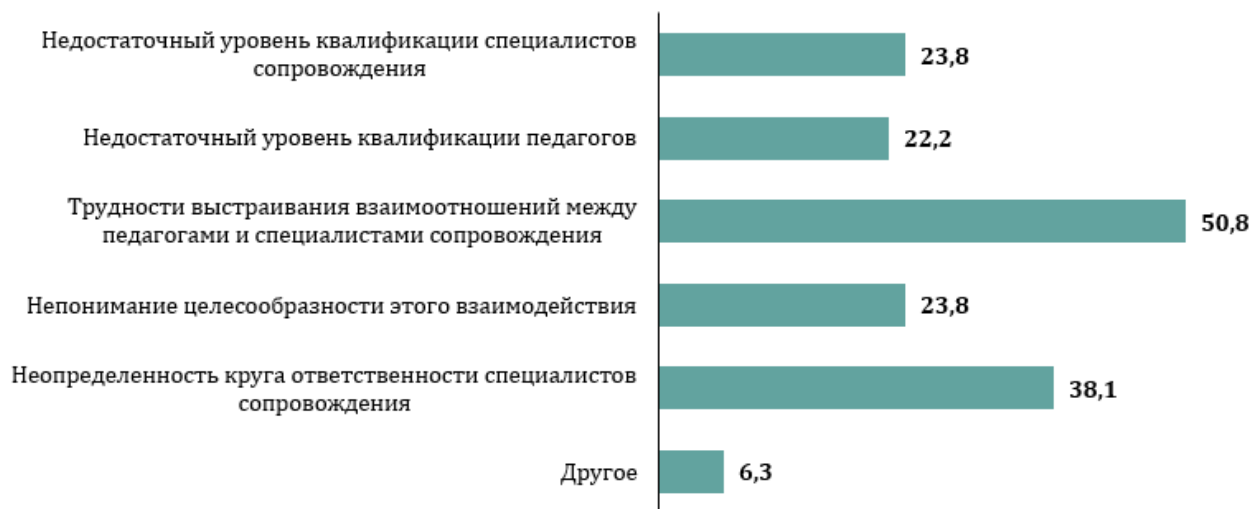


Рис. 2. Мнения респондентов о затруднениях в профессиональном взаимодействии

На основании ответов опрошенных педагогов и специалистов образовательных организаций с помощью конвенционального контент-анализа формы профессионального взаимодействия были сгруппированы в 4 категории. Частотный анализ по категориям показал, что в инклюзивной образовательной среде взаимодействие выстраивается преимущественно через такие формы профессионального взаимодействия, как междисциплинарные консилиумы, тематические семинары и педагогические гостиные, педагогические советы, деловые игры и бинарные уроки, способствующие развитию инклюзивной практики в образовательной организации с учетом образовательных потребностей всех обучающихся.

В целом полученные результаты проведенного исследования 2019 года по определению особенностей профессионального взаимодействия педагогических работников различных общеобразовательных организаций г. Москвы в инклюзивной образовательной среде не противоречат ранее сформулированным выводам о недостаточной профессиональной и психологической готовности учителей к включению детей с особенностями развития в образовательный процесс и недостаточной информационной готовности педагогов для организации совместного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья и возрастной нормы [1; 5].

Вместе с тем напрашивается вывод о разночтении в понимании идеи инклюзии педагогическими работниками, имеющими стаж педагогической деятельности более 20-ти лет, поскольку, по их мнению, инклюзивное образование нужно, прежде всего, детям с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья и только потом всем остальным, так как помогает людям видеть и ценить различия. Удалось установить, что профессиональное взаимодействие педагогических работников

и специалистов психолого-педагогического сопровождения в инклюзивной образовательной среде выстраивается в форме консилиума, семинаров-практикумов, педагогических советов. Препятствием на пути к профессиональному взаимодействию педагогических работников и специалистов психолого-педагогического сопровождения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью выступают и неопределенность круга ответственности между данными специалистами, и трудности выстраивания взаимоотношений, а также их целесообразность. Поэтому профессиональное взаимодействие в инклюзивной образовательной среде должно основываться на достаточно высоком уровне квалификации как педагогов образовательных организаций, так и специалистов психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью.

Заключение

Для дальнейшей проверки гипотезы эмпирического исследования о том, что социальное взаимодействие всех участников образовательного процесса в инклюзивной образовательной среде может быть осуществлено на основе сотрудничества, следует проанализировать существующие модели социального взаимодействия и описать условия для сотрудничества всех участников этого процесса. Проверка данной гипотезы требует масштабного изучения состояния моделей социального взаимодействия с участием расширенной выборки респондентов и с использованием точных количественных методик измерения. Представленное исследование особенностей профессионального взаимодействия в части определения затруднений в профессиональном взаимодействии, установления запросов на помощь в трудных педагогических ситуациях и наиболее часто используемых форм взаимодействия следует считать подготовкой к последующему рассмотрению организационных форм и перспектив построения совместной деятельности в инклюзивной образовательной среде. Вместе с тем сформулированные в статье выводы не могут считаться достаточно надежными для социологического исследования, поскольку представленная выборка определяется нами как нерепрезентативная.

Литература

1. *Алехина С.В., Алексеева М.Н., Агафонова Е.Л.* Готовность педагогов как основной фактор успешности инклюзивного процесса в образовании // Психологическая наука и образование. 2011. № 1. С. 83–92.
2. *Беляев Г.Ю.* Педагогическая характеристика образовательной среды в различных типах образовательных учреждений. М.: ИЦКПС, 2000. 83 с.
3. *Бут Т., Эйнскоу М.* Показатели инклюзии: практ. пособие / под ред. М. Воган; пер. с англ. И. Аникеев. М.: Перспектива, 2007. 124 с.
4. *Рубцов В.В., Алехина С.В., Хаустов А.В.* Непрерывность инклюзивного образования и психолого-педагогического сопровождения лиц с особыми

Сунько Т.Ю. Инклюзивная образовательная среда: пилотное исследование взаимодействия педагогов и специалистов образовательной организации
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 161–172.

*Sunko T.Yu. Inclusive Educational Environment: Interaction of Teachers and Professionals of an Educational Organization
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 161–172.*

образовательными потребностями [Электронный ресурс] // Психолого-педагогические исследования. 2019. Том 11. № 3. С. 1–14. DOI: 10.17759/psyedu.2019110301 (дата обращения: 23.06.2020).

5. Самсонова Е.В., Мельникова В.В. Готовность педагогов общеобразовательной организации к работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми с инвалидностью как основной фактор успешности инклюзивного процесса [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 2. С. 97–112. Doi: 10.17759/cpse.2016050207 (дата обращения: 23.06.2020).

6. Слободчиков В.И. Образовательная среда: реализация целей образования в пространстве культуры // Новые ценности образования: культурные модели школ 1997. Т. 7. С. 177–184.

7. Сунько Т.Ю. К вопросу о технологиях психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья младшего школьного возраста в условиях инклюзивного образовательного процесса в образовательных организациях // Российский научный журнал. 2013. Том. 33. № 2. С. 184–188.

8. Сунько Т.Ю. Показатели инклюзии как система ценностей в развитии инклюзивного образования // Сборник научно-методических трудов с международным участием «Теория и практика специального и инклюзивного образования» / Отв. ред. И.В. Прищепова. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2019. С. 222–227.

9. Сунько Т.Ю. Роль технологий психолого-педагогической практики в развитии инклюзивного образования // Сборник материалов II Международной научно-практической конференции «Инклюзивное образование: практика, исследования, методология» / Отв. ред. С.В. Алехина Москва: ООО «Буки Веди», 2013. С. 605–608.

10. Ясвин В.А. Экспертиза школьной образовательной среды. М.: Сентябрь, 2000. 11 с.

11. Avramidis E., Norwich B. Teachers' attitudes towards integration / inclusion: a review of the literature // European Journal of Contemporary Education. 2002. Vol. 17. № 2. P. 129–147. DOI: 10.1080/08856250210129056

12. Hsieh H.F., Shannon S.E. Three Approaches to Qualitative Content Analysis // Qualitative Health Research. 2005. Vol. 15. № 9. P. 1277–1288. DOI: 10.1177/1049732305276687

13. Shimizu F., Katsuda H. Teachers' perceptions of the role of nurses: Caring for children who are technology-dependent in mainstream schools // Japan Journal of Nursing Science. 2014. Vol. 12. № 1. P. 35–43. DOI: 10.1111/jjns.12046

14. Unianu E.M. Teachers' attitudes towards inclusive education // Procedia Social and Behavioral Sciences. 2012. Vol. 33. P. 900–904. DOI: 10.1016/j.sbspro.2012.01.252

15. Zagona A.L., Kurth J.A. MacFarland S.Z. Teachers' Views of Their Preparation for Inclusive Education and Collaboration // Teacher Education and Special Education: The

Journal of the Teacher Education Division of the Council for Exceptional Children. 2017.
Vol. 40. № 3. P. 163–178. DOI:10.1177/0888406417692969

References

1. Alekhina S.V., Alekseeva M.N., Agafonova E.L. Gotovnost' pedagogov kak osnovnoi faktor uspekhov inklyuzivnogo protsessa v obrazovanii [The willingness of teachers as the main factor in the success of the inclusive process in education]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education], 2011, no. 1, pp. 83–92. (In Russ., Abstr. in Engl.).
2. Belyaev G.Yu. Pedagogicheskaya kharakteristika obrazovatel'noi sredy v razlichnykh tipakh obrazovatel'nykh uchrezhdenii [Pedagogical characteristics of the educational environment in various types of educational institutions]. Moscow: ICCS, 2000. 83 p. (In Russ.).
3. But T., Einskou M. Pokazateli inklyuzii: prakt. posobie [Indicators of inclusion: practical guide]. Vaughan M. (eds.). Moscow: Perspektiva, 2007. 124 p. (In Russ.).
4. Rubtsov V.V., Alekhina S.V., Khaustov A.V. Nepreryvnost' inklyuzivnogo obrazovaniya i psikhologo-pedagogicheskogo soprovozhdeniya lits s osobymi obrazovatel'nymi potrebnyami. *Psikhologo-pedagogicheskie issledovaniya* [Psychological-Education Studies], 2019, vol. 8, no. 3, pp. 1–14. DOI: 10.17759/psyedu.2019110301 (Accessed 23.06.2020). (In Russ., Abstr. in Engl.)
5. Samsonova E.V., Mel'nikova V.V. Gotovnost' pedagogov obshcheobrazovatel'noi organizatsii k rabote s det'mi s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya i det'mi s invalidnost'yu kak osnovnoi faktor uspekhov inklyuzivnogo protsessa. *Psikhologo-pedagogicheskie issledovaniya* [Psychological-Educational Studies], 2016, vol. 5, no. 2, pp. 97–112. DOI: 10.17759/cpse.2016050207 (Accessed 23.06.2020). (In Russ.; abstr. in Engl.).
6. Slobodchikov V.I. Obrazovatel'naya sreda: realizatsiya tselei obrazovaniya v prostranstve kul'tury [Educational environment: the implementation of educational goals in the cultural space]. *Novye tsennosti obrazovaniya: kul'turnye modeli shkol* [New values of education: cultural models of schools], 1997, vol. 7, pp. 177–184.
7. Sun'ko T.Yu. K voprosu o tekhnologiyakh psikhologo-pedagogicheskogo soprovozhdeniya detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya mladshogo shkol'nogo vozrasta v usloviyakh inklyuzivnogo obrazovatel'nogo protsessa v obrazovatel'nykh organizatsiyakh [On the issue of technologies for psychological and pedagogical support for children with disabilities of primary school age health in the context of an inclusive educational process in educational organizations]. *Rossiiskii nauchnyi zhurnal* [Russian scientific journal], 2013, vol. 33, no. 2, pp. 184–188.
8. Sun'ko T.Yu. Pokazateli inklyuzii kak sistema tsennostei v razvitiy inklyuzivnogo obrazovaniya [Inclusion indicators as a value system in the development of inclusive education]. In I.V. Prishchepova (ed.), *Sbornik nauchno-metodicheskikh trudov*

Сунько Т.Ю. Инклюзивная образовательная среда: пилотное исследование взаимодействия педагогов и специалистов образовательной организации
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 161–172.

Sunko T.Yu. Inclusive Educational Environment: Interaction of Teachers and Professionals of an Educational Organization
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 161–172.

s mezhdunarodnym uchastiem «Teoriya i praktika spetsial'nogo i inklyuzivnogo obrazovaniya» [Collection of scientific and methodological works with international participation "Theory and practice of special and inclusive education"]. Saint-Petersburg: RGPU im. A. I. Gertsena, 2019, pp. 222–227.

9. Sun'ko T.Yu. Rol' tekhnologii psikhologo-pedagogicheskoi praktiki v razvitiinklyuzivnogo obrazovaniya [The role of psychological and pedagogical support technologies in the development of inclusive education]. In S.V. Alekhina (ed.), *Sbornik materialov Vtoroi Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Inklyuzivnoe obrazovanie: praktika, issledovaniya, metodologiya» [Collection of materials of the Second International Scientific and Practical Conference "Inclusive Education: Practice, Research, Methodology"]*. Moscow: OOO Buki Vedi, 2013, pp. 605–608.

10. Yasvin V.A. Ekspertiza shkol'noi obrazovatel'noi sredy [Examination of the school educational environment]. Moscow: September, 2000. 11 p.

11. Avramidis E., Norwich B. Teachers' attitudes towards integration / inclusion: a review of the literature. *European Journal of Contemporary Education*, 2002, vol. 17, no. 2, pp. 129–147. DOI:10.1080/08856250210129056

12. Hsieh H.F., Shannon S.E. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 2005, vol. 15, no. 9, pp. 1277–1288. DOI: 10.1177/1049732305276687

13. Shimizu F., Katsuda H. Teachers' perceptions of the role of nurses: Caring for children who are technology-dependent in mainstream schools. *Japan Journal of Nursing Science*, 2014, vol. 12, no. 1, pp. 35–43. DOI: 10.1111/jjns.12046

14. Unianu E.M. Teachers' attitudes towards inclusive education. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2012, vol. 33, pp. 900–904. DOI: 10.1016/j.sbspro.2012.01.252

15. Zagona A.L., Kurth J.A. MacFarland S.Z. Teachers' Views of Their Preparation for Inclusive Education and Collaboration. *Teacher Education and Special Education: The Journal of the Teacher Education Division of the Council for Exceptional Children*, 2017, vol. 40, no. 3, pp. 163–178. DOI:10.1177/0888406417692969

Информация об авторе

Сунько Татьяна Юрьевна, кандидат педагогических наук, доцент кафедры специального (дефектологического) образования Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9848-7977>, e-mail: tasunko@yandex.ru

Information about the author

Tatyana Yu. Sunko, PhD in Education, Professor, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9848-7977>, e-mail: tasunko@yandex.ru

Сунько Т.Ю. Инклюзивная образовательная среда:
пилотное исследование взаимодействия педагогов
и специалистов образовательной организации
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 161–172.

*Sunko T.Yu. Inclusive Educational Environment:
Interaction of Teachers and Professionals
of an Educational Organization
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 161–172.*

Получена: 31.01.2020

Received: 31.01.2020

Принята в печать: 11.05.2020

Accepted: 11.05.2020

Самоотношение и удовлетворенность образом тела у женщин с алопецией на разных этапах прохождения химиотерапии

Фаустова А.Г.

*Рязанский государственный медицинский университет
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России), г. Рязань, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8264-3592>, e-mail: anne.faustova@gmail.com*

Виноградова И.С.

*Рязанский государственный медицинский университет
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России), г. Рязань, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1549-4851>, e-mail: vinogradinkairina@gmail.com*

Диагностические и терапевтические процедуры, применяемые при различных онкологических заболеваниях, часто сопровождаются возникновением нежелательных и неконтролируемых дефектов внешности. Значимость такого источника стресса, как наличие приобретенного видимого отличия, часто игнорируется. Цель исследования состояла в изучении взаимосвязи самоотношения и удовлетворенности образом тела у женщин с алопецией, проходящих химиотерапию по поводу онкологических заболеваний органов репродуктивной системы. В исследовании приняли участие 20 женщин (средний возраст – 52,15 лет) без алопеции, которые начинают курс химиотерапевтического лечения, и 20 женщин (средний возраст – 51,55 лет) с алопецией, спровоцированной 10-40 курсами химиотерапии. Эмпирическое исследование проводилось на базе Рязанского областного клинического онкологического диспансера. Респондентам было предложено заполнить Шкалу оценки уровня удовлетворенности собственным телом (О.А. Скугаревский), методику исследования самоотношения (С.Р. Пантеев), выполнить проективную методику «Рисунок человека» (К. Махвер, Ф. Гудинаф). На основании полученных эмпирических данных для каждой выборки получены специфические регрессионные модели, демонстрирующие обусловленность уровня выраженности самоотношения самооценкой различных компонентов телесного образа. В экспериментальной группе пациентов без алопеции адаптивный уровень выраженности самопринятия формируется за счет высокой самооценки внешнего облика груди ($p=0,028$), ушей ($p=0,039$) и волос ($p=0,017$). Самопривязанность у респондентов данной группы обусловлена самооценкой живота ($p=0,037$). В экспериментальной группе пациентов с алопецией оказались наиболее значимыми иные компоненты самоотношения. Уровень выраженности самообвинения детерминируется самооценкой тазовой области ($p=0,048$), ушей ($p=0,043$) и волос ($p=0,047$). Отраженное самоотношение обусловлено самооценкой грудной клетки ($p=0,029$), спины ($p=0,032$), рук ($p=0,027$). Выявленные в каждой выборке паттерны подтверждаются результатами выполнения проективной

Фаустова А.Г., Виноградова И.С.
Самоотношение и удовлетворенность
образом тела у женщин с алопецией на разных
этапах прохождения химиотерапии
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 173–195.

Faustova A.G., Vinogradova I.S.
Self-Attitude and Body Image Satisfaction
in Women with Alopecia at Different Stages
of Chemotherapy
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 173–195.

методики «Рисунок человека». Женщины с онкологическими заболеваниями репродуктивных органов и до, и после химиотерапии преимущественно обращают внимание на те компоненты образа тела, которые ассоциируются с женственностью и физической привлекательностью, а также на те, что претерпевают выраженные изменения в процессе радикального лечения.

Ключевые слова: рак, алопеция, образ тела, самоотношение, видимое отличие.

Для цитаты: Фаустова А.Г., Виноградова И.С. Самоотношение и удовлетворенность образом тела у женщин с алопецией на разных этапах прохождения химиотерапии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 173–195. DOI: 10.17759/cpse.2020090209

Self-Attitude and Body Image Satisfaction in Women with Alopecia at Different Stages of Chemotherapy

Anna G. Faustova

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8264-3592>, e-mail: anne.faustova@gmail.com

Irina S. Vinogradova

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1549-4851>, e-mail: vinogradinkairina@gmail.com

Diagnostic and therapeutic procedures used in various oncological diseases are often accompanied by the unwanted and uncontrolled appearance defects. The presence of an acquired visible difference is a significant source of stress, which is often ignored. The aim of the study was to explore the relationship between self-attitude and body image satisfaction in women with alopecia undergoing chemotherapy for cancer of the reproductive system. The study involved 20 women (mean age 52,15 years) without alopecia who start a course of chemotherapy treatment, and 20 women (mean age 51,55 years) with alopecia provoked by 10-40 courses of chemotherapy. An empirical study was conducted at the Ryazan Regional Clinical Oncology Center. Respondents were asked to fill out the Scale for assessing the level of satisfaction with the own body (O.A. Skugarevsky), the Self-Attitude Questionnaire (S.R. Pantileev), and to perform the projective technique "Human Figure Drawing" (K. Machover, F. Goodenough). Based on the obtained empirical data, specific regression models were revealed for each sample, demonstrating the dependence of self-attitude on the self-assessment of various components of the body image. In the experimental group of patients without alopecia, an adaptive level of self-acceptance is underlied by the high self-esteem of the external appearance of the chest

($p=0,028$), ears ($p=0,039$), and hair ($p=0,017$). Self-attachment among respondents in this group is determined by self-esteem of the abdomen ($p=0,037$). In the experimental group of patients with alopecia, other components of self-attitude were the most significant. The level of self-accusation is determined by the self-esteem of the pelvic region ($p=0,048$), ears ($p=0,043$), and hair ($p=0,047$). The reflected Self-attitude is determined to self-esteem of the chest ($p=0,029$), back ($p=0,032$), and arms ($p=0,027$). The patterns revealed in each sample are confirmed by the results of the projective technique "Human Figure Drawing". Women with cancer of the reproductive organs, both before and after chemotherapy, mainly pay attention to those components of the body image that are associated with femininity and physical attractiveness, as well as those that undergo severe changes in the process of radical treatment.

Keywords: cancer, alopecia, body image, self-attitude, visible difference.

For citation: Faustova A.G., Vinogradova I.S. Self-Attitude and Body Image Satisfaction in Women with Alopecia at Different Stages of Chemotherapy. *Klinicheskaja i spetsial'naja psichologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 2, pp. 173–195. DOI: 10.17759/cpse.2020090209 (In Russ.)

Введение

Злокачественные опухоли репродуктивных органов – рак тела матки (РТМ) и рак шейки матки (РШМ), рак яичников (РЯ) – являются одними из наиболее частых в структуре онкологической заболеваемости женщин в возрасте от 30 до 59 лет, их суммарная доля превышает 35%. По данным МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России в Российской Федерации – за последние 10 лет заболеваемость РТМ и РШМ значительно возросла (РТМ: с 18302 заболевших по данным на 2007 год до 26081 заболевших в 2017 году; РШМ: с 13419 заболевших в 2007 году до 17587 женщин в 2017 году) [2].

Онкопсихология – одна из наиболее эффективно развивающихся областей клинической психологии в Российской Федерации и в мире. Неоднократно было показано, что женщины, столкнувшиеся с онкологическим заболеванием, также вынуждены совладать с многочисленными психологическими трудностями: тревогой за будущее и неопределенностью, субдепрессией и депрессией, утратой женственности, чувством собственной неполноценности и ущербности, страхом смерти, снижением качества жизни [1; 4; 8; 15; 16; 29; 36]. При этом недостаточно внимания уделяется такому самостоятельному стрессогенному фактору, как неконтролируемые изменения внешнего облика и утрата физической привлекательности, спровоцированные диагностикой и лечением онкологических заболеваний. Для обозначения возникших физических недостатков часто используется термин «видимое отличие». Введение такого нейтрального обозначения преследует две цели: указывает на наличие особенностей внешнего облика, явно отличающихся от заданных конкретной культурой норм; уточняет, что такие особенности явно заметны для окружающих людей, а не являются

проявлением телесного дисморфического расстройства [35; 37]. Чаще всего пациенты с онкологическими заболеваниями сообщают о следующих сопутствующих проблемах: ограничении в движении и контрактуры, диффузной алопеции, лимфедеме, лишнем весе, мышечной слабости [13; 19; 22; 27]. Такие приобретенные дефекты внешнего облика могут привести к снижению самооценки телесного (физического) «Я», неудовлетворенности образом тела, низкому уровню качества жизни, негативным эмоциональным реакциям [15; 25; 33; 38]. В обзоре D.R. Ridolfi и J.H. Crowther было показано, что такие нарушения образа тела, как переживание женщиной стыда из-за собственного внешнего облика (body shame) и избегание телесного опыта (body avoidance), являются негативными факторами, препятствующими своевременному онкоскринингу и эффективному здоровьесберегающему поведению [34].

Хирургическое удаление злокачественных новообразований репродуктивной системы приводит к непосредственной трансформации тела, что иногда затрагивает и внешний облик женщины. Изменения в восприятии и самооценке собственного тела составляют основу нарушений образа тела при раке репродуктивных органов. Как и в случае с другими онкологическими заболеваниями, хирургическое вмешательство здесь часто сочетается с химиотерапией. Самым известным побочным эффектом данного метода лечения является диффузная алопеция. Потеря волос, вызванная химиотерапией, признается одним из наиболее существенных факторов, снижающих качество жизни онкологических больных – как женщин, так и мужчин [20; 26]. М. Münstedt и соавторы обнаружили, что для 46,6% женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы потеря волос в результате химиотерапии стала самым психотравмирующим обстоятельством [32]. Волосы закономерно ассоциируются с женственностью, часто являются объектом особой женской гордости [3].

Отклонения в телесном образе, обусловленные утратой репродуктивных органов и приобретенными видимыми отличиями, выражаются не только в неудовлетворенности собственным внешним обликом, переживанием стыда и чувства неполноценности, но и в негативном отношении к собственному телу и личности в целом. По мнению С.Р. Пантилеева, определение самоотношения как выражения смысла «Я» не может быть адекватно понято только через анализ «собственно психических характеристик индивида», таких как переживания, установки или эмоциональные состояния, что является важным в контексте данного исследования [6; 7]. Ранее в ряде исследований нами было показано, что удовлетворенность образом тела связана с динамикой самоотношения в ситуации изменения внешнего облика [11; 12].

Цель данного исследования – изучение удовлетворенности образом тела как фактора влияния на различные параметры самоотношения у женщин с алопецией, проходящих химиотерапию по поводу онкологических заболеваний органов репродуктивной системы.

Гипотезами данного эмпирического исследования послужили предположения о том, что существуют взаимосвязи между самоотношением и удовлетворенностью

образом тела у женщин с алопецией, и эти закономерности будут различаться в зависимости от степени заметности приобретенного видимого отличия.

Мы предполагаем, что у женщин, потерявших волосы в связи с химиотерапией, меняются уровень удовлетворенности собственным телом и, следовательно, отношение к собственной личности, что может осложнить процесс совладания с последствиями онкологического заболевания. Выявленные закономерности помогут приблизиться к пониманию того, является ли диффузная алопеция тем стрессогенным фактором, который способен вызвать отклонения в образе тела и негативные изменения в отношении к собственной личности в целом. Полученные в результате данного эмпирического исследования сведения будут полезны при разработке программ психологического сопровождения онкологических больных, в психологическом консультировании женщин, переживающих из-за приобретенных дефектов внешнего облика.

Процедура исследования

В основу данного эмпирического исследования была положена поперечно-срезовая парадигма, соблюдались основополагающие принципы психологического исследования: системности, детерминизма, развития, единства психики, сознания и деятельности. Эмпирическое исследование проводилось на базе ГБУ РО «Рязанский областной клинический онкологический диспансер».

Поскольку нами была поставлена цель изучить основные характеристики самоотношения и образа тела на разных этапах химиотерапии и с разной степенью выраженности диффузной алопеции, связанной с химиотерапией, были сформированы две экспериментальные выборки. Выбор экспериментальных групп обусловлен принятием в качестве методологической основы поперечно-срезовой парадигмы и призван моделировать закономерности влияния удовлетворенности образом тела на самоотношение на разных этапах прохождения химиотерапии.

В первую экспериментальную группу вошли 20 женщин с диагностированными раком шейки матки, раком тела матки или раком яичников, перенесшие хирургическую операцию по удалению злокачественного новообразования от 2 до 4 недель назад. Всем респондентам в данной группе был назначен первый курс химиотерапии, который приведет к диффузной алопеции в ближайшие 4-6 недель. Средний возраст участниц исследования – $52,15 \pm 10,03$ лет. В ходе предварительной беседы с респондентами выяснилось, что доминирующим переживанием, связанным с образом тела, является тревожное ожидание изменений внешнего облика, которые будут спровоцированы химиотерапией.

Во вторую экспериментальную группу были включены 20 женщин с диагностированными раком шейки матки, раком тела матки или раком яичников, перенесшие хирургическую операцию по удалению злокачественного новообразования и 10-40 курсов химиотерапии, что привело к диффузной алопеции. Средний возраст участниц исследования – $51,55 \pm 9,92$ лет. С момента оперативного вмешательства прошло в среднем от 10 до 60 недель. В процессе предварительной

беседы с респондентами выяснилось, что переживания из-за потери волос уже потеряли свою остроту, фокус внимания сместился на другие аспекты образа тела.

Обе экспериментальные выборки сопоставимы по социально-демографическим характеристикам: семейному положению, репродуктивному опыту, трудовой занятости (сопоставление проводилось с применением критерия φ – углового преобразования Фишера).

Все респонденты подписали форму информированного согласия, в которой гарантировалось соблюдение этических принципов конфиденциальности, добровольного участия, непричинения ущерба. Респондентам были даны необходимые пояснения относительно процедуры проведения эмпирического исследования. Для получения необходимых эмпирических данных использовались следующие методики.

1. Шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом (автор – О.А. Скугаревский, 2007). Методика предназначена для оценки (не)удовлетворенности образом собственного тела. Степень удовлетворенности отдельными частями собственного тела оценивается по 6-балльной шкале, где 1 – минимальная удовлетворенность, 6 – максимальная. Опросник состоит из 22 параметров оценки.

2. Методика исследования самоотношения (автор – С.Р. Пантеев, 1989). Методика предназначена для выявления уровня выраженности отдельных компонентов самоотношения. Состоит из 110 вопросов, сгруппированных в 9 шкал: закрытость, самоуверенность, саморуководство, отраженное самоотношение, самоценность, самопривязанность, внутренняя конфликтность и самообвинение. Методика обладает необходимыми психометрическими характеристиками.

3. Проективная методика «Рисунок человека» (авторы – К. Маховер, Ф. Гудинаф, 1996). Респондентам предлагалось изобразить на бумаге формата А4 собственный образ при помощи простых и цветных карандашей. Все испытуемые были информированы о том, что их художественные способности не имеют значения. Результаты применения методики подвергаются качественной обработке и интерпретации.

Математико-статистический анализ полученных данных предусматривал расчет мер центральной тенденции и мер изменчивости для определения типа распределения, нормализующее логарифмическое преобразование, применение непараметрического U-критерия Манна–Уитни для оценки межгрупповых различий и метода множественного регрессионного анализа (стандартный, без пошагового включения/исключения параметров) для понимания связей, между компонентами самоотношения и оценками образа собственного тела. Более конкретно, использование множественного регрессионного анализа позволит приблизиться к ответу на вопрос – является ли неудовлетворенность различными компонентами образа тела предиктором негативного отношения субъекта к собственной личности. Регрессионные модели здесь необходимы как для понимания характера

обусловленности параметров самоотношения удовлетворенностью различными компонентами телесного образа, так и для выделения потенциальных мишеней психотерапевтического воздействия.

Результаты и их интерпретация

Математико-статистический анализ эмпирических данных с применением непараметрического U-критерия Манна–Уитни позволил установить отсутствие достоверных различий между экспериментальными группами по всем количественно измеренным характеристикам (Приложение). Подобные закономерности в отношении переменных, связанных с образом тела, были выявлены также в исследовании Н. Mogeira и М.С. Canavarro. По результатам их исследования удалось установить, что недавно диагностированные онкологические больные и пациенты с онкологическими заболеваниями, находящиеся на стадии ремиссии, демонстрировали одинаково высокий уровень стеснительности, связанной с внешним обликом [30].

Мы предполагали, что женщины, перенесшие хирургическое удаление злокачественных новообразований репродуктивной системы, но еще не приступившие к химиотерапии, будут значимо отличаться от тех женщин, кто уже подвергся послеоперационной химиотерапии и потерял волосы, по показателям эмоционально-ценностного отношения к собственному телу и личности в целом. В исследованиях М.Д. Münstedt и коллег, а также Е.Л. McGarvey и соавторов были получены именно такие результаты [28; 32]. В частности, М.Д. Münstedt было установлено, что прохождение химиотерапевтического лечения женщинами с онкогинекологическими заболеваниями сопровождается последовательным ухудшением представления о собственной личности [32]. Е.Л. McGarvey отмечает, что в сравнении с группой онкологически больных женщин без алопеции, женщины с онкозаболеваниями и с алопецией как побочным эффектом химиотерапии демонстрируют заниженную самооценку, нарушения образа тела и неудовлетворенность качеством жизни [28].

Помимо того, что были выбраны разные методологические основания и психодиагностический инструментарий, отсутствие межгрупповых различий в нашем исследовании можно объяснить несколькими способами. Значимое влияние на пациентов, приступающих к послеоперационной химиотерапии, могут оказывать окружающая обстановка в отделении и наблюдение за опытом болезни других женщин, которые находятся на разных этапах химиотерапии и обладают различными видимыми отличиями. Идентификация себя с теми, кто уже перенес несколько курсов химиотерапии и вследствие этого потерял волосы, и тревожное ожидание негативного будущего также способны, по нашему мнению, нивелировать различия между экспериментальными группами. Об этом же свидетельствуют данные, полученные Н. Frith: женщины, приступающие к курсу химиотерапии, неизбежно формируют ожидания, связанные с потерей волос, а предвосхищение алопеции в некоторых случаях выступает в качестве стратегии совладания [22]. Наше предположение также отчасти подтверждается результатами исследования J. Liu и коллег, в котором обнаружилось, что среди пациентов, недавно столкнувшихся

с диагнозом онкологического заболевания, выраженный эмоциональный стресс провоцируют именно дисфункциональные когнитивные установки и склонность к руминации [27].

Другим объяснением является то, что по сравнению с алопецией или ее ожиданием, хирургическое вмешательство и потеря репродуктивных органов, часто ассоциирующихся с женственностью, являются более травмирующими событиями, которые в том числе отражаются на отношении женщины к своему телу, внешнему облику и собственной личности.

Для проверки гипотезы о наличии связей (в том числе – каузальных) между самоотношением и удовлетворенностью образом тела мы использовали множественный регрессионный анализ. Поскольку распределение некоторых измеренных переменных статистически отличалось от нормального, было предпринято нормализующее логарифмическое преобразование. В качестве зависимых переменных были выбраны компоненты самоотношения, независимыми переменными выступили оценки различных параметров образа тела. Такой выбор обусловлен, прежде всего, имеющимися сведениями о закономерностях развития в онтогенезе представлений субъекта о своем теле и его внешнем облике, в частности – об их влиянии на формирование и становление самоотношения и самосознания в целом [10; 21; 23]. В ряде работ было показано, что восприятие и оценка приобретенных дефектов внешности имеют негативное воздействие как на самооценку телесного образа, так и самоотношение [31; 35]. Ранее нами также были получены данные, свидетельствующие о том, что ситуативная неудовлетворенность образом тела и негативное влияние образа тела на качество жизни могут выступать предикторами негативного отношения субъекта к собственной личности [11; 12].

Регрессионные модели удалось разработать не для всех параметров самоотношения, далее представлены интерпретации тех закономерностей, которые обладают достаточной статистической достоверностью, имеют теоретическую и практическую значимость. Соотношение экспериментальных групп, которые различаются в зависимости от этапа химиотерапевтического лечения и степени проявления диффузной алопеции, призвано отразить последовательность возможных изменений в удовлетворенности образом собственного тела и, следовательно, в отношении к себе. Иначе говоря, этап химиотерапии и связанная с этим степень диффузной алопеции выступают здесь в качестве межгрупповой переменной. При этом для обеспечения достаточной внутренней валидности нам необходимо соотносить данный межгрупповой фактор с такой побочной переменной, как когортная принадлежность. По результатам множественного регрессионного анализа (стандартный метод, без пошагового включения/исключения параметров), проведенного для группы пациентов без алопеции, было выявлено, что переменная «Самопринятие» обусловлена позитивной самооценкой ушей, груди и волос (табл. 1).

Самооценка груди оказывается особенно значимой для самопринятия женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. После хирургического

удаления репродуктивных органов неизбежно трансформируется представление женщины о собственной женственности. Логично предположить, что внимание переключается на другие параметры образа тела (в частности, грудь), высокая самооценка которых позволит сохранить представление о собственной женственности и обеспечит необходимый уровень принятия себя.

Таблица 1

Результаты множественного регрессионного анализа в группе пациентов без алопеции для зависимой переменной «Самопринятие» ($R^2=0,935$)

Независимые переменные	Бета	Стандартная ошибка бета	Уровень значимости
Уши	1,280	0,262	0,039
Челюсть	-1,375	0,285	0,041
Грудная клетка	-1,278	0,120	0,008
Грудь	1,403	0,241	0,028
Кожа	-1,936	0,378	0,036
Волосы	1,365	0,180	0,017

При этом результаты обработки проективной методики «Рисунок человека» свидетельствуют о том, что респонденты из данной экспериментальной группы (без алопеции) изображают на своих рисунках грудь только в 25% случаев (табл. 2). Такой показатель может быть связан с тем, что женщины в принципе ощущают себя менее привлекательными после недавно проведенного хирургического вмешательства (примерно 2-4 недели назад), не удовлетворены внешним обликом собственной груди и пока не готовы опираться на такой ресурс женственности. Вместе с этим изображение фигуры отчетливо женского пола встречается только на рисунках 60% респондентов данной группы (в остальных случаях принадлежность к определенному полу не акцентировалась), что сопоставимо с показателями из другой экспериментальной выборки – женщин с алопецией (табл. 6).

На начальном этапе послеоперационной химиотерапии женщины обычно переживают тревогу из-за того, что в процессе лечения они потеряют волосы, в результате чего будет открыта зона ушей. По нашему мнению, этим можно объяснить обусловленность самопринятия позитивной самооценкой волос и ушей. Попытка мысленно «примерить» будущий внешний облик затрагивает отношение к своему телу и внешнему облику, в том числе принятие себя и своей внешности. В исследовательском проекте E.L. McGarvey были получены предварительные обнадеживающие результаты в пользу того, что компьютерная визуализация «будущего» внешнего облика (моделирование изменений, связанных с химиотерапией, прежде всего, алопеции) способствует росту самопринятия среди женщин с онкологическими заболеваниями [28].

На своих рисунках уши изображают только 20% респондентов данной экспериментальной выборки (без алопеции), не изображают – 25%, а 55% всех участников из этой группы изображают прикрытые волосами уши (табл. 2). Подобные результаты могут свидетельствовать либо о том, что в действительности женщины недостаточно удовлетворены внешним обликом своих ушей, либо о том, что им в целом несвойственно обращать внимание на уши и их внешний облик. Тем не менее оказывается, что высокая самооценка этих компонентов внешности (волос и ушей) оказывается важна для самопринятия.

Таблица 2

**Результаты анализа методики «Рисунок человека»
в группе пациентов без алопеции**

Дескрипторы	Частота встречаемости, %
Изображена грудь	25
Наличие ушей на рисунке	20
Отсутствие ушей на рисунке	25
Изображены уши, прикрытые волосами	55
Сделан акцент на области живота за счет дополнительных деталей	25
Наличие волос на рисунке	75
Фигура женского пола	60

Самопривязанность у женщин без алопеции продиктована самооценкой живота (табл. 3). Самопривязанность предполагает субъективную (не)готовность и степень желания изменяться по отношению к актуальному состоянию. Живот часто ассоциируется с такими воплощениями женственности, как беременность и материнство. Показано, что женщинам, перенесшим хирургическое удаление репродуктивных органов и при этом высоко оценивающим внешний облик своего живота, свойственны ригидность Я-концепции, нежелание изменяться. В свою очередь среди женщин, низко оценивающих внешний облик своего живота, наблюдается выраженное желание изменяться – трансформировать как свою внешность, так и личность, что может быть связано с потребностью переосмыслить образ себя как настоящей женщины и матери. Подобные результаты сложно связывать непосредственно с локализацией опухоли и особенностями оперативного вмешательства, поскольку более значимую роль здесь могут играть такие факторы, как репродуктивный опыт респондентов (только у 2 женщин из 20 нет детей) и наступление менопаузы. Среди респондентов данной группы (без алопеции) 25% акцентируют внимание на области живота за счет разнообразных дополнительных деталей: пуговицы, пояс, ремень, штриховка. Следует предполагать, что привлечение внимания к абдоминальной области связано как с характером заболевания и проведенного хирургического вмешательства, так

и с (не)готовностью и (не)желанием адаптироваться к изменениям в образе тела, принимая во внимание, что операция состоялась от 2 до 4 недель назад.

Таблица 3

Результаты множественного регрессионного анализа в группе пациентов без алопеции для зависимой переменной «Самопривязанность» ($R^2=0,889$)

Независимая переменная	Бета	Стандартная ошибка бета	Уровень значимости
Живот	0,571	0,114	0,037

По результатам множественного регрессионного анализа, проведенного на данных группы пациентов с алопецией, обнаружено, что отраженное самоотношение (уверенность в своей способности вызывать уважение и симпатию у окружающих людей) обусловлено позитивной самооценкой грудной клетки, спины, рук (табл. 4). С отрицательными коэффициентами в регрессионную модель включаются такие компоненты внешнего облика, как глаза, челюсть, грудь, живот и кисти рук.

Таблица 4

Результаты множественного регрессионного анализа в группе пациентов с алопецией для зависимой переменной «Отраженное самоотношение» ($R^2=0,997$)

Независимые переменные	Бета	Стандартная ошибка бета	Уровень значимости
Глаза	-2,253	0,139	0,039
Челюсть	-1,106	0,062	0,035
Грудная клетка	1,757	0,081	0,029
Грудь	-1,723	0,099	0,036
Спина	1,329	0,068	0,032
Живот	-0,809	0,048	0,037
Руки	2,637	0,115	0,027
Кисть	-3,424	0,115	0,021

Послеоперационная химиотерапия приводит к возникновению заметных изменений во внешнем облике. Многим респондентам свойственна уверенность в том, что пропорционально этому меняется и отношение к ним окружающих людей. Потеря волос вынужденно приковывает большее внимание к другим частям тела (грудная клетка, спина, живот, руки, кисти рук), внешний облик которых может компенсировать возникшую трансформацию женственности и физической привлекательности [20; 38].

Обозначенная в регрессионной модели закономерность, выраженная в том, что отраженное самоотношение поддерживается отрицательным коэффициентом, присвоенным самооценке кистей рук, находит себе подтверждение в результатах проективной рисуночной методики. Так, на рисунках респондентов из данной группы (с алопецией) в 35% случаев руки нарисованы спрятанными в карманы или за спину, а кисти рук плохо прорисованы (табл. 6). На рисунках 40% женщин вовсе отсутствует изображение кистей. Такие результаты можно объяснить, например, следующим образом: чувствуя себя недостаточно женственными в связи с проводимым лечением, пациенты с алопецией игнорируют части тела, даже отдаленно ассоциированные с женственностью. Они словно прячут их от чужих глаз, демонстрируя неготовность к межличностному контакту и боясь негативных реакций со стороны окружающих людей. Так, в исследовании Е.К. Choi и коллег было показано, что нарушениями социального функционирования особенно подвержены те пациенты с онкологическими заболеваниями, кто воспринимает возникновение диффузной алопеции в качестве самостоятельного психотравмирующего события [18]. Подобная закономерность наблюдается и в отношении изображения груди: она обозначена на рисунках лишь 20% респондентов. Большинство женщин из данной выборки (с алопецией) старается не привлекать к ней внимание, избегая, возможно, потенциального осуждения. Тем не менее отмечаются попытки компенсировать утраченную физическую привлекательность: в рисунках 55% женщин с алопецией тщательно прорисованы и обозначены цветом глаза. Данная закономерность находит свое подтверждение и в поведенческом репертуаре респондентов данной выборки. Многие из них заботятся о своем внешнем облике и даже в больнице используют декоративную косметику.

С помощью множественного регрессионного анализа установлено, что самообвинение обусловлено высокой самооценкой ушей, волос и таза (табл. 5).

Таблица 5

Результаты множественного регрессионного анализа в группе пациентов с алопецией для зависимой переменной «Самообвинение» ($R^2=0,987$)

Независимые переменные	Бета	Стандартная ошибка бета	Уровень значимости
Уши	1,642	0,115	0,043
Волосы	1,416	0,105	0,047
Ягодицы	-3,968	0,294	0,047
Таз	3,601	0,275	0,048

Одной из самых распространенных эмоциональных реакций среди пациентов со злокачественными новообразованиями является чувство вины. Самообвинение здесь, скорее всего, представляет собой результат того, что женщины считают себя ответственными как за утрату здоровья, так и за изменения внешнего облика,

связанные с диагностикой и лечением. Так, самооценка волос, которые у этих респондентов уже выпали вследствие химиотерапии, и ушей, которые из-за отсутствия волос стали более «очевидными» и привлекают больше внимания, что служит своеобразным напоминанием и вносит свой вклад в формирование чувства вины. Еще более закономерным и ожидаемым является паттерн обусловленности самообвинения самооценкой таза, где ранее располагались пораженные онкологическим заболеванием репродуктивные органы. Однако некоторые авторы указывают на другой потенциальный источник негативных эмоциональных переживаний (в частности, депрессии, тревоги, чувства вины) среди женщин с онкогинекологическими заболеваниями – сексуальные дисфункции, связанные как с непосредственной локализацией злокачественного новообразования, так и с проведенными оперативным вмешательством и химиотерапией [16; 36].

Уши, закрытые волосами, изображает половина всех респондентов группы с алопецией (табл. 6). Короткие волосы в сочетании с отсутствием прорисованных ушей встречаются на рисунках 30% женщин с алопецией. Отсутствие ушей и волос отмечено на рисунках 10% пациентов. Только 10% женщин с алопецией изображают уши. Такие результаты могут свидетельствовать о том, что респонденты этой группы после выпадения волос не обращают внимания на собственные уши, переживают чувство вины за измененную внешность и недостаточную физическую привлекательность, что в целом соотносится с работами других авторов по данной тематике [20; 26].

Таблица 6

**Результаты анализа методики «Рисунок человека»
в группе пациентов с алопецией**

Дескрипторы	Частота встречаемости, %
Руки нарисованы спрятанными в карманы или за спину и не прорисованы кисти	35
Отсутствует изображение кистей	40
Обозначена грудь	20
Глаза тщательно прорисованы (обозначены цветом, акцентированы деталями и т.п.)	55
Изображены уши, закрытые волосами	50
Изображены короткие волосы, а на месте ушей ничего нет	30
Отсутствие ушей и волос	10
Изображены уши	10
Фигура с волосами	90
Фигура женского пола	50

В целом большинство женщин с алопецией (90%) изображают на своих рисунках фигуру с волосами, что, предположительно, связано с действием защитного механизма отрицания. Отчетливая фигура женского пола встречается только на половине рисунков (в остальных случаях принадлежность к определенному полу не акцентирована), что, по нашему мнению, может быть продиктовано переживанием утраты, трансформацией женственности в связи с онкологическими заболеваниями репродуктивных органов.

Выводы

Нами было предпринято эмпирическое исследование самоотношения и удовлетворенности образом тела у женщин с алопецией и без нее на разных этапах химиотерапии, необходимой для лечения онкологических заболеваний репродуктивной системы. Выдвинутая гипотеза о взаимосвязи данных конструктов подтвердилась: показана обусловленность уровня выраженности самоотношения самооценкой различных компонентов телесного образа.

По результатам множественного регрессионного анализа значимыми оказались следующие закономерности. Так, в экспериментальной выборке пациентов без алопеции адаптивный уровень выраженности самопринятия формируется за счет высокой самооценки внешнего облика груди, ушей и волос. Формирование подобной компенсаторной стратегии поддержания позитивного отношения к себе детерминируется особой жизненной ситуацией трансформации женственности под влиянием онкологических заболеваний органов репродуктивной системы и предвосхищением дальнейших изменений внешности. Самопривязанность у респондентов данной группы обусловлена самооценкой живота. Из этого следует, что неудовлетворенность внешним обликом живота может способствовать росту неудовлетворенности собственной личностью в целом и привести к негативному переживанию, связанному с недостижимостью образа «полноценной женщины».

В экспериментальной выборке пациентов с алопецией оказались актуализированными другие компоненты самоотношения. Так, уровень выраженности самообвинения связан с самооценкой тазовой области, ушей и волос. Мы наблюдаем, что неудовлетворенность внешним обликом таза, где были расположены пораженные онкологическим заболеванием репродуктивные органы, и ушей, которые обнажились из-за потери волос, обуславливает негативное отношение к собственной личности, выраженное в самообвинении. Отраженное самоотношение обусловлено самооценкой грудной клетки, спины, рук. Многим респондентам с приобретенными дефектами внешности свойственно демонстрировать уверенность в том, что теперь они «обесценились» как партнеры для общения, не могут вызвать симпатию и уважение из-за своей внешности. Поэтому здесь мы также наблюдаем смещение внимания на «неповрежденные» компоненты образа тела, чей внешний облик можно высоко оценить.

Результаты выполнения проективной методики «Рисунок человека» преимущественно подтверждают паттерны, выявленные в каждой экспериментальной

выборке с помощью множественного регрессионного анализа. Поскольку в основу эмпирического исследования была положена поперечно-срезовая парадигма, то соотношение экспериментальных групп, различающихся по степени проявления диффузной алопеции, следует рассматривать как моделирование последовательности возможных изменений в удовлетворенности образом собственного тела и, следовательно, в отношении к себе. Показано, что во многих случаях женщины с онкологическими заболеваниями репродуктивных органов и до, и после химиотерапии обращают больше внимание на те компоненты образа тела, которые ассоциируются с женственностью и физической привлекательностью, а также на те, что претерпевают выраженные изменения в процессе радикального лечения.

Генерализация результатов данного исследования ограничена из-за объема и состава выборки, а также специфики методологических и методических подходов.

К перспективам следует отнести возможность проведения на основе данного исследования лонгитюдного научно-исследовательского проекта, в ходе которого можно будет проследить трансформацию самоотношения и образа тела у одних и тех же респондентов на разных этапах лечения и реабилитации. Помимо этого, другим направлением дальнейшей работы может стать создание различных программ по коррекции самоотношения и образа тела у пациентов, проходящих химиотерапию в связи с онкологическим заболеванием.

Практическая значимость результатов данного исследования заключается в выявлении мишеней клинико-психологической помощи женщинам, чье тело и внешний облик претерпевают изменения, связанные с диагностикой и лечением злокачественных новообразований. Врачам-онкологам будет полезно узнать о том, как пациенты переживают неконтролируемые изменения внешности, возникающие как вследствие калечащих хирургических вмешательств, так и в результате химиотерапии.

Литература

1. Аракелян Т.А., Бегоян А.Н. Образ тела как часть концептуальной системы личности: теория и практическое применение // Материалы Международной научно-практической конференции «Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний». Махачкала: ИП Овчинников (АЛЕФ), 2012. С. 160–163.
2. Ашрафян Л.А., Киселев В.И., Кузнецов И.Н., и др. Рак шейки матки: проблемы профилактики и скрининга в Российской Федерации // Доктор.Ру. 2019. Том. 166. № 11. С. 50–54. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-166-11-50-54
3. Варлашкина Е.А. Гендерные особенности социальных представлений о внешне привлекательной женщине // Вестник Омского университета. Серия «Психология». 2010. № 1. С. 18–24.

Фаустова А.Г., Виноградова И.С.
Самоотношение и удовлетворенность
образом тела у женщин с алопецией на разных
этапах прохождения химиотерапии
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 173–195.

Faustova A.G., Vinogradova I.S.
Self-Attitude and Body Image Satisfaction
in Women with Alopecia at Different Stages
of Chemotherapy
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 173–195.

4. Мысливцева А.В., Заика В.Г. Влияние химиотерапии на эмоциональное состояние больных с онкологической патологией // Журнал фундаментальной медицины и биологии. 2014. № 3. С. 37–40.

5. Орлова М.М. Идентичность больного в контексте внутренней картины болезни больных онкологическими заболеваниями репродуктивной системы // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2014. Том 6. № 3. С. 84–96.

6. Пантилеев С.Р. Самоотношение как эмоционально оценочная система. М.: МГУ, 1991. 108 с.

7. Пантилеев С.Р. Строение самоотношения как эмоционально оценочной системы: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1989. 202 с.

8. Савин А.И., Володин Б.Ю. Особенности психогенно обусловленных психических расстройств и психологические характеристики онкологических больных при разных опухолевых локализациях (подходы к проблеме) // Наука молодых – Eruditio Juvenium. 2015. № 3. С. 82–86.

9. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения: монография. Минск: БГМУ, 2007. 340 с.

10. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности: монография. М.: изд-во МГУ, 1989. 213 с.

11. Фаустова А.Г. Динамика самоотношения при изменениях внешности: Дис. ... канд. психол. наук. М., 2017. 252 с.

12. Фаустова А.Г. Предикторы негативного самоотношения у пациентов, перенесших реконструктивное хирургическое вмешательство [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 4. С. 117–130. DOI: 10.17759/cpse.2018070407 (дата обращения: 10.02.2020).

13. Andersen B.L. Biobehavioral outcomes following psychological interventions for cancer patients // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2002. Vol. 70. № 3. P. 590–610. DOI: 10.1037//0022-006X.70.3.590.

14. Boniwell I., Zimbardo P. Balancing time perspective in pursuit of optimal functioning // In P.A. Linley, S. Joseph (Eds.), Positive Psychology in Practice. New Jersey: John Wiley & Sons, 2004. P. 165–179.

15. Brunet J., Sabiston C.M., Burke S. Surviving breast cancer: Women's experiences with their changed bodies // Body Image. 2013. Vol. 10. № 3. P. 344–351. DOI: 10.1016/j.bodyim.2013.02.002.

16. Carter J., Penson R., Barakat R., et al. Contemporary quality of life issues affecting gynecologic cancer survivors // Hematology/Oncology Clinics of North America. 2012. Vol. 26. № 1. P. 169–194. DOI: 10.1016/j.hoc.2011.11.001.

Фаустова А.Г., Виноградова И.С.
Самоотношение и удовлетворенность
образом тела у женщин с алопецией на разных
этапах прохождения химиотерапии
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 173–195.

Faustova A.G., Vinogradova I.S.
Self-Attitude and Body Image Satisfaction
in Women with Alopecia at Different Stages
of Chemotherapy
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 173–195.

17. *Cash T.F.* Cognitive-behavioral perspectives on body image // In T.F. Cash, L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. New York: The Guilford Press, 2011. P. 39–47.

18. *Choi E.K., Kim I.R., Chang O., et al.* Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients // *Psychooncology*. 2014. Vol. 23. № 10. P. 1103–1010. DOI: 10.1002/pon.3531.

19. *Collins K., Liu Y., Schootman M., et al.* Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time // *Breast Cancer Research and Treatment*. 2011. № 126. P. 167–176. DOI: 10.1007/s10549-010-1077-7.

20. *Dua P., Heiland M.F., Kracen A.C. et al.* Cancer-related hair loss: a selective review of the alopecia research literature // *Psychooncology*. 2017. Vol. 26. № 4. P. 438–443. DOI: 10.1002/pon.4039.

21. *Fisher S.* *Development and structure of the Body Image*. New Jersey: L. Erlbaum Associates, 1985. 556 p.

22. *Frith H., Harcourt D., Fussell A.* Anticipating an altered appearance: Women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer // *European Journal of Oncology Nursing*. 2007. Vol. 11. № 5. P. 385–391. DOI: 10.1016/j.ejon.2007.03.002.

23. *Harter S.* *Construction of the Self: Developmental and Sociocultural Foundations*. New York: Guilford Press, 2012. 440 p.

24. *Keough K.A., Zimbardo P.G.* Who's smoking, drinking and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use // *Basic and Applied Social Psychology*. 1999. Vol. 21. № 2. P. 149–164.

25. *Lam W.W., Li W.W., Bonanno G.A., et al.* Trajectories of body image and sexuality during the first year following diagnosis of breast cancer and their relationship to 6 years psychosocial outcomes // *Breast Cancer Research and Treatment*. 2012. № 131. P. 957–967. DOI: 10.1007/s10549-011-1798-2.

26. *Lemieux J., Maunsell E., Provencher L.* Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review // *Psychooncology*. 2008. Vol. 17. № 4. P. 317–328.

27. *Liu J., Peh C.X., Mahendran R.* Body image and emotional distress in newly diagnosed cancer patients: The mediating role of dysfunctional attitudes and rumination // *Body Image*. 2017. Vol. 20. P. 58–64. DOI: 10.1016/j.bodyim.2016.11.001.

28. *McGarvey E.L., Baum L.D., Pinkerton R.C. et al.* Psychological Sequelae and Alopecia among Women with Cancer // *Cancer Practice*. 2008. Vol. 9. № 6. P. 283–289.

29. *Moreira H., Canavarro M.C.* A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease // *European Journal of Oncology Nursing*. 2010. № 14. P. 263–270. DOI: 10.1016/j.ejon.2010.04.001.

30. *Moreira H., Canavarro M.C.* The association between self-consciousness about appearance and psychological adjustment among newly diagnosed breast cancer patients and survivors: The moderating role of appearance investment // *Body Image*. 2012. Vol. 9. № 2. P. 209–215. DOI: 10.1016/j.bodyim.2011.11.003.

31. *Moss T., Carr T.* Understanding adjustment to disfigurement: the role of the self-concept // *Psychology and Health*. 2004. Vol. 19. № 6. P. 737–748.

32. *Münstedt K., Manthey N., Sachsse S., et al.* Changes in self-concept and body image during alopecia induced cancer chemotherapy // *Support Care Cancer*. 1997. № 5. P. 139–143. DOI: 10.1007/BF01262572.

33. *Rani R., Manjinder S., Jasbir K.* An Exploratory Study to Assess Perceived Body Image among Breast Cancer Patients with Alopecia, Undergoing Chemotherapy in Selected Hospitals of Ludhiana, Punjab // *International Journal of Nursing Education*. 2016. Vol. 8. № 4. P. 41–46. DOI: 10.5958/0974-9357.2016.00121.5.

34. *Ridolfi D.R., Crowther J.H.* The link between women's body image disturbances and body-focused cancer screening behaviors: A critical review of the literature and a new integrated model for women // *Body Image*. 2013. Vol. 10. № 2. P. 149–162. DOI: 10.1016/j.bodyim.2012.11.003.

35. *Rumsey N., Harcourt D.* Body image and disfigurement: issues and interventions // *Body Image*. 2004. № 1. P. 83–97.

36. *Sun C.C., Ramirez P.T., Bodurka D.C.* Quality of life for patients with epithelial ovarian cancer // *Nature Clinical Practice Oncology*. 2007. Vol. 4. № 1. P. 18–29. DOI: 10.1038/ncponc0693.

37. *Veale D.* Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder // *Body Image*. 2004. № 1. P. 113–125.

38. *Welsh N., Guy A.* The lived experience of alopecia areata: A qualitative study // *Body Image*. 2009. Vol. 6. № 3. P. 194–200. DOI: 10.1016/j.bodyim.2009.03.004.

References

1. Arakelyan T.A., Begoyan A.N. *Obraz tela kak chast' kontseptual'noi sistemy lichnosti: teoriya i prakticheskoe primeneniye* [The image of the body as part of the conceptual system of personality: theory and practical application]. *Materialy Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Sovremennye podkhody k profilaktike sotsial'no znachimykh zabolevanii»=Materials of the International scientific-practical conference "Modern approaches to the prevention of socially significant diseases"*. Makhachkala: IP Ovchinnikov (ALEF), 2012. pp. 160–163. (In Russ.).

2. Ashrafjan L.A., Kiselev V.I., Kuznecov I.N., et al. *Rak shejki matki: problemy profilaktiki i skrininga v Rossijskoj Federacii* [Cervical Cancer: Problems of Prevention and Screening in the Russian Federation]. *Doctor.Ru*, 2019, vol. 166, no. 11, pp. 50–54. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-166-11-50-54. (In Russ.).

Фаустова А.Г., Виноградова И.С.
Самоотношение и удовлетворенность
образом тела у женщин с алопецией на разных
этапах прохождения химиотерапии
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 173–195.

Faustova A.G., Vinogradova I.S.
Self-Attitude and Body Image Satisfaction
in Women with Alopecia at Different Stages
of Chemotherapy
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 173–195.

3. Varlashkina E.A. Gendernye osobennosti sotsial'nykh predstavlenii o vneshne privlekatel'noi zhenshchine [Gender characteristics of social ideas about an externally attractive woman]. *Vestnik Omskogo universiteta. Seriya «Psikhologiya»=Bulletin of Omsk University. Series "Psychology"*, 2010, no. 1, pp. 18–24. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Myslivtseva A.V., Zaika V.G. Vliyanie khimioterapii na emotsional'noe sostoyanie bol'nykh s onkologicheskoi patologiei [The effect of chemotherapy on the emotional state of patients with cancer]. *Zhurnal fundamental'noi meditsiny i biologii=Journal of Fundamental Medicine and Biology*, 2014, no. 3, pp. 37–40. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Orlova M.M. Identichnost' bol'nogo v kontekste vnutrennei kartiny bolezni bol'nykh onkologicheskimi zabolevaniyami reproduktivnoi sistemy [Patient identity in the context of the internal picture of the disease of patients with cancer of the reproductive system]. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitie=Personality in a changing world: health, adaptation, development*, 2014, vol. 6, no. 3, pp. 84–96. (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Pantileev S.R. Samootnoshenie kak emotsional'no otsenochnaya sistema [Self-attitude as an emotionally evaluative system]. Moscow: Publ. of MSU, 1991. 108 p. (In Russ.).
7. Pantileev S.R. Stroenie samootnosheniya kak emotsional'no otsenochnoi sistemy: Dis. ... kand. psikhol. nauk [The structure of self-relationship as an emotionally evaluative system. Ph. D. (Psychology) diss.]. Moscow, 1989. 202 p. (In Russ.).
8. Savin A.I., Volodin B.Yu. Osobennosti psikhogenno obuslovlennykh psikhicheskikh rasstroistv i psikhologicheskie kharakteristiki onkologicheskikh bol'nykh pri raznykh opukholevykh lokalizatsiyakh (podkhody k probleme) [Features of psychogenically determined mental disorders and psychological characteristics of cancer patients with different tumor localizations (approaches to the problem)]. *Nauka molodykh – Eruditio Juvenium=Science of Young - Eruditio Juvenium*, 2015, no. 3, pp. 82–86. (In Russ.).
9. Skugarevskii O.A. Narusheniya pishchevogo povedeniya: monografiya [Eating Disorders]. Minsk: Publ. of BGMU, 2007. 340 p. (In Russ.).
10. Sokolova E.T. Samosoznanie i samoosenka pri anomal'yakh lichnosti: monografiya [Self-awareness and self-esteem in case of personality anomalies]. Moscow: Publ. of MSU, 1989. 213 p. (In Russ.).
11. Faustova A.G. Dinamika samootnosheniya pri izmeneniyakh vneshnosti: Dis. ... kand. psikhol. nauk [The dynamics of self-relationship with changes in appearance. PhD. (Psychology) diss.]. Moscow, 2017. 252 p. (In Russ.).
12. Faustova A.G. Predictors of negative self-relationship in patients undergoing reconstructive surgery [Elektronnyi resurs]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya =Clinical and Special Psychology*, 2018, vol. 7, no. 4, pp. 117–130. DOI:10.17759/cpse.2018070407. (In Russ., Abstr. in Engl.). (Accessed 10.02.2020).
13. Andersen B.L. Biobehavioral outcomes following psychological interventions for cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002, vol. 70, no. 3, pp. 590–610. DOI: 10.1037//0022-006X.70.3.590.

14. Boniwell I., Zimbardo P. Balancing time perspective in pursuit of optimal functioning. In Linley P.A., Joseph S. (eds.), *Positive Psychology in Practice*. New Jersey: John Wiley & Sons, 2004, pp. 165–179.
15. Brunet J., Sabiston C.M., Burke S. Surviving breast cancer: Women's experiences with their changed bodies. *Body Image*, 2013, vol. 10, no 3, pp. 344–351. DOI: 10.1016/j.bodyim.2013.02.002.
16. Carter J., Penson R., Barakat R., et al. Contemporary quality of life issues affecting gynecologic cancer survivors. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 2012, vol. 26, no. 1, pp. 169–194. DOI: 10.1016/j.hoc.2011.11.001.
17. Cash T.F. Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T.F. Cash, L. Smolak (eds), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. New York: The Guilford Press, 2011, pp. 39–47.
18. Choi E.K., Kim I.R., Chang O., et al. Impact of chemotherapy-induced alopecia distress on body image, psychosocial well-being, and depression in breast cancer patients/ *Psychooncology*, 2014, vol. 23, no. 10, pp. 1103–1010. DOI: 10.1002/pon.3531.
19. Collins K., Liu Y., Schootman M., et al. Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2011, no. 126, pp. 167–176. DOI: 10.1007/s10549-010-1077-7.
20. Dua P., Heiland M.F., Kracen A.C. et al. Cancer-related hair loss: a selective review of the alopecia research literature. *Psychooncology*, 2017, vol. 26, no. 4, pp. 438–443. DOI: 10.1002/pon.4039.
21. Fisher S. Development and structure of the Body Image. New Jersey: L. Erlbaum Associates, 1985, 556 p.
22. Frith H., Harcourt D., Fussell A. Anticipating an altered appearance: Women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 2007, vol. 11, no. 5, pp. 385–391. DOI: 10.1016/j.ejon.2007.03.002.
23. Harter S. Construction of the Self: Developmental and Sociocultural Foundations. New York: Guilford Press, 2012, 440 p.
24. Keough K.A., Zimbardo P.G. Who's smoking, drinking and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic and Applied Social Psychology*, 1999, vol. 21, no. 2, pp. 149–164.
25. Lam W.W., Li W.W., Bonanno G.A., et al. Trajectories of body image and sexuality during the first year following diagnosis of breast cancer and their relationship to 6 years psychosocial outcomes. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2012, no. 131, pp. 957–967. DOI: 10.1007/s10549-011-1798-2.
26. Lemieux J., Maunsell E., Provencher L. Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psychooncology*, 2008, vol. 17, no. 4, pp. 317–328.

27. Liu J., Peh C.X., Mahendran R. Body image and emotional distress in newly diagnosed cancer patients: The mediating role of dysfunctional attitudes and rumination. *Body Image*, 2017, vol. 20, pp. 58–64. DOI: 10.1016/j.bodyim.2016.11.001.
28. McGarvey E.L., Baum L.D., Pinkerton R.C. et al. Psychological Sequelae and Alopecia Among Women with Cancer. *Cancer Practice*, 2008, vol. 9, no. 6, pp. 283–289.
29. Moreira H., Canavarro M.C. A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *European Journal of Oncology Nursing*, 2010, no. 14, pp. 263–270. DOI: 10.1016/j.ejon.2010.04.001.
30. Moreira H., Canavarro M.C. The association between self-consciousness about appearance and psychological adjustment among newly diagnosed breast cancer patients and survivors: The moderating role of appearance investment. *Body Image*, 2012, vol. 9, no. 2, pp. 209–215. DOI: 10.1016/j.bodyim.2011.11.003.
31. Moss T., Carr T. Understanding adjustment to disfigurement: the role of the self-concept. *Psychology and Health*, 2004, vol. 19, no. 6, pp. 737–748.
32. Münstedt K., Manthey N., Sachsse S., et al. Changes in self-concept and body image during alopecia induced cancer chemotherapy. *Support Care Cancer*, 1997, no. 5, pp. 139–143. DOI: 10.1007/BF01262572.
33. Rani R., Manjinder S., Jasbir K. An Exploratory Study to Assess Perceived Body Image among Breast Cancer Patients with Alopecia, Undergoing Chemotherapy in Selected Hospitals of Ludhiana, Punjab. *International Journal of Nursing Education*, 2016, vol. 8, no. 41, pp. 41–46. DOI:10.5958/0974-9357.2016.00121.5.
34. Ridolfi D.R., Crowther J.H. The link between women's body image disturbances and body-focused cancer screening behaviors: A critical review of the literature and a new integrated model for women. *Body Image*, 2013, vol. 10, no. 2, pp. 149–162. DOI: 10.1016/j.bodyim.2012.11.003.
35. Rumsey N., Harcourt D. Body image and disfigurement: issues and interventions. *Body Image*, 2004, no. 1, pp. 83–97.
36. Sun C.C., Ramirez P.T., Bodurka D.C. Quality of life for patients with epithelial ovarian cancer. *Nature Clinical Practice Oncology*, 2007, vol. 4, no. 1, pp. 18–29. DOI: 10.1038/ncponc0693
37. Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 2004, no. 1, pp. 113–125.
38. Welsh N., Guy A. The lived experience of alopecia areata: A qualitative study. *Body Image*, 2009, vol. 6, no. 3, pp. 194–200. DOI: 10.1016/j.bodyim.2009.03.004.

ПРИЛОЖЕНИЕ

**Результаты межгруппового сравнения пациентов
 без алопеции и пациентов с алопецией**

Название методики	Наименование переменной	Мх в группе пациентов без алопеции	Мх в группе пациентов с алопецией	U _{эмп.}	Уровень знч.
Методика исследования самоотношения	Замкнутость	6,75	6,65	190,5	>0,05
	Самоуверенность	5,75	6,05	183,5	>0,05
	Саморуководство	6,15	6,40	188	>0,05
	Отраженное самоотношение	5,45	5,65	187	>0,05
	Самоценность	6,15	5,60	149	>0,05
	Самопринятие	5,35	6,55	144,5	>0,05
	Самопривязанность	6,00	6,80	142	>0,05
	Внутренняя конфликтность	5,35	5,90	155	>0,05
	Самообвинение	5,75	6,30	178	>0,05
Шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом	Лицо	4,20	3,60	146	>0,05
	Глаза	4,25	4,26	197	>0,05
	Нос	3,70	3,53	193,5	>0,05
	Уши	4,20	4,53	160	>0,05
	Зубы	3,85	3,00	145	>0,05
	Челюсть	4,35	4,20	192	>0,05
	Шея	4,25	3,93	189	>0,05
	Грудная клетка	4,30	4,13	197	>0,05
	Грудь	4,25	4,06	186,5	>0,05
	Спина	4,45	4,00	173,5	>0,05
	Живот	3,50	2,93	152,5	>0,05
	Руки	4,05	4,33	155,5	>0,05
	Кисть	4,45	4,06	171	>0,05
	Ягодицы	3,95	3,33	173	>0,05
Таз	3,85	3,53	190,5	>0,05	
Бедро	3,70	3,53	199,5	>0,05	

Фаустова А.Г., Виноградова И.С.
Самоотношение и удовлетворенность
образом тела у женщин с алопецией на разных
этапах прохождения химиотерапии
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 173–195.

Faustova A.G., Vinogradova I.S.
Self-Attitude and Body Image Satisfaction
in Women with Alopecia at Different Stages
of Chemotherapy
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 173–195.

Колени	3,75	3,46	199	>0,05
Нога	4,10	3,66	182	>0,05
Ступня	4,10	3,86	195	>0,05
Кожа	3,90	3,86	189	>0,05
Волосы	3,75	4,00	160	>0,05
Рост	4,25	4,13	182	>0,05

Информация об авторах

Фаустова Анна Геннадьевна, кандидат психологических наук, заведующий кафедрой клинической психологии, Рязанский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России), г. Рязань, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8264-3592>, e-mail: anne.faustova@gmail.com

Виноградова Ирина Сергеевна, студент факультета клинической психологии, Рязанский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России), г. Рязань, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1549-4851>, e-mail: vinogradinkairina@gmail.com

Information about the authors

Anna G. Faustova, PhD in Psychology, Chair of Clinical Psychology, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8264-3592>, e-mail: anne.faustova@gmail.com

Irina S. Vinogradova, Clinical Psychology student, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1549-4851>, e-mail: vinogradinkairina@gmail.com

Получена: 10.02.2020

Received: 10.02.2020

Принята в печать: 24.05.2020

Accepted: 24.05.2020

Стихийные бедствия и угрожающие жизни заболевания: психологические последствия и особенности совладания

Харламенкова Н.Е.

Институт психологии РАН (ФГБУН ИПРАН), г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-4157>, e-mail: nataly.kharlamenkova@gmail.com

Никитина Д.А.

Институт психологии РАН (ФГБУН ИПРАН), г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>, e-mail: d.a.nikitina@yandex.ru

В статье представлены результаты теоретико-эмпирического исследования психологических последствий влияния на человека разных видов стрессоров. На выборке $n=529$ человек (в возрасте от 17 до 41 года, 233 мужчин и 296 женщин) проведен частотный анализ экстремальных стрессовых событий. С целью исследования психологических последствий влияния отдельных видов стрессоров – стихийных бедствий и опасных для жизни заболеваний – был проведен анализ симптомов посттравматического стресса и психопатологической симптоматики на части обследуемой выборки ($n=90$ чел.). Кластерный анализ методом k -средних разделил выборку на три группы, в первую из которых вошли преимущественно респонденты, указавшие угрожающие жизни заболевания, а в третью – стихийные бедствия; во второй группе события распределились равномерно. Сравнение данных разных групп позволило верифицировать гипотезу исследования. Выявлено, что психологические последствия стихийного бедствия и опасного для жизни заболевания различаются по уровню посттравматического стресса и сопутствующей психопатологической симптоматики – депрессии, тревожности, межличностной сензитивности, паранойяльности и другим симптомам, которые в большей мере выражены у людей, имеющих в анамнезе тяжелое соматическое заболевание. Успешность совладания с психологическими последствиями влияния различных стрессоров проанализирована в контексте интерпретации этих последствий как коллективной или индивидуальной травмы.

Ключевые слова: стихийное бедствие, угрожающее жизни заболевание, посттравматический стресс, психопатологическая симптоматика.

Благодарности: Авторы благодарят за помощь в разработке классификации травматических событий сотрудника Института психологии РАН Н.Н. Казымову.

Финансирование: Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект № 17-29-02155.

Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А.
Стихийные бедствия и угрожающие жизни
заболевания: психологические последствия
и особенности совладания
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 196–212.

Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A.
Natural Disasters and Life-threatening Diseases:
Psychological Consequences and Coping Features
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 196–212.

Для цитаты: Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А. Стихийные бедствия и угрожающие жизни заболевания: психологические последствия и особенности совладания [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 196–212. DOI: 10.17759/cpse.2020090210

Natural Disasters and Life-threatening Diseases: Psychological Consequences and Coping Features

Natalia E. Kharlamenkova

Institute of Psychology RAS, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-4157>, e-mail: nataly.kharlamenkova@gmail.com

Daria A. Nikitina

Institute of Psychology RAS, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>, e-mail: d.a.nikitina@yandex.ru

The article presents the results of the theoretical and empirical study of the psychological consequences of the different types of stressors impact on humans. A frequency analysis of extreme stressful events was carried out on the sample $n=529$ people (from 17 to 41 years old, 233 men and 296 women). In order to study the psychological consequences of certain types of stressors – natural disasters and life-threatening diseases influence, an analysis of post-traumatic stress and psychopathological symptoms was carried out in the part of the sample ($n=90$ people). The k-means cluster analysis divided the sample into three groups, the first of which included mainly respondents who indicated life-threatening diseases, and the third one – natural disasters; in the second group, events were distributed evenly. Comparison of different groups data allowed us to verify the hypothesis of the study. Revealed that the psychological consequences of natural disasters and life-threatening diseases differ in the level of post-traumatic stress and psychopathological symptoms – depression, anxiety, interpersonal sensitivity, paranoia and other symptoms, which are more pronounced in people with a severe somatic disease in anamnesis. The success of coping with psychological consequences of the various stressors influence is analyzed in the context of interpreting these consequences as a collective or individual trauma.

Keywords: natural disaster, life-threatening disease, post-traumatic stress, psychopathological symptoms.

Acknowledgements: The authors are grateful for N.N. Kazymova, who helped in developing the classification of traumatic events.

Funding: the study was funded by Russian Foundation for Basic Research h according to the research project № 17-29-02155.

For citation: Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A. Natural Disasters and Life-threatening Diseases: Psychological Consequences and Coping Features. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiii=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 2, pp. 196–212. DOI: 10.17759/cpse.2020090210 (In Russ.)

Введение

Статистика стихийных бедствий (природного и природно-антропогенного характера) свидетельствует о том, что за последние полвека число подобных явлений увеличилось в несколько раз. По мнению академика РАН В.И. Осипова, развитие природных катастроф вызвано двумя факторами – значительными климатическими изменениями, которые происходят на Земле, и интенсивным техногенезом [5; 6]. Крупные наводнения, землетрясения, пожары, ураганы наблюдаются в разных точках земного шара, в том числе и в тех климатических условиях, где частота подобных событий в предыдущие несколько десятилетий была не очень высока. Перечисляя лишь некоторые природные катастрофы первого десятилетия XXI века в России (экстремальная жара и лесные пожары в 2010 г., наводнение в Краснодарском крае в июне 2012 г., наводнение на Дальнем Востоке в 2013 г. и др.), В.И. Осипов пишет, что данные «катастрофы сопровождались человеческими и гигантскими материальными потерями: в катастрофах погибло более 230 чел., пострадало 220 тыс. чел.; суммарный материальный ущерб составил 82 млрд. руб.» [6, с. 11].

Известные природные катастрофы XXI века – ураган Катрина (2005), землетрясение и цунами в Индийском океане (2004), Сычуанское землетрясение (2008), землетрясение в Японии (2011), ураган Сэнди (2012) привели к огромному количеству человеческих жертв, масштабным экономическим потерям, нарушению экологии. Особенностью природных катастроф является краткосрочность непосредственного воздействия и долгосрочность последствий (социальных, экономических, экологических), с которыми не всегда удается справиться. Так, известны случаи, когда экономические потери от природных катастроф превышали величину валового национального продукта отдельных стран, в результате чего экономика страны, социальная и политическая ситуация оказывались в критическом состоянии [5; 8, с. 259–268].

Кроме экономических, социальных, экологических последствий стихийные бедствия, представляя собой стрессоры высокой интенсивности, нарушают привычный уклад жизни, меняют картину мира и отношение человека к себе [9]. В качестве психологических последствий воздействия стихийного бедствия рассматривают посттравматический стресс (ПТС) и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). По данным ряда исследований, проведенных на выборках потерпевших спустя несколько месяцев после стихийных бедствий (торнадо в округе Яньчэн, Китай, 2016 г.; ураган Сэнди, США, 2012 г.), ПТСР часто

сопровождается депрессией [10]; также замечено, что в этом случае (т.е. при наличии ПТСР и депрессии) посттравматический рост, сопряженный с ПТСР, становится маловероятным [15].

Посттравматический стресс как реакция на экстремальный стрессор выступает в качестве предиктора развития эмоциональных и когнитивных дисфункций не только у непосредственных жертв стихийного бедствия. В исследовании Катрины Мосс с коллегами было выявлено, что у беременных женщин, переживших стресс, вызванный экстремальной природной ситуацией (наводнением), обнаруженные впоследствии (спустя 16 месяцев после родов) симптомы ПТСР и др. негативные признаки травматического стресса, оказались тесно связанными с уровнем когнитивного и моторного развития ребенка [14].

Депрессия и страх, сопровождающие ПТСР, а также склонность давать негативные оценки событиям рассматриваются в качестве причины появления различных проблем, например, проблемы засыпания и сохранения сна [20], ранее не наблюдавшихся мигрени и других видов головной боли [11]. В данном случае соматические симптомы рассматриваются как следствия развития ПТСР и депрессии. Однако нередки и такие примеры, когда какие-либо заболевания (например, гипертония) обострялись сразу после воздействия травматического события; кроме того, непосредственное нахождение в зоне стихийного бедствия часто становятся причиной не только психической, но и физической травмы. Сопутствующие травматическому стрессу соматические симптомы, как правило, вызывают более серьезные психологические проблемы по сравнению с переживанием стресса без сопутствующей соматической патологии.

Интересным представляется исследование, проведенное Эшли Ван с коллегами, в котором с целью изучения факторной структуры совладания с травматическими событиями сравнивались две группы женщин: группа выживших после наводнения (тайфун Моракот 2-13 августа 2009 г.) и группа женщин с диагнозом рак молочной железы после хирургической операции [19]. По данным обследования обеих групп, спустя 3-4 месяца после травматического события (наводнения или операции) были выявлены симптомы ПТСР, депрессия и другие показатели психической травматизации; подтвердилась гипотеза о трехфакторной модели копинга: копинг, реализуемый посредством собственных усилий, назовем его «активный копинг» (self-sufficient coping), копинг, ориентированный на социальную поддержку (socially-supported coping) и копинг-избегание (avoidant coping). Стихийное бедствие и опасное для жизни заболевание были определены как два разных типа травматического стрессора: первый – коллективный (collective trauma), второй – индивидуальный (personal trauma) стрессор, что было продемонстрировано в ходе анализа связей между посттравматическим стрессом, депрессией, тревожностью и адаптацией. В частности, авторы отметили, что в первой группе участников исследования избегание коррелирует с ПТСР и депрессией, социальная поддержка – с удовлетворенностью жизнью, а «активный копинг» – с низким уровнем ПТСР и депрессии. Во второй группе избегание связано с депрессией, тревожностью, негативным аффектом, а «активный копинг» – с удовлетворенностью и качеством жизни (физическим, ментальным

и социальным); связей с социальной поддержкой не выявлено. Полученные различия показывают, что при переживании стихийного бедствия удовлетворенность жизнью реализуется с помощью социальной поддержки, а в случае тяжелой болезни – путем обращения к активному копингу [там же].

Проводя различия между стрессорами «стихийное бедствие» и «угрожающее жизни заболевание» отметим, что первый, действительно, воспринимается человеком как внешнее, трудно контролируемое событие и проявляется во внезапности, непредсказуемости воздействия, масштабности влияния, неподконтрольности, комплексности проявления. Иными словами, стрессор «стихийное бедствие» характеризуется одновременной угрозой жизни, а также наступающей вслед за стихийным бедствием угрозой нарушения экологического равновесия и его необратимостью; последующим нарушением социальной, экономической стабильности региона, в котором произошло стихийное бедствие; угрозой повторения события (для людей, постоянно проживающих, например, в сейсмоопасных регионах или в регионах, в которых велика вероятность наводнения, цунами, образования смерчей и др.) [8].

При угрожающем жизни заболевании физическое состояние человека и его субъективная оценка (внутренняя картина болезни, ВКБ) не всегда совпадают. Показано, что в зависимости от этапа формирования ВКБ меняются и особенности совладания с трудной жизненной ситуацией [1]. Опасное для жизни заболевание может рассматриваться человеком в контексте анализа причинно-следственных связей [4], соотносится с чувством вины, нарушением принципов здоровьесберегающего поведения, с интернальным локусом контроля. Различия в понимании причин заболевания и его последствий часто отражаются на приверженности лечению и оценке успешности реабилитации [2].

Когнитивная оценка пациентом событий, сопровождающих начало и течение соматического заболевания, лечение и реабилитацию, соотносится в современной психологии с такой характеристикой хронической соматической патологии как «неопределенность», уровень которой связан с переживанием стресса, эмоциональной дезадаптацией, аффективными состояниями, копинг-стратегиями и др. [3]. Существенным отличием психологических последствий воздействия тяжелых соматических заболеваний является склонность человека к стигматизации [13] и самостигматизации [17], к переживанию чувства физической и социальной изоляции и сопутствующих им депрессии, тревожности и межличностной сензитивности.

Обращая внимание на крупные природные катастрофы следует подчеркнуть, что масштабность разрушений и количество жертв определяют степень экстремальности ситуации и ее последствий для человека. Наряду с этим отмечается, что отдаленность от эпицентра событий, а также менее масштабное по степени потерь и разрушений стихийное бедствие не всегда гарантируют сохранение эмоциональной стабильности и психологического благополучия [16]. Представляется, что даже небольшое происшествие (например, быстро локализованный очаг возгорания) может вызвать травматический стресс и его

отдаленные психологические последствия, прежде всего, потому, что подобные события глубоко укоренены в исторической памяти многих поколений людей.

Сравнивая между собой стихийные бедствия и опасные для жизни заболевания, мы предполагали, что несмотря на схожесть этих событий-стрессоров высокой интенсивности, психологические последствия их влияния на человека будут различаться.

Цель исследования – анализ психологических последствий влияния стрессоров высокой интенсивности у людей, переживших стихийное бедствие или опасное для жизни заболевание.

Гипотеза – психологические последствия стихийного бедствия и переживания по поводу заболевания близкого человека оказываются схожими, но отличаются от переживаний, связанных с собственным опасным для жизни заболеванием по уровню посттравматического стресса и сопутствующей психопатологической симптоматики – депрессии, тревожности, межличностной сензитивности, паранойяльности, которые в большей мере выражены у людей, имеющих в анамнезе тяжелое соматическое заболевание.

Метод

Участниками исследования стали жители разных городов России: Астрахани (n=129 чел.), Читы (n=137 чел.), Казани (n=83 чел.), Костромы (n=90 чел.), Москвы (n=90 чел.). Общий объем выборки составил 529 человек в возрасте от 17 до 41 года (Me=21; SD=5,8), из них 233 мужчины и 296 женщин. Основная часть выборки – респонденты в возрасте от 18 до 27 лет. Все участники исследования привлекались на добровольной основе.

В исследовании использовались следующие **методики**.

Опросник посттравматического стресса PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist) в русскоязычной адаптации Н.В. Тарабриной и др. (2017; [8]). Помимо качественной информации о тяжелых жизненных событиях (респонденту предлагалось указать наиболее психотравмирующее событие его жизни), данная методика позволяет выявить уровень выраженности симптомов посттравматического стресса (ПТС), субъективно рассматриваемых респондентами как последствия пережитого ими травмирующего опыта (в частности, указанного психотравмирующего события). Показателями данной методики являются суммы баллов по отдельным кластерам вопросов, диагностирующих выраженность симптомов ПТС: навязчивое повторение (кластер В), избегание (кластер С), негативные изменения в когнитивно-эмоциональной сфере (кластер D), возбудимость (кластер Е). Итоговое суммирование баллов по всем пунктам позволяет получить обобщенную оценку тяжести симптоматики ПТС.

Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-r (Symptom Checklist-90-revised) в русскоязычной адаптации Н.В. Тарабриной и др. (2007; [7]) позволяет изучить актуальный на момент обследования психопатологический статус респондентов по 9 основным симптоматическим

шкалам: соматизации, обсессивности–компульсивности, депрессии, межличностной сензитивности, тревожности, враждебности, фобической тревожности, паранойяльных тенденций, психотизма, а также по шкале дополнительных вопросов. Кроме того, методика предполагает расчет индексов второго порядка: общий индекс тяжести симптомов, индекс наличного симптоматического дистресса, общее количество симптомов (число утвердительных ответов).

Математико-статистическая обработка результатов проводилась с помощью программного пакета Statistica v. 13.0 и включала в себя расчет описательной статистики, анализ групповых различий с помощью U-критерия Манна–Уитни, кластерный анализ методом k-средних, угловое преобразование Фишера.

Результаты и их обсуждение

Используемая нами методика PCL-5 имеет широкие возможности по изучению травматического опыта и установлению взаимосвязи между типом травматического события и интенсивностью вызванного им ПТС. Собранные с ее помощью данные о тяжелых жизненных событиях были сгруппированы в соответствии с разработанной нами классификацией травматических ситуаций¹. Каждый из участников исследования указал событие, которое оценил как наиболее экстремальное. Это такие события, как: стихийное бедствие, включая пожар (n=41), дорожно-транспортное происшествие (n=74), нападение, в том числе с целью грабежа (n=14), физическое насилие (n=37), эмоциональное насилие (n=19), сексуальное насилие и домогательства (n=19), опасное заболевание, травмы (n=28), опасное заболевание у близкого человека (n=21), душевные страдания (n=15), убийство² (n=13), естественная смерть близкого человека, в том числе и после тяжелой болезни (n=101), самоубийство (n=16), смерть в результате несчастного случая (n=42), расставание, развод (n=22), военные действия (n=7), зависимости (в частности, респонденты указывали наличие у близкого человека алкогольной или наркотической зависимости, наличие расстройства пищевого поведения) (n=5), другие события (n=55).

При сравнении респондентов, проживающих в разных городах, были выявлены различия по уровню посттравматического стресса, вызванного определенными группами стрессоров (например, дорожно-транспортные происшествия), которые не могут быть объяснены особенностями того или иного региона и города. Вследствие этого дальнейший анализ данных проводился без учета места проживания участников исследования.

Для проверки основной гипотезы исследования сопоставлялись три группы данных, а именно психологические последствия воздействия таких стрессоров, как

¹В разработке классификации травматических событий принимала участие сотрудник Института психологии РАН Н.Н. Казымова.

²Указывались убийство, самоубийство, насильственная смерть родственника, близкого человека или даже незнакомого.

стихийные бедствия ($n=41$, $M_{\text{возраст}}=21$, возраст – от 18 до 41 года, 23 мужчины, 18 женщин) и опасные заболевания ($n=49$). Последние были разделены на две подгруппы: опасное заболевание, которое перенес сам участник исследования ($n=28$, $M_{\text{возраст}}=21$, возраст – от 18 до 41 года, 11 мужчин, 17 женщин), и опасное заболевание другого человека (родственника, близкого друга) ($n=21$, $M_{\text{возраст}}=21$, возраст – от 19 до 31 года, 5 мужчин, 16 женщин). Последняя группа была выбрана в качестве группы сравнения.

Принцип работы с методикой PCL-5 состоял в том, что участникам исследования необходимо было указать наиболее травмирующее событие, которое произошло в их жизни. В качестве стихийных бедствий респонденты называли наводнения, землетрясения, ураганы, пожары. В данной категории в основном отмечались события, в которые респондент был вовлечен непосредственно или был прямым свидетелем случившегося. Зафиксированы отдельные случаи (2,4% от общего числа респондентов, указавших данную категорию событий), когда в качестве психотравмирующего события респондент указывал информацию, полученную из СМИ, которая, по свидетельству многочисленных исследований [12], может выступать в качестве стрессора высокой интенсивности и способствовать развитию ПТС. К группе опасных для жизни заболеваний были отнесены цереброваскулярные заболевания, туберкулез, черепно-мозговая травма, заболевания опорно-двигательного аппарата, сахарный диабет. Психологические последствия угрожающего жизни заболевания тяжело переносятся в старшем и пожилом возрасте вследствие их хронификации и усугубления состояния взрослого человека за счет наличия в анамнезе сразу нескольких заболеваний. Несмотря на это, переживания молодых людей по поводу собственного опасного для жизни заболевания [18] часто оказываются наиболее острыми вследствие актуализации механизма социального сравнения (Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова) и переживаний по поводу ограничений в личной, семейной и профессиональной сферах. В молодом возрасте подобного рода ограничения субъективно воспринимаются человеком как не вполне ожидаемые.

В отличие от традиционно принятых стратегий сопоставления психологических последствий воздействия разных типов стрессоров, в том числе сравнения данных подгрупп, дифференцированных по уровню посттравматического стресса, в настоящем исследовании был использован другой способ анализа данных. Предварительно был проведен кластерный анализ методом k -средних показателей всех респондентов ($n=90$), указавших в качестве наиболее травмирующего события стихийное бедствие, собственное заболевание или заболевание близкого человека. Кластеризация травматических событий, указанных респондентами, проводилась по четырем критериям посттравматического стресса (опросник PCL-5): В (навязчивое повторение), С (избегание), D (негативные изменения в когнитивно-эмоциональной сфере), Е (возбудимость). Наиболее приемлемым оказалось распределение участников исследования, указавших определенное травматическое событие, по трем кластерам.

Для оценки степени выраженности симптомов посттравматического стресса в каждом кластере был использован U -критерий Манна–Уитни (табл. 1).

Таблица 1

**Статистические различия между тремя группами (кластерами)
респондентов по показателям посттравматического стресса**

Критерии ПТС	Попарное сравнение трех групп (кластеров)					
	1 и 2 кластеры		1 и 3 кластеры		2 и 3 кластеры	
	U	p	U	p	U	p
В	42	$2 \cdot 10^{-8}$	2	$1 \cdot 10^{-8}$	48	$1 \cdot 10^{-5}$
С	57,5	$8 \cdot 10^{-5}$	24	$1 \cdot 10^{-6}$	2,9	$1 \cdot 10^{-7}$
Д	2,5	$1 \cdot 10^{-9}$	3	$1 \cdot 10^{-8}$	5,3	$1 \cdot 10^{-6}$
Е	67	$3 \cdot 10^{-4}$	2,5	$1 \cdot 10^{-8}$	5,5	$1 \cdot 10^{-6}$

Примечание. U – критерий Манна–Уитни, p – уровень значимости. В – навязчивое повторение, С – избегание, Д – негативные изменения в когнитивно-эмоциональной сфере, Е – возбудимость.

Результаты кластерного анализа подтверждаются наличием статистически значимых различий между группами респондентов. По данным исследования, наиболее выраженные признаки посттравматического стресса наблюдаются в первой группе (кластере) респондентов, средние значения – во второй, низкие – в третьей. Согласно полученным результатам часть обследуемой выборки испытывает сильный эмоциональный стресс, вызванный психотравмирующим событием. Переживания сопровождаются негативными изменениями в когнитивно-эмоциональной сфере (критерий Д). Для таких людей характерно наличие нестабильного эмоционального фона, в частности, периоды апатии сменяются раздражительностью или агрессивностью. Последняя, в свою очередь, может быть сопряжена с формированием у человека негативных, иррациональных установок или убеждений: подозрительности и настороженности при взаимодействии с социумом. При наличии интенсивного ПТС возникает склонность к избеганию ситуаций, напоминающих о психотравмирующем событии, в том числе людей, ассоциирующихся с травмой; субъект выпадает из значимых социальных сфер функционирования (критерий С). Нередко психотравмирующая ситуация и ее последствия выступают постоянным напоминанием о случившемся, и тогда человек как бы «застревает» в травме, жалуясь на навязчивые воспоминания, которые создают дополнительный психологический дискомфорт (критерий В). Постоянное психоэмоциональное напряжение, которое характерно для человека при ПТС, приводит к нарушениям режима сна, способствуют развитию гипербдительности (критерий Е).

Наибольший интерес, с нашей точки зрения, представляет распределение отдельных событий (стихийные бедствия, собственное заболевание и заболевание близкого человека) по трем кластерам (табл. 2). Статистическая оценка достоверности различий между процентными долями выборок, представляющих

в каждом кластере разные группы событий – стихийные бедствия, собственное заболевание и заболевание близкого, – была проведена с помощью критерия углового преобразования Фишера (φ).

Таблица 2

Распределение событий (стихийные бедствия, собственное заболевание и заболевание близкого человека) по трем кластерам, %

События (стрессоры высокой интенсивности)	Кластеры		
	1 кластер	2 кластер	3 кластер
Стихийные бедствия	12,5	42,00	58,00
Заболевание близкого человека	25,00	23,00	23,00
Собственное заболевание	62,5	35,00	19,00

В *первый кластер* вошли данные большинства респондентов, которые в качестве травматического события отметили *собственное заболевание*. Зафиксированы также и другие события, но количество респондентов, указавших на собственное заболевание, существенно превышает в этом кластере число респондентов, отметивших стихийное бедствие ($\varphi=3,4$, $p<0,01$) и заболевание близкого человека ($\varphi=1,7$, $p<0,05$). Различий между двумя последними группами выявлено не было ($\varphi=1,3$, $p>0,05$). Данные респондентов, отметивших в качестве травматического события стихийное бедствие, собственное заболевание и заболевание близкого человека, представлены во *втором кластере* в равной мере ($\varphi=0,48$ при $p>0,05$). В *третьем кластере* сгруппированы события, указанные респондентами как *стихийные бедствия*, и их доля в этом кластере существенно больше процентной доли выборки респондентов, отметивших заболевание близкого человека ($\varphi=3,09$, $p<0,01$) и собственное заболевание ($\varphi=3,02$, $p<0,01$). Различий между процентными долями двух последних событий в этом кластере не выявлено ($\varphi=0,02$, $p>0,05$).

В целом можно сказать, что травматическое событие «собственное заболевание» (первый кластер) вызывает наиболее тяжелые психологические последствия по сравнению с переживанием по поводу болезни близкого человека или стихийным бедствием (третий кластер). Дополнительным аргументом в пользу этого вывода может служить сравнение трех кластеров по степени выраженности психопатологической симптоматики: депрессии, тревожности, межличностной сензитивности, паранойяльности и др. (табл. 3).

Высокий уровень посттравматического стресса и выраженная психопатологическая симптоматика, типичные для *первого кластера*, означают, что основное событие, представляющее этот кластер – *угрожающее жизни заболевание*, характеризуется наиболее существенным психотравмирующим влиянием на человека. Такое же по силе влияние имеют некоторые стихийные бедствия (12,5%) и болезни близких людей (25%), которые также вошли в первый кластер. Согласно

нашим данным, это стихийные бедствия, связанные с массовой гибелью людей, в том числе детей (землетрясение в Японии и пожар в торговом центре г. Кемерово), негативные последствия которых были вызваны передачами СМИ; отмеченные болезни близких касались темы тяжелого и смертельного заболевания родителей. Как уже было сказано выше [12], переживание травматического стресса косвенными жертвами встречалось в настоящем исследовании всего несколько раз, однако оно существенно влияет на психическое состояние респондентов. Мы допускаем, что подобные переживания имеют не только информационную основу, но, скорее всего, вызваны и индивидуальным опытом переживания стихийных бедствий. Данное предположение будет верифицировано в последующем теоретико-эмпирическом исследовании.

Таблица 3

Различия между тремя группами (кластерами) респондентов по уровню психопатологической симптоматики

Психопатологическая симптоматика	Попарное сравнение трех групп (кластеров)					
	1 и 2 кластеры		1 и 3 кластеры		2 и 3 кластеры	
	U	p	U	p	U	p
Соматизация	177,5	0,44	215,0	0,01	416,0	0,02
Обсессивность– компульсивность	175,0	0,39	218,0	0,01	437,5	0,04
Межличностная сензитивность	132,5	0,05	212,0	0,01	538,5	0,34
Депрессия	117,5	0,02	151,0	0,0003	498,0	0,15
Тревожность	110,5	0,01	138,5	0,0001	427,0	0,03
Враждебность	125,5	0,03	164,5	0,001	469,0	0,08
Фобическая тревожность	161,0	0,23	263,5	0,06	549,0	0,39
Паранойяльность	154,5	0,17	146,5	0,03	502,0	0,17
Психотизм	108,5	0,01	181,0	0,002	583,0	0,64
Общий индекс GSI	115,0	0,02	133,0	0,0001	443,0	0,04

Примечание. Значимые различия выделены полужирным шрифтом. Медианные значения симптомов в первом кластере выше по сравнению с медианными значениями показателей во втором кластере. Самые низкие медианные значения симптомов – в третьем кластере.

Невысокий уровень ПТС и психопатологической симптоматики был выявлен в *третьем кластере*, в который в основном вошли *стихийные бедствия*, но гораздо меньшего масштаба, чем указанные выше случаи. Небольшое количество случаев заболевания самого респондента и заболевания близкого также было включено в этот кластер. Средний уровень ПТС и психопатологической симптоматики был отмечен во *втором кластере*, в котором все три события были распределены поровну.

Подводя итоги проведенного исследования, отметим, что гипотеза, согласно которой психологические последствия стихийного бедствия и переживания по поводу заболевания близкого человека оказываются схожими, но отличаются от переживаний, связанных с собственным опасным для жизни заболеванием по уровню посттравматического стресса и сопутствующей психопатологической симптоматики (депрессии, тревожности, межличностной сензитивности, паранойальности), которые в большей мере выражены у людей, имеющих в анамнезе тяжелое соматическое заболевание, подтвердилась. Дополнительно показано, что некоторые стихийные бедствия и заболевания близких людей могут переживаться так же тяжело, как и собственное заболевание, что, по-видимому, связано с особенностями интенсивного стрессора: индивидуальной травмой, идентификацией с участниками события, трудностями реализации коллективного копинга. Стихийные бедствия небольшого масштаба, по-видимому, переносятся менее травматично вследствие того, что преодоление психологических последствий этого события часто носит коллективный характер и связано с социальной (инструментальной, эмоциональной и др.) поддержкой. Природные катастрофы, последствиями которых стали травмы, увечья, потери близких людей, лишение дома и имущества, следует рассматривать в качестве комплексных стрессоров, кардинальным образом нарушающих психическое здоровье человека. Кроме этого, неоправданные ожидания социальной помощи способны привести к потере доверия другим людям, социальным институтам, государству, сформировать не частное, а общественное мнение относительно индивидуальной и коллективной защищенности людей.

Заключение

Цивилизационные процессы, неуклонный научно-технический прогресс, интенсивное развитие информационных систем не гарантируют защиту от воздействия природных катастроф, тяжелых болезней и других стрессоров высокой интенсивности, которые несут серьезную угрозу физическому и психическому здоровью человека. Системное представление о характере этих нарушений, а также о различиях в воздействии тех или иных стрессоров, особенно при учете всего многообразия сопутствующих факторов, открывает новые возможности для изучения видов психической травматизации и оценки масштабов негативных последствий для человека. В исследовании показано, что коллективная и индивидуальная виды психической травмы обусловлены разными по природе стрессорами и связаны с различными социальными ожиданиями, которые в том числе влияют на особенности совладающего поведения. Адекватная оценка возможных психологических последствий воздействия стрессоров высокой

интенсивности позволяет дать пострадавшему надежду на принятие произошедших с ним изменений и активировать социальную поддержку и самоподдержку для выхода из трудной жизненной ситуации.

Литература

1. *Вассерман Л.И., Чугунов Д.Н., Щелкова О.Ю.* Соотношение субъективных и объективных факторов в процессе формирования внутренней картины болезни и совладающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Том 27. № 2. С. 82–94. DOI: 10.17759/cpp.2019270206
2. *Еремина Д.А., Щелкова О.Ю.* Сравнительный анализ клинических и психосоциальных характеристик пациентов с различной динамикой когнитивного функционирования после коронарного шунтирования // Экспериментальная психология. 2019. Том 12. № 3. С. 176–191. DOI: 10.17759/exppsy.2019120314
3. *Лифинцева А.А., Деркач Т.Д., Штолде Н.* Феномен неопределенности как субъективный опыт пациента в ситуации болезни [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 1. С. 1–12. DOI: 10.17759/cpse.2018070101. (дата обращения: 02.07.2020).
4. *Никитина Д.А.* Особенности жизненной перспективы у пациентов с диагнозом «менингиома» // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2019. Том 25. № 3. С. 108–111. DOI: 10.34216/2073-1426-2019-25-3-108-111
5. *Осипов В.И.* Что такое катастрофы и как с ними бороться // Наука из первых рук. 2010. № 6 (36). С. 64–79.
6. *Осипов В.И.* Природные катастрофы: анализ развития и пути минимизации последствий // Анализ, прогноз и управление природными рисками в современном мире (ГЕОРИСК-2015): Материалы 9-й Международной научно-практической конференции / Отв. ред. В.И. Осипов. М.: РУДН, 2015. С. 7–24.
7. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. / Н.В. Тарабрина, В.А. Агарков, Ю.В. Быховец и др. М.: Когито-центр, 2007. 208 с.
8. *Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Падун М.А., и др.* Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017. 344 с.
9. *Харламенкова Н.Е.* Антропогенные и природные угрозы безопасности человека: психологический аспект // Вестник РФФИ. Гуманитарные и общественные науки. 2017. № 4 (89). С. 128–140.
10. *An Y., Huang J., Chen Y., et al.* Longitudinal cross-lagged relationships between posttraumatic stress disorder and depression in adolescents following the Yancheng

tornado in China // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2019. Vol 11. № 7. P. 760–766. DOI: 10.1037/tra0000455.

11. *Arcaya M.C., Lowe S.R., Asad A.L., et al.* Association of posttraumatic stress disorder symptoms with migraine and headache after a natural disaster // *Health Psychology*. 2017. Vol 36. № 5. P. 411–418. DOI: 10.1037/hea0000433

12. *Hopwood T.L., Schutte N.S.* Psychological outcomes in reaction to media exposure to disasters and large-scale violence: A meta-analysis // *Psychology of Violence*. 2017. Vol. 7. № 2. P. 316–327. DOI: 10.1037/vio0000056

13. *Key K.D., Vaughn A.A.* Active coping efforts temper negative attributions of disability stigma // *Stigma and Health*. 2019. Vol 4. № 2. P. 152–164. DOI: 10.1037/sah0000126

14. *Moss K.M., Simcock G., Cobham V., et al.* A potential psychological mechanism linking disaster-related prenatal maternal stress with child cognitive and motor development at 16 months: The QF2011 Queensland Flood Study // *Developmental Psychology*. 2017. Vol 53. № 4. P. 629–641. DOI: 10.1037/dev0000272

15. *Schneider S., Rasul R., Liu B., et al.* Examining posttraumatic growth and mental health difficulties in the aftermath of Hurricane Sandy // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2019. Vol 11. № 2. P. 127–136. DOI: 10.1037/tra0000400.

16. *Sherwood I.M., Hamilton J.C., Elmore J.D., et al.* A comparison of self-report and location-based measures of disaster exposure // *Traumatology*. 2017. Vol 23. № 3. P. 265–272. DOI: 10.1037/trm0000112.

17. *Stringer S.A., Williams S.L., Ault K.E., et al.* A fulcrum of change: From self-stigma to resilience // *Stigma and Health*. 2018. Vol 3. № 4. P. 315–324. DOI: 10.1037/sah0000096

18. *Tesson S., Butow P.N., Sholler G.F., et al.* Psychological interventions for people affected by childhood-onset heart disease: A systematic review // *Health Psychology*. 2019. Vol 38. № 2. P. 151–161. DOI: 10.1037/hea0000704

19. *Wang A.W-T., Cheng C.-P., Chang C.-S., et al.* Does the factor structure of the Brief COPE fit different types of traumatic events? A test of measurement invariance // *European Journal of Psychological Assessment*. 2018. Vol 34. № 3. P. 162–173. DOI: 10.1027/1015-5759/a000321.

20. *Zhen R., Quan L., Zhou X.* Fear, negative cognition, and depression mediate the relationship between traumatic exposure and sleep problems among flood victims in China // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2018. Vol 10. № 5. P. 602–609. DOI: 10.1037/tra0000331.

References

1. Vasserman L.I., Chugunov D.N., Shchelkova O.Yu. Sootnoshenie sub"ektivnykh i ob"ektivnykh faktorov v protsesse formirovaniya vnutrennei kartiny bolezni

Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А.
Стихийные бедствия и угрожающие жизни
заболевания: психологические последствия
и особенности совладания
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 196–212.

Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A.
Natural Disasters and Life-threatening Diseases:
Psychological Consequences and Coping Features
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 196–212.

i sovladayushchego povedeniya [Correlation of subjective and objective factors in the process of forming the internal picture of the disease and coping behavior]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya=Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2019, vol. 27, no. 2, pp. 82–94. DOI: 10.17759/cpp.2019270206

2. Eremina D.A., Shchelkova O.Yu. Sravnitel'nyi analiz klinicheskikh i psikhosotsial'nykh kharakteristik patsientov s razlichnoi dinamikoi kognitivnogo funktsionirovaniya posle koronarnogo shuntirovaniya [Comparative analysis of clinical and psychosocial characteristics of patients with different dynamics of cognitive functioning after coronary bypass surgery]. *Ekspertimnaya psikhologiya=Experimental Psychology*, 2019, vol. 12, no. 3, pp. 176–191. DOI: 10.17759/exppsy.2019120314

3. Lifintseva A.A., Derkach T.D., Shtolde N. Fenomen neopredelennosti kak sub"ektivnyi opyt patsienta v situatsii bolezni [Elektronnyi resurs] [The phenomenon of uncertainty as a patient's subjective experience in a disease situation]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical and Special Psychology*, 2018, vol. 7, no. 1, pp. 1–12.

4. Nikitina D.A. Osobennosti zhiznnoi perspektivy u patsientov s diagnozom "meningioma" [Features of the life perspectives in patients with a diagnosis of "meningioma"]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya. Sotsiokinetika=Vestnik of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics.*, 2019, vol. 25, no. 3, pp. 108–111. DOI: 10.34216/2073-1426-2019-25-3-108-111

5. Osipov V.I. Chto takoe katastrofy i kak s nimi borot'sya [What are disasters and how to deal with them]. *Nauka iz pervykh ruk=Science First Hand*, 2010, no. 6 (36), pp. 64–79.

6. Osipov V.I. Prirodnye katastrofy: analiz razvitiya i puti minimizatsii posledstviy [Natural disasters: analysis of development and ways to minimize consequences]. In Osipov V.I. (ed.), *Analiz, prognoz i upravlenie prirodnymi riskami v sovremennom mire (GEORISK-2015): Materialy 9-i Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii=Analysis, Forecast and Management of Natural Risks in the Modern World (GEORISK-2015): Materials of the 9th International Scientific and Practical Conference*. Moscow: Publ. of RUDN, 2015, pp. 7–24.

7. Tarabrina N.V., Agarkov V.A., Bykhovets Yu.V., et al. *Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. Ch. 1. Teoriya i metody [A Practical Guide to the Psychology of Post-Traumatic Stress. Part 1. Theory and Methods]*. Moscow: Kogito-tsentr, 2007. 208 p.

8. Tarabrina N.V., Kharlamenkova N.E., Padun M.A., et al. *Intensivnyi stress v kontekste psikhologicheskoi bezopasnosti [Intense Stress in the Context of Psychological Security]*. Moscow: Publ. of IP RAS, 2017. 344 p.

9. Kharlamenkova N.E. Antropogennye i prirodnye ugrozy bezopasnosti cheloveka: psikhologicheskii aspekt [Anthropogenic and natural threats to human security: psychological aspect]. *Vestnik RFFI. Gumanitarnye i obshchestvennye nauki=Bulletin of the RFFR. Humanities and Social Sciences*, 2017, vol. 89, no. 4, pp. 128–140.

10. An Y., Huang J., Chen Y., et al. Longitudinal cross-lagged relationships between posttraumatic stress disorder and depression in adolescents following the Yancheng tornado in China. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2019, vol. 11, no. 7, pp. 760–766. DOI: 10.1037/tra0000455.
11. Arcaya M.C., Lowe S.R., Asad A.L., et al. Association of posttraumatic stress disorder symptoms with migraine and headache after a natural disaster. *Health Psychology*, 2017, vol. 36, no. 5, pp. 411–418. DOI: 10.1037/hea0000433
12. Hopwood T.L., Schutte N.S. Psychological outcomes in reaction to media exposure to disasters and large-scale violence: A meta-analysis. *Psychology of Violence*, 2017, vol. 7, no. 2, pp. 316–327. DOI: 10.1037/vio0000056
13. Key K.D., Vaughn A.A. Active coping efforts temper negative attributions of disability stigma. *Stigma and Health*, 2019, vol. 4, no. 2, pp. 152–164. DOI: 10.1037/sah0000126
14. Moss K.M., Simcock G., Cobham V., et al. A potential psychological mechanism linking disaster-related prenatal maternal stress with child cognitive and motor development at 16 months: The QF2011 Queensland Flood Study. *Developmental Psychology*, 2017, vol. 53, no. 4, pp. 629–641. DOI: 10.1037/dev0000272
15. Schneider S., Rasul R., Liu B., et al. Examining posttraumatic growth and mental health difficulties in the aftermath of Hurricane Sandy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2019, vol. 11, no. 2, pp. 127–136. DOI: 10.1037/tra0000400.
16. Sherwood I.M., Hamilton J.C., Elmore J.D., et al. A comparison of self-report and location-based measures of disaster exposure. *Traumatology*, 2017, vol. 23, no. 3, pp. 265–272. DOI: 10.1037/trm0000112.
17. Stringer S.A., Williams S.L., Ault K.E., et al. A fulcrum of change: From self-stigma to resilience. *Stigma and Health*, 2018, vol. 3, no. 4, pp. 315–324. DOI: 10.1037/sah0000096
18. Tesson S., Butow P.N., Sholler G.F., et al. Psychological interventions for people affected by childhood-onset heart disease: A systematic review. *Health Psychology*, 2019, vol. 38, no. 2, pp. 151–161. DOI: 10.1037/hea0000704
19. Wang A.W-T., Cheng C.-P., Chang C.-S., et al. Does the factor structure of the Brief COPE fit different types of traumatic events? A test of measurement invariance. *European Journal of Psychological Assessment*, 2018, vol. 34, no. 3, pp. 162–173. DOI: 10.1027/1015-5759/a000321.
20. Zhen R., Quan L., Zhou X. Fear, negative cognition, and depression mediate the relationship between traumatic exposure and sleep problems among flood victims in China. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2018, vol. 10, no. 5, pp. 602–609. DOI: 10.1037/tra0000331.

Харламенкова Н.Е., Никитина Д.А.
Стихийные бедствия и угрожающие жизни
заболевания: психологические последствия
и особенности совладания
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 196–212.

Kharlamenkova N.E., Nikitina D.A.
Natural Disasters and Life-threatening Diseases:
Psychological Consequences and Coping Features
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 196–212.

Информация об авторах

Харламенкова Наталья Евгеньевна, доктор психологических наук, профессор, зам. директора, Институт психологии РАН (ФГБУН ИПРАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-4157>, e-mail: nataly.kharlamenkova@gmail.com

Никитина Дарья Алексеевна, аспирантка, Институт психологии РАН (ФГБУН ИПРАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>, e-mail: d.a.nikitina@yandex.ru

Information about the authors

Natalia E. Kharlamenkova, Ph.D. in Psychology, Professor, Deputy. Director, Institute of Psychology, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0508-4157>, e-mail: nataly.kharlamenkova@gmail.com

Daria A. Nikitina, Postgraduate Student, Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6695-1851>, e-mail: d.a.nikitina@yandex.ru

Получена: 27.02.2020

Received: 27.02.2020

Принята в печать: 15.06.2020

Accepted: 15.06.2020

Экспериментальное изучение особенностей морально-нравственных представлений и морально-нравственной регуляции поведения детей с интеллектуальной недостаточностью

Щербакова А.М.

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8932-4102>, e-mail: psy-rehab@yandex.ru*

Лыкова Н.С.

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4159-5560>, e-mail: likovans@gmail.com*

Статья посвящена проблеме развития морально-нравственной сферы личности детей с интеллектуальной недостаточностью (умственной отсталостью в легкой степени) в контексте становления их жизненной компетентности. Рассматриваются личностные результаты как один из важнейших показателей сформированности жизненной компетенции. Описаны результаты сравнительного экспериментального исследования особенностей морально-нравственных представлений и поведения младших школьников с умственной отсталостью 9-10 лет, воспитывающихся в различных условиях: семейных и институциональных. Также к исследованию были привлечены дети с нормотипичным развитием. Общая выборка составила 77 человек. Исследовались нравственная позиция школьников и их особенности прогнозирования собственного поведения и поведения окружающих в ходе решения моральных дилемм, а также реального поведения ребенка в ситуации нравственного выбора. Исследование показало, что независимо от условий воспитания дети с нормотипичным развитием чаще осуществляют нравственный выбор, чем дети с умственной отсталостью, а дети-сироты с умственной отсталостью прогнозируют значимо меньше альтруистических выборов, чем дети с умственной отсталостью, воспитывающиеся в семье. У детей с умственной отсталостью наблюдается рассогласование между вербальным прогнозом своего поведения и реальным поведением в ситуации морально-нравственного выбора.

Ключевые слова: жизненная компетентность, морально-нравственное развитие, умственная отсталость, дети с умственной отсталостью, дети-сироты.

Для цитаты: Щербакова А.М., Лыкова Н.С. Экспериментальное изучение особенностей морально-нравственных представлений и морально-нравственной

Щербакова А.М., Лыкова Н.С. Экспериментальное изучение особенностей морально-нравственных представлений и морально-нравственной регуляции поведения детей с интеллектуальной недостаточностью
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 213–228.

Shcherbakova A.M., Lykova N.S. Experimental Study of the Features of Moral Concepts and Moral Regulation of Behavior of Children with Intellectual Disability
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 213–228.

регуляции поведения детей с интеллектуальной недостаточностью [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 213–228. DOI: 10.17759/cpse.2020090211

Experimental Study of the Features of Moral Concepts and Moral Regulation of Behavior of Children with Intellectual Disability

Anna M. Shcherbakova

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8932-4102>, e-mail: psy-rehab@yandex.ru

Natalia S. Lykova

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4159-5560>, e-mail: likovans@gmail.com

The article focuses on the problem of development of moral sphere of personality of children with intellectual disability (mild mental retardation) in the context of development of their life competence. Personal outcomes are considered as one of the most important indicators of the formation of life competence. Particular attention is paid to the moral development of children with intellectual disability. The results of an experimental study of the characteristics of moral perceptions and behavior of younger students with mental retardation of 9-10 years old brought up in different conditions - family and institutional are presented. Students of a comprehensive school with a normotypic development were also involved. The sample was 76 people. A study was made of the moral position, and on this basis the prediction of one's own behavior and the behavior of others in solving moral dilemmas, as well as the actual behavior of the child in a situation of moral choice.

Keywords: life competence, moral development, mental retardation, children with mental retardation, orphans.

For citation: Shcherbakova A.M., Lykova N.S. Experimental Study of the Features of Moral Concepts and Moral Regulation of Behavior of Children with Intellectual Disability. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 2, pp. 213–228. DOI: 10.17759/cpse.2020090211 (In Russ.)

Введение

Процесс социализации детей с интеллектуальной недостаточностью (умственной отсталостью) крайне затруднен, прежде всего, вследствие снижения способности к обобщению и присвоению общественного опыта [12]. Л.С. Выготский утверждал, что специальное воспитание должно быть подчинено социальному развитию [4]. Отсюда основным направлением работы с детьми с умственной отсталостью становится формирование у них социальных компетенций. Социальная компетентность понимается как качество личности, позволяющее человеку эффективно функционировать в социуме и удерживать субъектную позицию, что предполагает умение дифференцировать общественные требования и соотносить их с персональными потребностями. Владение социальной компетентностью дает человеку возможность регулировать свое поведение в социуме на основе усвоенных способов решения задач. Понятие «жизненная компетентность» впервые введено в Концепции Специального Федерального Государственного Образовательного Стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья [10]. Данное понятие было конкретизировано относительно детей с задержкой психического развития, а также детей с легкой умственной отсталостью [11].

В результатах освоения примерной адаптированной основной программы образования обучающихся с интеллектуальными нарушениями (умственной отсталостью) особое место отводится личностным результатам, поскольку именно они обеспечивают овладение комплексом социальных компетенций. Личностные результаты оцениваются по 13 критериям, которые образуют интегральную компетенцию – готовность к самостоятельной жизни [14]. Обсуждаются возможные подходы к решению проблем оценки личностных результатов образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья [9]. Достижение этих результатов возможно как через реализацию социального и нравственного направлений внеурочной деятельности, так и в ходе психокоррекционных занятий, включенных в коррекционно-развивающую работу по формированию позитивного отношения к своему «Я», повышению уверенности в себе, развитию самостоятельности, формированию навыков самоконтроля.

Очевидно, что готовность к самостоятельной жизни, в том числе и в социально-личностном аспекте, формируется не в период подготовки к выпуску из школы. Выделенные характеристики желаемой жизненной компетентности рассматриваются как «перспектива будущего» исходя из высказанного Л.С. Выготским в статье «К вопросу о динамике детского характера» положения о том, что воспитание невозможно было бы осуществить без ориентировки на перспективу будущего, определенную требованиями общественного бытия [5]. Младший школьный возраст является возрастом абилитации жизненной компетентности в силу чувствительности к воздействиям психолого-педагогической работы, причем особое внимание следует уделять нравственным аспектам.

Развитие морально-нравственной сферы личности рассматривали многие отечественные и зарубежные авторы: С.Ф. Анисимов, Л.И. Божович, Б.С. Братусь,

Т.П. Гаврилова, В.В. Зеньковский, И.С. Кон, Е.В. Субботский, В.Э. Чудновский, С.Г. Якобсон; Р. Бернс, У. Джеймс, В. Франкл, А. Blasi, D.T. Campbell, Н.Н. Hartshorne, L. Kohlberg, М.А. May, S. Milgram, J. Piaget и др.

Проблеме нравственного развития детей с интеллектуальной недостаточностью посвящены работы А.С. Белкина, И.А. Коробейникова, Е.С. Слепович, Л.Н. Точиной, Ф.В. Мусукаевой. Недоразвитие «оморализованной самопроизвольности» у слабоумных (Э. Сеген) свидетельствует о недостаточности личностных механизмов овладения собственным поведением [8]. С другой стороны, хотя дети с умственной отсталостью слабо осознают цели собственного поведения, указанная слабость относительна, когда речь идет об удовлетворении понятных самому ребенку потребностей [1].

В последние годы проведены исследования особенностей и уровней нравственной воспитанности обучающихся с умственной отсталостью [8; 14]. Отмечается, что изучение овладения жизненными компетенциями «предполагает не столько количественные (парциальные), сколько качественные (непарциальные) формы оценки» [8, с. 3], что направляет наше исследовательское внимание на выявление феноменологии данного явления. Первоначально проведенное нами пилотное исследование показало принципиальную возможность изучения морально-нравственной сферы детей с интеллектуальной недостаточностью [16]. В связи с этим нами было предпринято дальнейшее исследование морально-нравственной сферы младших школьников с умственной отсталостью в легкой степени, воспитывающихся в различных условиях.

Материалы и методы исследования

Выборка. В исследовании приняли участие 77 детей младшего школьного возраста 7-10 лет. В первую группу вошли 28 учащихся с умственной отсталостью, воспитывающихся в условиях семьи (средний возраст – 9,1, ст. откл. – 0,9); вторую группу составили 27 детей с умственной отсталостью, воспитывающихся в институциональных условиях (средний возраст – 9,3, ст. откл. – 0,7); в третью группу было включено 22 учащихся общеобразовательной школы с нормотипичным развитием, воспитывающихся в семье (средний возраст – 7,4, ст. откл. – 0,8). Социальная ситуация в семьях не анализировалась.

В рамках исследования все дети прошли тест оценки уровня развития интеллекта Д. Векслера. У детей из первой и второй групп подтверждено снижение интеллекта (средний показатель IQ 68,9 и 67,7 соответственно). Третья группа в основном представлена нормативными значениями интеллекта (средний показатель IQ – 114,1).

Методики. С каждым ребенком проводилась индивидуальная структурированная беседа для выявления особенностей понимания детьми сущности морально-нравственных норм и поведения, а также их морально-нравственной самооценки.

Основу диагностического инструментария экспериментального исследования составили методики «Неоконченный рассказ» и «Коробки», описанные в работе Е.А. Винниковой и Е.С. Слепович, изучавших психологические механизмы становления морального поведения у детей с задержкой психического развития [2].

Методика «Неоконченный рассказ» направлена на исследование прогнозирования собственного поведения и поведения окружающих в ситуации морально-нравственного выбора. Детям предлагается закончить историю, имеющую следующий сюжет: *«Герой рассказа очень хочет мороженого. Он случайно находит на дороге деньги, на которые может его купить. В это время он встречает другого ребенка, который рассказывает, что он потерял деньги, на которые хотел купить мороженое...»*. Дети предполагают, как поведет себя герой рассказа и почему, а также отвечают на вопрос, как бы они сами повели себя в данной ситуации. Для того чтобы уточнить глубину понимания нравственной нормы, детям задавался дополнительный «провокационный» вопрос: *«Можно ли было поделить найденные деньги поровну?»*.

Кроме того, мы использовали рассказы из методики «Неоконченные рассказы» (Т.П. Гаврилова), направленной на изучение характера эмпатии [5]. Рассказы, по сути, представляют собой моральные дилеммы, решая которые герой оказывается перед необходимостью нравственного выбора между двумя возможностями: в пользу себя (эгоцентрической) или в пользу другого (гуманистической). Выбор ребенка проясняет его морально-нравственную позицию. Также применялись моральные дилеммы из методики «Закончи историю» (сост. И.Б. Дерманова) [6]. Пример одной из историй: *«Люба и Саша рисовали карандашами. Вдруг у Любы сломался карандаш. Люба спросила: «Саша, можно мне дорисовать картинку твоим карандашом?» Как он поступит? Почему? Как бы поступил ты? Почему?»*. Результаты по обеим методикам оценивались нами с точки зрения выбора ребенка. Критерии оценки: 0 баллов – предположение, что герой сделает выбор в пользу себя (эгоистический выбор), 1 балл – в пользу другого (альтруистический выбор). Далее подсчитывался суммарный показатель альтруистических выборов ребенка. Аналогично оценивались прогнозы детей в отношении себя. Таким образом, анализировались интегральные показатели альтруистических выборов в отношении себя и в отношении другого.

Методика «Коробки» направлена на изучение поведения ребенка в ситуации необходимости совершить морально-нравственный выбор. Детям предлагается разделить конфеты и игрушки между собой и другим (абстрактным) ребенком. Способ распределения сначала задается экспериментатором, а затем свободно определяется ребенком. В случае с заданным распределением ребенку предлагаются 2 варианта: выбрать либо коробку, в которой предметы разделены пополам (3/3), либо коробку, в которой предметы разделены неравно (3/5), и решить, кто получит большую часть. В случае свободного распределения ребенок получает набор экспериментального материала и может разделить игрушки и конфеты по своему желанию. Критерии оценки: 0 баллов – забирает большую часть себе (эгоистический выбор), 1 балл – делит поровну или отдает большую часть другому (альтруистический выбор).

Статистический анализ. Для статистической оценки данных в работе применялся критерий χ -квадрат и дисперсионный анализ (ANOVA). Дизайн анализа в каждом конкретном случае описан в соответствующих разделах результатов исследования. Статистический анализ проводился с использованием пакета STATISTICA 7.0 StatSoft Inc.

Результаты

Понимание морально-нравственных норм детьми с интеллектуальной недостаточностью

Результаты беседы анализировались с помощью качественных методов оценки по таким параметрам как полнота понимания морально-нравственной нормы и мотивов нравственного поведения, ориентация на оценку взрослого.

Во время беседы и выполнения экспериментальных заданий дети с умственной отсталостью, воспитывающиеся в семье, в большей мере искали поддержку со стороны экспериментатора, ожидали его похвалы или оценки. Дети-сироты в меньшей степени были ориентированы на оценку взрослого.

В результате бесед был выявлен недостаточный уровень представлений о содержании морально-нравственных норм у младших школьников с умственной отсталостью обеих групп. Их суждения в основном были поверхностны и конкретны. Дети шаблонно перечисляли основные правила: «не бить», «не ругаться», «не обзываться», «с другими надо делиться», «чужое брать нельзя» и т.д. При этом в большинстве случаев дети не могли объяснить основания этих правил. В качестве мотивов нравственного поведения прослеживалась тенденция избегания наказания или получения поощрения. Вести себя нравственно, по мнению детей первой и второй групп, надо потому, что тебя «хвалят», «не ругают», «дают сладости», «зарабатываешь бонусы, на которые можно купить какие-нибудь вещи» (дети, воспитывающиеся в интернате, получают бонусы за хорошее поведение).

В основном дети с умственной отсталостью, независимо от формы воспитания, руководствуются собственной выгодой, совершая «хорошие» поступки: «если я не буду делать добрые дела, то мне на день рождения ничего не подарят». Безнравственными, по мнению детей, являются поступки, когда другой «дерется», «обзывается», «ругается матом». Такие поступки нельзя совершать потому, что «это плохо», «накажут». Лишь несколько детей были способны на более глубокие суждения, например: «в следующий раз больше никто тебе не будет верить». Наблюдалось, что дети-сироты с умственной отсталостью чаще, чем дети, воспитывающиеся в домашних условиях, говорили о том, что за «плохие» поступки их могут «отправить в колонию» или «посадить в тюрьму».

Нормотипично развивающиеся дети достаточно свободно ориентируются в морально-нравственных понятиях и в большей степени обращаются к характеристикам личности: «честный», «добрый», «злой». Дети активно описывали свои чувства и переживания, связанные с морально-нравственными

асpekтами, оценивали последствия безнравственного поведения, например: «если все будут делать добрые поступки, помогать друг другу, говорить правду, во всем мире будет дружба, у всех будет хорошее настроение, а если все будут злые, может случиться война».

Отвечая на вопрос методики «Неоконченный рассказ» о том, как поступит герой рассказа, нашедший чужие деньги, во всех группах большинство детей предполагало, что герой вернет найденные деньги (см. табл. 1). При этом дети с умственной отсталостью, воспитывающиеся в интернате, чаще прогнозировали, что герой рассказа заберет деньги себе, чем нормативно развивающиеся дети, воспитывающиеся в семье ($\chi^2=5,84$; $p<0,05$). Различий между тремя группами при ответе на вопрос: «Как бы ты повел себя в данной ситуации?» (прогноз в отношении себя) получено не было ($p>0,05$). Практически все дети отвечали, что вернули бы деньги, т.е. повели бы себя нравственно.

Таблица 1

Процентное соотношение морально-нравственных выборов по методике «Неоконченный рассказ» (чужие деньги)

Группа	Прогноз					
	В отношении героя рассказа		В отношении себя		Поделить поровну	
	Заберет	Вернет	Заберет	Вернет	Да	Нет
Учащиеся с умственной отсталостью, воспитывающиеся в условиях семьи	22,3	77,7	3,2	96,8	48,2	51,8
Учащиеся с умственной отсталостью, воспитывающиеся в условиях интерната	39,3	60,7	10,7	89,3	53,6	46,4
Нормотипично развивающиеся школьники, воспитывающиеся в семье	9,1	90,9	0	100	4,5	95,5

При анализе ответов на дополнительный «провокационный» вопрос: «Можно ли было поделить найденные деньги поровну?» (см. столбец: «поделить поровну») оказалось, что половина детей с умственной отсталостью (независимо от формы воспитания) считает допустимым разделить найденные деньги поровну, в то время

как нормотипично развивающиеся дети дают отрицательный ответ. Анализ, проведенный с помощью критерия χ^2 , показал, что в группах детей с умственной отсталостью, как воспитывающихся в интернате, так и воспитывающихся в семье, процент ответов, допускающих возможность поделиться, значимо выше, чем в группе нормотипично развивающихся детей ($\chi^2=13,61$; $p=0,000$ и $\chi^2=12,77$; $p=0,000$ соответственно). Таким образом, дети с умственной отсталостью из обеих групп обнаруживают неполное понимание морально-нравственной нормы.

Дети с нормотипичным развитием демонстрировали четкое понимание того, что поделить чужие деньги было бы неправильно («потому, что это чужое»). Объясняя свою позицию, они чаще обращались к чувствам, которые, по их мнению, может испытывать герой рассказа, а также объясняли причины морального выбора на основании личных качеств героя. Например: «мальчику, который потерял деньги, будет плохо, его могут отругать», «если мальчик, который нашел деньги, добрый, он ему отдаст». У некоторых детей с умственной отсталостью из первой или второй группы в ответах присутствовали «двойные стандарты» в отношении морально-нравственного поведения («если у мальчика богатые родители, то можно деньги не отдавать, они ему и так купят мороженое», «если он очень хотел мороженого, то тогда можно забрать себе»).

Морально-нравственный выбор детей с интеллектуальной недостаточностью

Моральные дилеммы (методики «Неоконченные рассказы» и «Закончи историю») были представлены в коротких историях, в целом доступных для понимания детей с умственной отсталостью. Большинство детей из всех трех групп прогнозировали, что герой рассказа сделает выбор в пользу другого, т.е. поведет себя альтруистически. Интегральные показатели альтруистических выборов в отношении себя и в отношении другого по методикам представлены в таблице 2.

Тем не менее, дисперсионный анализ (независимая переменная: группа – дети с умственной отсталостью, воспитывающиеся в семье; дети с умственной отсталостью, воспитывающиеся в интернате; нормотипично развивающиеся дети; зависимая переменная – количество альтруистических выборов в отношении героя рассказа) показал, что между группами существуют значимые различия ($F(2,74)=8,96$, $p=0,000$). Согласно результатам дети с умственной отсталостью, воспитывающиеся в условиях интерната прогнозируют значимо меньше альтруистических выборов, чем дети с умственной отсталостью, воспитывающиеся в семье ($F(1,74)=16,1$, $p=0,000$), и нормотипично развивающиеся школьники, воспитывающиеся в семье ($F(1,74)=9,34$, $p=0,003$).

Различий между тремя группами по показателю прогнозирования в отношении себя выявлено не было ($p>0,05$). Все дети, принимавшие участие в исследовании, в большинстве случаев прогнозировали, что поведут себя альтруистически в ситуации морально-нравственного выбора.

Таблица 2

Среднее значение и стандартные отклонения оценок альтруистических выборов детей по методикам «Неоконченные рассказы» и «Закончи историю»

Группа	Среднее значение альтруистических выборов в отношении другого	Среднее значение альтруистических выборов в отношении себя
Учащиеся с умственной отсталостью, воспитываемые в условиях семьи	4,5±1,3	5,7±0,6
Учащиеся с умственной отсталостью, воспитываемые в условиях интерната	5,6±0,9	5,9±0,3
Нормотипично развивающиеся школьники, воспитываемые в семье	5,4±0,9	5,7±1,1

Эксперимент с распределением игрушек и конфет был призван оценить реальное поведение детей в условиях морально-нравственного выбора. Была проанализирована частотность «эгоистических» и «нравственных» выборов детей (см. табл. 3).

Оказалось, что в ситуации заданного выбора (ребенок решает, кому достанется большая часть игрушек/конфет) дети с нормотипичным развитием склонны чаще осуществлять нравственный (альтруистический) выбор, чем дети с умственной отсталостью (как воспитываемые в семье, так и в условиях интерната). Следует отметить, что это справедливо как в случае разделения игрушек ($\chi^2=8,18$; $p=0,004$ и $\chi^2=13,13$; $p=0,000$ соответственно), так и в случае распределения конфет ($\chi^2=9,90$; $p=0,002$ и $\chi^2=12,21$; $p=0,000$ соответственно).

Аналогичную ситуацию мы обнаружили, проанализировав поведение детей в ситуации свободного выбора, когда ребенок сам делит набор игрушек и конфет. Нормотипично развивающиеся дети значимо чаще демонстрировали нравственное (альтруистическое) поведение ($\chi^2=6,09$; $p=0,014$ для детей-сирот и $\chi^2=7,81$; $p=0,005$ для детей с умственной отсталостью, воспитываемых в семье).

Интересно отметить, что нормотипично развивающиеся дети в целом не меняли своего выбора в ситуации свободного и заданного распределения. Их выбор также не зависел от того, что им предлагали разделить – игрушки или конфеты, в то время как для детей с интеллектуальной недостаточностью было характерно менять свое решение в зависимости от того, что именно они распределяли. Например, дети-сироты при свободном распределении игрушек чаще склонялись в сторону нравственного выбора (разделить поровну или отдать другому), а при

свободном распределении конфет – к эгоистическому (брали бóльшую часть конфет себе).

Таблица 3

Процентное соотношение морально-нравственных выборов детей по методике «Коробки» (распределение игрушек и конфет)

Предметы	Игрушки		Конфеты	
	Заданное	Свободное	Заданное	Свободное
Способ распределения				
Выбор	НР / ЭГ	НР / ЭГ	НР / ЭГ	НР / ЭГ
Группы				
Учащиеся с умственной отсталостью, воспитываемые в условиях семьи	40,8 / 59,2	59,2 / 40,8	37 / 63	48,1 / 51,9
Учащиеся с умственной отсталостью, воспитываемые в условиях интерната	53,6 / 46,4	75 / 25	42,8 / 57,2	31,2 / 68,8
Нормотипично развивающиеся школьники, воспитываемые в семье	90,9 / 9,1	90,9 / 9,1	86,4 / 13,6	86,4 / 13,6

Примечание: НР – нравственный выбор (разделить поровну, отдать бóльшую часть другому); ЭГ – эгоистический выбор (взять бóльшую часть себе).

Обсуждение результатов

Практически по всем позициям были выявлены значимые различия между группой детей с нормотипичным развитием и группами детей с умственной отсталостью (независимо от условий воспитания).

В силу особенностей развития мышления и речи, а также вследствие ограниченности сферы жизненной компетенции дети с умственной отсталостью демонстрируют недостаточное понимание нравственных норм, а также мотивов морально-нравственного поведения. Дети в большей степени ориентированы на регуляцию извне: наказание, лишение чего-либо (игрушек, планшета) со стороны старших – учителей и родителей. Нормотипично развивающиеся дети

демонстрируют более глубокое понимание сути морально-нравственного поведения. Они обращаются к личностным качествам, чаще оперируют понятиями доброты, честности, дружбы, дают адекватную морально-нравственную оценку собственным поступкам.

Выявлены значимые различия между группами детей с умственной отсталостью по позиции прогнозирования нравственного поведения в ситуации морального выбора. Дети-сироты чаще прогнозируют, что кто-то другой может повести себя безнравственно. Возможно, это связано с их неблагоприятным социальным опытом.

Прогнозируя собственное поведение (методика «Неоконченные рассказы»), дети с умственной отсталостью из обеих групп считают, что поведут себя «альтруистически» в ситуации морального выбора. В реальном же поведении при распределении игрушек и конфет выборы детей выглядят иначе. Дети с умственной отсталостью независимо от условий воспитания в ситуации заданного выбора чаще выбирают варианты решения в свою пользу (эгоистический выбор). Здесь мы наблюдаем рассогласование между реальным и вербальным поведением у детей с интеллектуальной недостаточностью, которое также было отмечено в исследовании Е.А. Винниковой и Е.С. Слепович относительно морально-нравственной регуляции поведения детей с задержкой психического развития [3].

Выводы и заключение

Как показало проведенное нами исследование, младшим школьникам с интеллектуальной недостаточностью в целом доступно понимание основных морально-нравственных норм и категорий, хотя их представления отличаются конкретностью. Морально-нравственный выбор детей с умственной отсталостью осуществляется на основании имеющихся у них представлений о морально-нравственных нормах поведения и преимущественно связан с характером ожидания похвалы/наказания. Дети, воспитывающихся в институциональных условиях, чаще прогнозируют, что другой ребенок поведет себя безнравственно в ситуации морально-нравственного выбора. У детей с умственной отсталостью наблюдается рассогласование между вербальным прогнозом своего поведения и реальным поведением в ситуации морально-нравственного выбора.

Следует отметить, что направленность ответов детей с интеллектуальной недостаточностью во многом зависит от того, как поставлен вопрос, какой стимульный материал предъявлен. При диагностике развития морально-нравственной сферы важно подбирать проблемные ситуации, препятствующие стереотипному или социально одобряемому поведению ребенка. В дальнейших исследованиях необходимо учитывать социальную ситуацию развития детей.

Таким образом, проведенное сравнительное исследование показало как количественные, так и качественные различия в исследуемых параметрах у детей с умственной отсталостью, воспитывающихся в различных условиях, что в определенной степени раскрывает механизмы формирования морально-

нравственной сферы при интеллектуальной недостаточности. Нам удалось выявить феноменологию морально-нравственного развития данной категории детей, которая может послужить основой для дальнейших исследований.

Полученные данные подтверждают необходимость направленного формирования морально-нравственного компонента жизненной компетенции в младшем школьном возрасте на основе связи с содержанием внутреннего переживания в деятельностном аспекте. В свое время нами была предложена программа подготовки к самостоятельной жизни умственно отсталых воспитанников школы-интерната [16; 17]. В некоторых случаях ее целесообразно использовать как основу разработки программы сопровождения становления жизненной компетентности детей с интеллектуальной недостаточностью младшего школьного возраста.

Литература

1. Бабкина Н.В. Жизненные компетенции как неотъемлемая составляющая содержания образования детей с задержкой психического развития [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 1. С. 138–156. DOI: 10.17759/psyclin.2017060109 (дата обращения: 24.05.2020).
2. Белкин А.С. Нравственное воспитание учащихся вспомогательной школы: Учебное пособие для студентов пед. институтов. М.: Просвещение, 1977. 112 с.
3. Винникова Е.А., Слепович Е.С. О психологических механизмах становления морального поведения у детей с задержкой психического развития // Дефектология. 1999. № 1. С. 18–24.
4. Выготский Л.С. К психологии и педагогике детской дефективности / Проблемы дефектологии: Сборник работ. М.: Просвещение, 1995. С. 19–40.
5. Выготский Л.С. К вопросу о динамике детского характера / Собр. соч. в 6 т. Т. 5. М.: Педагогика, 1983. С. 153–165.
6. Гаврилова Т.П. Экспериментальное изучение эмпатии у детей младшего и среднего школьного возраста // Вопросы психологии. 1974. № 5. С. 107–114.
7. Диагностика эмоционально-нравственного развития / Под ред. И.Б. Дерманова. СПб.: Речь, 2002. 176 с.
8. Евтушенко Е.А., Евтушенко И.В. К оценке уровня нравственной воспитанности обучающихся с умственной отсталостью // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 2. URL: <http://www.science-education.ru/article/view?id=24421> (дата обращения: 24.05.2020).
9. Замский Х.С. Умственно отсталые дети: История их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века. М.: НПО «Образование», 1995. 400 с.

Щербакова А.М., Лыкова Н.С. Экспериментальное изучение особенностей морально-нравственных представлений и морально-нравственной регуляции поведения детей с интеллектуальной недостаточностью
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 213–228.

Shcherbakova A.M., Lykova N.S. Experimental Study of the Features of Moral Concepts and Moral Regulation of Behavior of Children with Intellectual Disability
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 213–228.

10. Инденбаум Е.Л., Гостар А.А., Позднякова И.О., и др. Проблемы оценки личностных результатов образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и возможные подходы к их решению // Дефектология. 2017. № 6. С. 10–21.
11. Концепция Специального Федерального государственного образовательного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья / сост. Н.Н. Малофеев, О.И. Кукушкина, О.С. Никольская, Е.Л. Гончарова.) М.: Просвещение, 2013. 42 с.
12. Коробейников И.А., Инденбаум Е.Л. Мониторинг жизненной компетенции обучающихся с легкой умственной отсталостью: проблемные аспекты и пути решения // Дефектология. 2018. № 4. С. 13–21.
13. Коробейников И.А. Особенности социализации детей с легкими формами психического недоразвития: Автореф. дисс... докт. психол наук. М., 1997. 41 с.
14. ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями). Приказ Минобрнауки об утверждении ФГОС № 1599 от 19.12.2014.
15. Шнайдер Н.А. Особенности нравственного развития детей с умственной отсталостью // Специальное образование. 2013. Том. 30. № 2. С. 98–105.
16. Щербакова А.М., Лыкова Н.С. Экспериментальный подход к изучению морально-нравственной сферы детей с умственной отсталостью // Электронный журнал Психологическая наука и образование PSYEDU.ru. 2011. Том 16. № 5. URL: <https://psyjournals.ru/psyedu/2011/n5/48719.shtml> (дата обращения: 24.05.2020).
17. Щербакова А.М., Москоленко Н.В. Подготовка воспитанников-сирот с проблемами интеллектуального развития к самостоятельной жизни // Дефектология. 2006. № 1. С. 47–53.
18. Щербакова А.М., Москоленко Н.В. Формирование социальной компетентности у учащихся старших классов специальных образовательных учреждений VIII вида (вып. 2) // Дефектология. 2001. № 4. С. 31–36.

References

1. Babkina N.V. Zhiznennye kompetentsii kak neot"emlemaya sostavlyayushchaya soderzhaniya obrazovaniya detei s zaderzhkoi psikhicheskogo razvitiya [Life Competences as Integral Part of Educational Context for Children with Learning Delay]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2017 vol. 6, no. 1, pp. 138–156. DOI: 10.17759/psyclin. 2017060109 (In Russ., Abstr. in Engl.).
2. Belkin A.S. Nравstvennoe vospitanie uchashchikhsya vspomogatel'noi shkoly: Uchebnoe posobie dlya studentov ped. institutov [Moral education of mentally retarded students: study guide for student teachers.] Moscow: Prosveshchenie, 1977. 112 p. (In Russ.).

3. Vinnikova E.A., Slepovich E.S. O psikhologicheskikh mekhanizmax stanovleniya moral'nogo povedeniya u detei s zaderzhkoi psikhicheskogo razvitiya [The psychological mechanisms of the formation of moral behavior in children with mental retardation.]. *Defektologiya=Defectology*, 1999, no. 1, pp. 18–24. (In Russ., Abstr. in Engl.).
4. Vygotskii L.S. K psikhologii i pedagogike detskoj defektivnosti. Problemy defektologii [To the psychology and pedagogy of children's defectiveness. Problem of Defectology: Collection of works]. Moscow: Prosveshchenie, 1995, pp. 19–40. (In Russ.)
5. Vygotskii L.S. K voprosu o dinamike detskogo kharaktera. Sobr. soch. [On the issue of children's character dynamics. Collected works.], vol. 5. Moscow: Pedagogika, 1983. pp. 153–165. (In Russ.).
6. Gavrilova T.P. Eksperimental'noe izuchenie empatii u detei mladshogo i srednego shkol'nogo vozrasta [Experimental study of empathy in children of primary and secondary school age.]. *Voprosy psikhologii= Psychology issues*, 1974, no. 5, pp. 107–114. (In Russ.).
7. Diagnostika emotsional'no-nravstvennogo razvitiya [Diagnosis of emotional and moral development.] / I.B. Dermanova (ed). Saint-Petersburg.: Rech', 2002. 176 p. (In Russ.).
8. Evtushenko E.A., Evtushenko I.V. K otsenke urovnya нравstvennoi vospitannosti obuchayushchikhsya s umstvennoi otstalost'yu [Assessment of the level of moral education of students with mental retardation]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya= Modern Problems of Science and Education*, 2016, no. 2. Available at: www.science-education.ru/article/view?id=24421 (Accessed: 24.05.2020). (In Russ.).
9. Zamskii X.S. Umstvenno otstalye deti: Istoriya ikh izucheniya, vospitaniya i obucheniya s drevnikh vremen do serediny XX veka. [Mentally retarded children: The history of study, education and training from ancient times to the middle of the 20th century] Moscow: NPO «Obrazovanie», 1995. 400 p. (In Russ.).
10. Indenbaum E.L., Gostar A.A., Pozdnyakova I.O., et al. Problemy otsenki lichnostnykh rezul'tatov obrazovaniya obuchayushchikhsya s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya i vozmozhnye podkhody k ikh resheniyu [Problems of assessing the personal results of education of students with disabilities and possible approaches to solving them]. *Defektologiya=Defectology*, 2017, no. 6, pp. 10–21. (In Russ., Abstr. in Engl.).
11. Kontseptsiya Spetsial'nogo Federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo standarta dlya detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [Concept of the Special Federal State Educational Standard for Children with Disabilities]. N.N. Malofeev, O.I. Kukushkina, O.S. Nikol'skaya, E.L. Goncharova (eds.). Moscow: Prosveshchenie, 2013. 42 p. (In Russ.).
12. Korobeinikov I.A., Indenbaum E.L. Monitoring zhiznennoi kompetentsii obuchayushchikhsya s legkoi umstvennoi otstalost'yu: problemnye aspekty i puti resheniya

Щербакова А.М., Лыкова Н.С. Экспериментальное изучение особенностей морально-нравственных представлений и морально-нравственной регуляции поведения детей с интеллектуальной недостаточностью
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 213–228.

Shcherbakova A.M., Lykova N.S. Experimental Study of the Features of Moral Concepts and Moral Regulation of Behavior of Children with Intellectual Disability
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 213–228.

[Monitoring the life competence of students with mild mental retardation: problematic aspects and solutions]. *Defektologiya=Defectology*, 2018, no 4, pp. 13–21. (In Russ., Abstr. in Engl.).

13. Korobeinikov I.A. Osobennosti sotsializatsii detei s legkimi formami psikhicheskogo nedorazvitiya Avtopef. diss. kand. psikhol. nauk [Socialization of children with mild mental retardation. Ph. D. (Psychology) Thesis]. Moscow, 1997. 41 p. (In Russ.).

14. FGOS obrazovaniya obuchayushchikhsya s umstvennoi otstalost'yu (intellektual'nymi narusheniyami). Prikaz Minobrnauki ob utverzhdenii FGOS № 1599 ot 19.12.2014 [FGES education of students with mental retardation (intellectual disabilities)/ Ministry of Education and Science approval FGES № 1599 dated 19.12.2014] (In Russ.).

15. Shneider N.A. Osobennosti nraavstvennogo razvitiya detei s umstvennoi otstalost'yu [Moral development of children with mental retardation]. *Spetsial'noe obrazovanie=Special Education*, 2013, vol. 30, no. 2, pp. 98–105.

16. Shcherbakova A.M., Lykova N.S. Eksperimental'nyi podkhod k izucheniyu moral'no-nraavstvennoi sfery detei s umstvennoi otstalost'yu [Experimental approach to studying moral and ethical sphere of mentally retarded children]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie= Psychological Science and Education*, 2011, vol. 16, no. 5. Available at: <https://psyjournals.ru/psyedu/2011/n5/48719.shtml> (Accessed: 24.05.2020). (In Russ., Abstr. in Engl.).

17. Shcherbakova A.M., Moskolenko N.V. Podgotovka vospitannikov-sirot s problemami intellektual'nogo razvitiya k samostoyatel'noi zhizni [Training mentally retarded orphans for an independent life]. *Defektologiya=Defectology*, 2006, no. 1, pp. 47–53. (In Russ.).

18. Shcherbakova A.M., Moskolenko N.V. Formirovanie sotsial'noi kompetentnosti u uchashchikhsya starshikh klassov spetsial'nykh obrazovatel'nykh uchrezhdenii VIII vida (vyp. 2) [Formation of social competence students of special educational institutions of the VIII type]. *Defektologiya=Defectology*, 2001, no. 4, pp. 31–36. (In Russ.).

Информация об авторах

Щербакова Анна Михайловна, кандидат педагогических наук, профессор кафедры специальной психологии и реабилитологии факультета клинической и специальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8932-4102>, e-mail: psy-rehab@yandex.ru

Лыкова Наталья Сергеевна, магистр психолого-педагогического образования, старший преподаватель кафедры специальной психологии и реабилитологии факультета клинической и специальной психологии Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4159-5560>, e-mail: likovans@gmail.com

Щербакова А.М., Лыкова Н.С. Экспериментальное изучение особенностей морально-нравственных представлений и морально-нравственной регуляции поведения детей с интеллектуальной недостаточностью
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 213–228.

Shcherbakova A.M., Lykova N.S. Experimental Study of the Features of Moral Concepts and Moral Regulation of Behavior of Children with Intellectual Disability
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 213–228.

Information about the authors

Anna M. Shcherbakova, PhD in Education, Professor, Chair of Special Psychology & Rehabilitation, Faculty of Clinical & Special Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8932-4102>, e-mail: psy-rehab@yandex.ru

Natalya S. Lykova, magister, senior lecturer, Chair of Special Psychology & Rehabilitation, Faculty of Clinical & Special Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4159-5560>, e-mail: likovans@gmail.com

Получена: 07.10.2019

Received: 07.10.2019

Принята в печать: 05.05.2020

Accepted: 05.05.2020

Нарушение движений в структуре разных видов психической деятельности у ребенка с опсоклонус-миоклонус синдромом

Федорова Ю.Н.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет имени
Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова), г. Москва,
Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1906-3234>, e-mail: yulka_fedorova_n@mail.ru*

Микадзе Ю.В.

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8137-9611>, e-mail: ymikadze@yandex.ru*

Бурлакова Н.С.

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова
(ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7244-6509>, e-mail: naburlakova@yandex.ru*

Ильина Е.С.

*Российская детская клиническая больница (ОСП РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ
им. Н.И. Пирогова), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5496-605X>, e-mail: doctorelena2008@yandex.ru*

Опсоклонус-миоклонус синдром (ОМС) – очень редкое неврологическое заболевание, в большинстве случаев дебютирующее в раннем возрасте и характеризующееся рецидивирующим течением. У подавляющей части пациентов с ОМС наряду с тяжелыми нарушениями, приводящими к утрате исходно правильно сформированных двигательных навыков, наблюдаются пролонгированные нарушения психоречевого развития и эмоционально-поведенческие особенности. Двигательные нарушения при ОМС, оказывают влияние на нормативный ход психического развития и в ряде случаев на длительное время подчиняют жизнь ребенка новым условиям. В статье представлен анализ случая ребенка с ОМС, рассматриваются особенности нарушений движений в структуре разных видов психической деятельности при данном заболевании. С опорой на теоретические положения психофизиологической концепции уровневого построения движений (Н.А. Бернштейна) предпринимается попытка обсуждения первичных нарушений

Федорова Ю.Н., Микадзе Ю.В., Бурлакова Н.С. и др.
Нарушение движений в структуре разных видов
психической деятельности у ребенка
с опсоклонус-миоклонус синдромом
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 229–245.

Fedorova I.N., Mikadze Yu.V., Burlakova N.S., et al.
Movement Disorders in the Structure of the
Different Mental Processes Types in Child
with Opsoclonus-Myoclonus Syndrome
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 229–245.

движений в психическом развитии ребенка с ОМС, а также вторичных и третичных следствий этих нарушений. Выявленный дисбаланс, отражающий сохранность высших уровней построения движений и нарушение низших, позволит в дальнейшем перейти к более точному анализу механизмов нарушений психической деятельности у детей с ОМС.

Ключевые слова: нарушение психического развития в детском возрасте, нарушение движений у детей с неврологическим заболеванием, концепция уровней координации движений (Н.А. Бернштейн), опсоклонус-миоклонус синдром.

Для цитаты: Федорова Ю.Н., Микадзе Ю.В., Бурлакова Н.С. и др. Нарушение движений в структуре разных видов психической деятельности у ребенка с опсоклонус-миоклонус синдромом [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 229–245. DOI: 10.17759/cpse.2020090212

Movement Disorders in the Structure of the Different Mental Processes Types in Child with Opsoclonus-Myoclonus Syndrome

Iuliia N. Fedorova

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1906-3234>, e-mail: yulka_fedorova_n@mail.ru

Yuriy V. Mikadze

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8137-9611>, e-mail: ymikadze@yandex.ru

Natalia S. Burlakova

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7244-6509>, e-mail: naburlakova@yandex.ru

Elena S. Ilyina

Russian Children's Clinical Hospital, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5496-605X>, e-mail: doctorelena2008@yandex.ru

Opsoclonus-myoclonus syndrome (OMS) is a rare and often relapsing neurologic illness with onset in early childhood. Patients with OMS have longitudinal mental development disturbances and features of emotional and behavioral state. Interruption of the normative

mental development is determined by movement disorders (primary defect), which establish new conditions for child's life for a long time. Case study of the child with OMS and the discussion of movement disorders in the structure of the different mental processes types in this disease are presented. Movement disorders (primary defect) and their effects (secondary and other defects) affecting mental development are discussed (based on the levels of movements coordination concept by N.A. Bernstein). The research detects mismatch between levels of movements coordination (intactness of higher levels and disturbance of lower levels), which important for prospective analysis of the mental disorders mechanisms in children with OMS.

Keywords: mental development disturbances in children, movement disorders in children with neurologic illness, levels of movements coordination concept (N.A. Bernstein), opsoclonus-myoclonus syndrome.

For citation: Fedorova I.N., Mikadze Yu.V., Burlakova N.S., et al. Movement Disorders in the Structure of the Different Mental Processes Types in Child with Opsoclonus-Myoclonus Syndrome. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 2, pp. 229–245. DOI: 10.17759/cpse.2020090212 (In Russ.)

Введение

Опсоклонус-миоклонус синдром (ОМС) – редкое неврологическое заболевание, возникающее преимущественно у детей раннего возраста, характеризующееся острым началом и часто рецидивирующим течением. Средний возраст детей на момент дебюта заболевания составляет 1,5-2 года. Подавляющее большинство таких детей до начала ОМС не имеет неврологических заболеваний и развивается в соответствии с возрастом. В настоящее время установлено, что патогенез ОМС обусловлен нарушениями иммунной системы. [23]. Около 50% детей с ОМС имеют опухоли симпатической нервной системы (нейробластома, ганглионейробластома или ганглионейрома) – паранеопластический вариант ОМС. Дебюту ОМС часто предшествуют инфекционные заболевания или вакцинация, что позволяет многим авторам выделять такие случаи в отдельный параинфекционный вариант ОМС. Следует отметить, что наличие связи инфекционного заболевания и/или вакцинации с развитием симптомов ОМС в данных случаях не исключает наличия опухолевого процесса, поэтому всем детям с ОМС проводится динамическое обследование, направленное на исключение опухоли. В ряде случаев провоцирующие развитие ОМС факторы отсутствуют.

Классическая клиническая картина ОМС включает по крайней мере три из приведенных ниже симптомов:

- остро, реже подостро, возникшая атаксия;
- опсоклонус – быстрые, разнонаправленные хаотичные движения глаз различной амплитуды, часто усиливаются при фиксации взгляда. Симптом достаточно специфичный, и некоторые авторы описывали его как симптом «танцующих глаз»;

- миоклонус (подергивание рук и ног, туловища, лица);
- нарушение сна, поведения.

У всех детей с ОМС отмечаются нарушения той или иной степени доступных ранее движений, в тяжелых случаях – вплоть до полной утраты навыков ходьбы и сидения. Заболевание требует достаточно длительного времени лечения, иногда до 2-х лет и более, однако двигательные нарушения в большинстве случаев практически полностью регрессируют [19; 21]. Данные немногочисленных клинических исследований показывают, что только в единичных случаях отмечается близкий к нормативному уровень психического развития [17; 22], а подавляющее большинство детей с ОМС демонстрирует пролонгированные нарушения в психическом развитии и эмоционально-поведенческие особенности [4; 6; 11; 14; 15; 25]. Очевидно, что двигательные проблемы при ОМС зачастую на длительный срок подчиняют жизнь ребенка новым условиям существования в социуме. Вопросы о том, как встраиваются имеющиеся двигательные нарушения в разные виды активности ребенка с ОМС и как они далее реорганизуют его психическую жизнь, остаются открытыми. Обсуждение разных типов психической деятельности ребенка с ОМС с точки зрения особенностей влияния на них двигательных нарушений является **целью** данной статьи.

Феноменология нарушений движений у детей очень многообразна. Двигательные сложности отмечаются при таких вариантах дизонтогенетического развития, как задержка психического развития, умственная отсталость, расстройства аутистического спектра, определяя «моторный тип» особого ребенка [13]. Нарушения движений отмечаются при повреждениях мозжечка и проявляются при реализации общих задач поддержания вертикального положения и перемещения в пространстве (атактические нарушения). Поражение мозжечка и его связей приводит и к нарушению ряда психических процессов, а также нарушениям речи в виде дизартрии (моторный компонент), скандированности (динамический компонент) [20]. По сравнению со здоровыми сверстниками дети с координаторными сложностями демонстрируют более длительное время реакции, тратят большее количество времени на выполнение программ движений, как правило, без нарушений самой возможности их реализации [26]. Ребенок с данными трудностями в состоянии правильно использовать кинестетическую и зрительную информацию при воплощении двигательных программ и корректировке движений, но испытывает затруднения, когда программа становится сложнее [18; 24]. Отмечаются индивидуальные различия таких пациентов: у некоторых детей вне зависимости от степени двигательных нарушений может и не быть существенных трудностей с выполнением целенаправленных движений. В других случаях сложности связаны с программированием ответа, реализацией этапов обработки поступающей зрительной и кинестетической информации, что в свою очередь влияет на возможность корректировки движения. Несмотря на то что диапазон произвольных движений таких детей может быть сильно ограничен, отмечается способность программировать контекстуально уместные и адекватные движения, так же, как и у здоровых сверстников. Таким образом, наблюдается бóльшая или меньшая

ограниченность того или иного компонента уровневой организации двигательной задачи в процессе ее воплощения.

Неврологическая симптоматика при ОМС очень ярко проявляется на уровне именно двигательных функций в виде резко нарастающей атаксии вплоть до невозможности самостоятельно поддерживать вертикальное положение, произвольных миоклонических подергиваний мышц рук и ног ребенка, что в еще большей степени ограничивает реализацию двигательных навыков малыша. В соответствии со взглядами отечественных исследователей, первичный дефект (в случае ОМС ярко представленный в виде глобальных двигательных нарушений) пронизывает все виды психической активности ребенка, определяя вторичные и третичные следствия первичного дефекта, как на когнитивном, так и на поведенческом, личностном и в более широком контексте социальном уровнях [3; 6; 7; 9]. Такой способ анализа структуры нарушений является традиционным для отечественной клинической психологии, и, с нашей точки зрения, представляется важным на этапе первичного осмысления патопсихологического синдрома (и его нейропсихологического содержания) при таком редком неврологическом заболевании, как ОМС.

Необходимой задачей на начальном этапе анализа клинико-психологической картины ОМС является феноменологическое, по возможности полное, представление наблюдаемых особенностей ребенка [9]. Описание разных видов психической деятельности с последующим смещением к анализу нарушенных и сохранных уровней координации самого движения у такого ребенка позволит в будущем перейти к более детальному обсуждению структуры первичных и вторичных нарушений в психическом развитии и, соответственно, к более глубокому пониманию патопсихологического синдрома. Для реализации данной задачи мы будем опираться на теоретические положения психофизиологической концепции уровневого построения движений Н.А. Бернштейна [1], которая является наиболее фундированной и теоретически обоснованной. Данная концепция рассматривает движение взрослого человека как сложно организованный акт, включающий работу нескольких уровней, но с определенными допущениями применима к исследованию организации движений у ребенка. Обоснуем наше предположение. Первоначальные двигательные навыки (держат голову, сидеть, стоять и ходить) определяются, с одной стороны, общими первичными позотоническими автоматизмами, а также становятся предпосылкой для овладения информацией об окружающем пространстве. Постепенное двигательное совершенствование способствует более активному включению моторного компонента в другие психические функции, такие как зрительное и слухоречевое восприятие, сенсомоторные функции, речь. Формирование иерархической организации моторной системы ведет в сторону все большей дифференциации ведущего уровня, который, при должной работе всех остальных, обеспечивает вовлечение в работу и контроль в функционировании нижележащих уровней. Таким образом, сформированность и состояние двигательной функции становятся необходимым условием благополучия целого ряда других функций, включающих в свой состав моторный компонент. С другой стороны, необходимо помнить, что «решительно все в поведении младенца вплетено и воткано в социальное» [2, с. 57].

Раннее развитие ребенка происходит в тесном телесном и эмоциональном контакте с матерью, которая первоначально сама по себе представляет и первый перцептивный образ, и образ-действие. Далее, встраиваясь в коммуникацию с малышом, она является образцом для подражания многих первоначальных движений и действий с предметами. Обозначение действий взрослым в общении с ребенком подготавливает основу для формирования внутреннего, зрительно-кинестетического, затем речевого и более абстрактного планов движений и действий малыша [3; 5; 8], внутренних моделей того, что и как нужно сделать [16]. Таким образом, символическая активность ребенка появляется раньше способности говорить, писать и читать, и это позволяет предположить, что наличие высших координаторных уровней в онтогенезе (уровень D и E) может проявиться еще до формирования полноценных операциональных возможностей ребенка.

Прежде чем приступить к обсуждению клинического случая выдвинем ряд предположений:

1. в психическом развитии ребенка с ОМС можно выявить как первичные нарушения движений, так и вторичные и третичные следствия этих нарушений;
2. нарушения движений будут наблюдаться в разных видах психической деятельности ребенка с ОМС, что позволит обсудить возникающий дисбаланс между уровнями их организации (по Н.А. Бернштейну).

Случай А. М.

Нами проведено патопсихологическое обследование мальчика А.М., 3 г. 5 мес., с диагнозом «идиопатический опсоклонус-миоклонус синдром». Ребенок находился на обследовании в отделении психоневрологии № 2 ОСП РДКБ ФГАОУ РНИМУ имени Н.И. Пирогова. Исследование проводилось в апреле 2017 года, через 10 месяцев после начала заболевания. Нами были использованы следующие методы: анализ анамнестических данных со слов матери, данные медицинской документации пациента, исследование неврологического статуса, патопсихологическое обследование [12], наблюдение за поведением ребенка в контексте обследования. Обследование проходило в отдельном кабинете, в присутствии матери.

Анамнез жизни. Ребенок от первой беременности, первых родов. Беременность протекала физиологически. Возраст матери и отца на момент рождения – 24 года, наследственный анамнез неотягощен. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Роды самостоятельные, на 35 неделе, первый из двойни (брат здоров). Масса тела при рождении 2200 г, длина тела 47 см. Ранний неонатальный период протекал удовлетворительно. До дебюта ОМС мальчик развивался соответственно возрасту, владел всеми доступными для своего возраста навыками самообслуживания, хорошо говорил.

Анамнез заболевания. Ребенок болен с начала июня 2016 г. (возраст 2 г. 7 мес. на момент начала болезни). Накануне дебюта заболевания ребенок контактировал с братом, болевшим ОРВИ с повышением температуры тела, катаральными явлениями, однако оставался здоровым. Через несколько дней, после пробуждения

утром, появилась шаткость походки, на следующий день стал падать при ходьбе. В течение последующих семи дней двигательные нарушения прогрессировали, ребенок перестал самостоятельно ходить, стоять, сидеть, практически перестал говорить. Мальчик впервые поступил в отделение психоневрологии № 2 (РДКБ) в октябре 2016 г. При поступлении степень синдрома ОМС оценивалась как тяжелая. Объективно это выражалось в том, что ребенок не мог ходить с поддержкой (передвигался только на четвереньках), выраженный фрагментарный миоклонус отмечался в периоды бодрствования и во время сна. Мальчик не спал днем, был очень беспокойным и возбудимым, периодически возникали трудно купируемые эпизоды агрессивного поведения в адрес матери. Ребенок перестал пользоваться ложкой из-за выраженного миоклонуса в мышцах руки и промахивания при попытке поднесения ложки ко рту. На фоне лечения в течение трех месяцев вначале последовало небольшое улучшение (уменьшение опсоклонуса, появление возможности ходить с поддержкой за руку при сохранении атаксии и миоклонуса, возбудимости и агрессивности), а затем ухудшение вплоть до невозможности ходить даже с поддержкой. Получал медикаментозную терапию. Течение заболевания волнообразное: с момента дебюта отмечено как минимум 5 эпизодов, связанных с нарастанием неврологической симптоматики (с психологической точки зрения важен учет всех эпизодов нарушений движений). На момент обследования ребенок получал этапное лечение (глюкокортикоиды, высокодозный иммуноглобулин для внутривенного введения).

В неврологическом статусе на момент обследования обращало на себя внимание наличие среднеамплитудного, умеренно выраженного опсоклонуса, альтернирующего сходящегося косоглазия (хуже слева), умеренно выраженного слюнотечения с повышением глоточных рефлексов. В двигательной сфере: самостоятельно ходить не может, передвигается на четвереньках. Выраженная статическая и динамическая атаксия как в положении стоя или сидя, так и в положении на четвереньках. Миоклонус усиливает нестабильность туловища и конечностей, определяя значительные сложности при переходе из положения лежа в положение сидя и при вставании у опоры, при манипуляциях с предметами. Миоклонус отмечается также в мышцах лица и шеи. Мышечный тонус дистоничен с преобладанием гипотонии. Речь в виде простых фраз, скандированная. Повышена возбудимость, сон нарушен, отмечаются периоды немотивированного возбуждения с агрессией по отношению к матери.

Результаты и обсуждение

В соответствии с психофизиологической концепцией построения движений Н.А. Бернштейном выделяется 5 уровней организации движений. В психологическом аспекте эти уровни рассматриваются как А – уровень готовности к выполнению действия, В – уровень синергии и штампов, С – целевой уровень; Д – уровень предметных действий; Е – уровень символической организации и регуляции выполнения действия. При оценке двигательных нарушений мальчика с ОМС мы двигались от самого простого уровня (А) к самому сложному (Е), последовательно рассматривая феноменологию нарушенных и сохраненных уровней в разных видах активности. В начале обращали внимание на общие позотонические особенности,

фокусируя внимание непосредственно на специфике владения ребенком своим телом (А, В), а затем переходили к рассмотрению особенностей владения окружающим физическим пространством (С), предметными действиями (D) и символической деятельностью (Е). Рассматривая разные типы активности ребенка в процессе обследования (взаимодействие со взрослым, ориентировочная деятельность, выполнение конкретных заданий), мы обращали внимание на то, какие уровни координации движения страдали первично и какие нарушения фоновых уровней отмечались при той или иной деятельности. Применительно к уровням координации движений мы использовали слова «нарушение», «частичная дисфункция», «недостаточность» в одном значении, подразумевая *изменение* работы конкретного уровня (обусловленное как функциональными изменениями в организме ребенка, так и изменениями в работе других уровней) при определенном типе активности.

1. Отмечаются нарушения на уровне общей готовности к активности, выявляются нарушения тонуса с преобладанием гипотонии, особенно заметные в позе сидения.

Также отмечаются нарушение локомоторной функции, трудности синтеза проприоцептивных афферентаций в двигательный комплекс и, как следствие, последующая компенсация за счет встраивания в локомоцию внешних средств, утрата пластичности движений, что в свою очередь свидетельствует о недостаточности уровня В (синергии).

При попадании в кабинет и будучи усаженным на коленях у матери, мальчик постепенно обращается к игрушкам, что требует внутреннего усилия, инициации личной активности. В положении сидя ребенок пошатывается, но может сидеть, периодически давая себе отдохнуть (откидывается назад) (А).

Ребенок не может ходить самостоятельно, данную функцию выполняет мать (переносит мальчика на руках). Мальчик может пытаться двигаться самостоятельно только с помощью опоры (стулья, стены и пр.) либо за одну руку взрослого. Ходьба напоминает совершение чрезмерного усилия, постоянное преодоление невидимых для наблюдателя препятствий (отмечается шаткость, ребенок раскидывает ноги врозь, корпус слегка наклонен вперед), стремление как бы собрать в единый ансамбль непослушные части тела (В). Мальчик в состоянии поддерживать позу даже во время неуверенного стояния, что свидетельствует о достаточности тонуса в мышцах и о частичной сохранности уровня А. Вероятно, возможность передвигаться у ребенка потенциально сохранна и страдает вторично в силу распада более высокого уровня, который отвечает за приспособление тела к пространству и его характеристикам.

2. Отмечается частичная сохранность уровня С (пространственное поле), что выражается в приспособлении к окружающему пространству с опорой на ориентировочные реакции, сохранности в движениях ребенка целевой направленности в совокупности с трудностями реализации исполнительных, эфферентных действий, которые выполняются в замедленном темпе.

Зона самостоятельной активности ребенка резко ограничена, но мальчик тем не менее проявляет элементы спонтанности. В процессе наблюдения мы отметили, что ребенок действует в замедленном, доступном для себя режиме, а сама активность носит целенаправленный, встроенный в ситуацию характер. Мальчик демонстрирует исследовательскую деятельность в доступных для себя пределах. В состоянии дискомфорта (на фоне усталости в конце обследования) отмечается усиление двигательного беспокойства (ребенок потирает глаза, наклоняет голову назад, хочет встать на пол, походить, но стоит около мамы, держится за ее руку, стол, так как большее операционально недоступно). Темп всей активности мальчика равномерно медленный (при поворотах головы, в движениях корпуса, в процессе совершения манипуляций с разными предметами, эмоциональных проявлениях, переключении взора). Явления атаксии свидетельствуют о частичном нарушении работы данного уровня. В этом смысле ходьба (В), вероятно, страдает вторично в силу нарушения необходимых афферентаций уровня С.

3. Отмечается сохранность уровня D (предметные действия). При этом наблюдаются явления миоклонуса (первичная составляющая нарушений двигательных действий – А), но его интенсивность проявляется по-разному, в зависимости от той или иной характеристики предметного действия, в виде:

- *трудностей реализации плавного движения во времени, неловких, насильственных движений, нарушения ритмической динамики движения вследствие нарушения таламических афферентаций (В);*
- *усиления миоклонуса в связи с приближением к цели (С).*

С психологической точки зрения наблюдается сложная комбинация «борьбы сил»: ребенок, с одной стороны, пытается совладать с инерционными силами (которые, например, тянут руку вниз под воздействием силы тяжести), а с другой стороны, явно присутствует интенция достигнуть цели, куда в свою очередь включаются как непосредственный интерес ребенка к заданию, так и сила привычки.

Мальчик оперирует предметами в соответствии с усвоенными представлениями о возможных действиях с ними. Активность ребенка носит целенаправленный, встроенный в ситуацию характер. Движение, которое ребенок желает осуществить в отношении предмета, содержит в себе мысленный образ нужного действия (при копировании и самостоятельном рисовании ребенок верно располагает карандаш в руке и бумагу). Результаты выполнения заданий с досками Сегена и кубиками Кооса также подтверждают данное положение. Так, мы видим, что мальчику доступно собирание простой доски с незначительной вербальной проблематизирующей помощью взрослого. С некоторыми фигурками ребенок справляется не с первого раза, иногда путает похожие (часики и яблоко, матрешка и елочка), в остальных случаях с первого раза верно ориентирует деталь. При складывании двойных фигур быстро справляется с равноразделенными фигурами, с фигурами, состоящими из разноразмерных частей, справляется при помощи взрослого (тактильное опосредование, инструментальная помощь путем вкладывания одной детали, структурирование пространства формы).

Было обнаружено, что складывание башенки сопровождается усилением дисметрии и миоклонуса, вследствие чего выполнение задания возможно только совместно со взрослым (А, В). Подобные нарушения отмечаются и при исследовании графической деятельности. Несмотря на то, что потенциально возможно копирование и самостоятельное рисование, при приближении к бумаге миоклонус пальцев и кисти усиливается, что серьезно мешает ребенку реализовать задуманное (мальчик начинает рисовать рядом с образцом, но линия быстро теряет необходимую направленность).

Движение (при приближении к листу с карандашом в руке, при попытке попасть в ботинок в процессе одевания после неврологического обследования) лишено пластичности и выглядит насильственным. Возможно, это связано с резким ограничением количества рисунков движения, которые необходимы для управления своим телом. В результате этого движение выглядит скованным и ломаным (В).

При совместном со взрослым рисовании (взрослый изображает часть рисунка, мальчик дорисовывает) отмечается первоначально верная ориентированность на лицо человечка, последующее дорисовывание глаз в нужном месте. Ребенок вначале хорошо контролирует свое движение с карандашом, мысленно соотнося его с задачей рисования глаз (они должны быть в верхней части лица, соответствующего размера, располагаться так, чтобы не выходить за пределы овала), но в итоге не попадает в заданную область. Здесь также можно заметить усиление миоклонуса в связи с приближением к цели, но вместе с этим и трудности прицеливания. Отмеченные нарушения точности и меткости свидетельствуют о частичной дисфункции в работе уровня С: взаимодействие между пирамидной эффекторной системой (тесно связана со зрительной) и стриальной системой (связана с проприоцептивной афферентацией) в данном случае нарушается.

4. Наблюдение за поведением ребенка в ситуации обследования позволяет говорить о том, что высший уровень Е (символическая активность) нарушен в меньшей степени. Возможность отвечать на вопросы с опорой на прошлый опыт (представленный в образном плане) свидетельствуют о сохранности уровня D. При этом отмечают:

- гипотония мышц речедвигательного аппарата (А);
- нарушения содружественной работы мышц, необходимых для реализации речевого высказывания (В), в силу нарушения проприорецепторики в теле (исходная система координат для работы данного уровня);
- скандированность речи (С).

Поскольку сам Н.А. Бернштейн относит к проявлениям работы данного уровня все виды речи, а также учитывая тот факт, что мальчик до начала болезни хорошо говорил (данные анамнеза), мы можем обсудить особенности проявлений данного уровня организации движений в поведении ребенка. Очевидно, что размышления,

высказанные в данном разделе, можно рассматривать только лишь в качестве предположений.

Было отмечено, что мальчик находится в контакте со взрослым, слышит вопросы и может отвечать на них очень краткими фразами или одним словом. Трудности вербальной коммуникации ребенок компенсирует доступными для себя способами (подключает мимические проявления, жесты, зрительный контакт). Речевая активность ребенка не является лишь реакцией на присутствующие в поле зрения стимулы, а опирается на прошлый опыт.

При этом отмечаются явления гиперсаливации и незначительно выраженной дизартрии (А, В). Одновременно с этими особенностями отмечаются речевые сложности в виде нарушений экспрессивной речи, речевой инициативы (проявляется ближе к середине обследования в ситуации очень привлекательной для ребенка деятельности), что может быть обусловлено трудностями координирования мышц речевого аппарата (В). Слова и краткие фразы произносятся как бы с усилием, в замедленном темпе, растянуты (В, С). Описанные проявления по качественным характеристикам схожи с особенностями реализации предметного действия при выполнении задания: присутствуют замысел, учитывающий некую задачу, внутренний план выполнения действия с опорой на внешние условия, попытка приспособления определенных групп мышц и частей собственного тела, реализация. Возможность произносить краткие фразы («давай еще»), отвечать на вопросы с опорой на прошлый опыт, контекстуальная оформленность конкретного слова, которое встроено в определенную задачу и обращено ко взрослому, свидетельствуют о том, что речевые нарушения при сохранном корковом контроле имеют в большей степени подкорковую природу.

Заключение

Результаты патопсихологического обследования ребенка с ОМС позволяют отметить особенности проявлений нарушений движений в поведении. Несмотря на то, что первично отмечаются выраженные ограничения двигательной активности в виде невозможности самостоятельного перемещения, ребенок демонстрирует внутреннюю готовность к автономии в отдельных видах психической деятельности. Сохраняются замысел движения, возможность его планирования с опорой на наглядный образец, умение использовать усвоенные представления о действиях с предметами. Схожие особенности отмечаются при исследовании детей с иными двигательными нарушениями [10]. Вместе с тем у ребенка с ОМС выявлены отдельные двигательные нарушения, требующие определенного операционального обеспечения. Было отмечено, что наиболее сильно страдает уровень С (атаксия и миоклонические нарушения являются центральными неврологическими симптомами), что обусловлено поражением структур головного мозга при ОМС. Вследствие нарушения необходимых афферентаций отмечаются трудности «прилаживания» собственного тела к пространству и отдельным его частям при общей сохранности целенаправленности действий. Эти сложности далее проявляются в разных видах активности мальчика – в конструктивной деятельности, речи, рисовании – что в значительной степени осложняет достижение

качественного результата. Выявленный дисбаланс, отражающий сохранность высших и нарушение низших уровней, позволяет определить возможности для компенсации двигательных нарушений и связанных с ними других трудностей в структуре разных видов психической деятельности у ребенка с ОМС.

Таким образом, необходимо дальнейшее изучение координаторных нарушений у детей с ОМС на основании психофизиологической концепции уровневого построения движений Н.А. Бернштейна, что, возможно, позволит уточнить механизмы нарушений психического и речевого развития при данной патологии.

Литература

1. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность. М.: Наука, 1990. 494 с.
2. Выготский Л.С. Вопросы детской психологии. СПб.: Перспектива, 2018. 224 с.
3. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Т.4. Детская психология / Под ред. Д.Б. Эльконина. М.: Педагогика, 1984. 432 с.
4. Ильина Е.С., Бобылова М.Б. Энцефалопатия Кинсбурна, или синдром опсоклонуса-миоклонуса в детском возрасте // Лечащий врач. 2006. № 5. С. 36–38.
5. Карпова С.Н., Труве Э.И. Психология речевого развития ребенка. Ростов-на-Дону: Издательство Ростовского университета, 1987. 96 с.
6. Клинико-психологические особенности психического развития детей с опсоклонус-миоклонус-синдромом / Н.С. Бурлакова [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018. Т. 10. № 2. С. 52–56. DOI: 10.14412/2074-2711-2018-2-52-56
7. Котельникова А.В., Кукушина А.А. Психосоциальные факторы качества жизни, связанного со здоровьем, у больных с нарушением двигательных функций [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 1. С. 63–78. DOI: 10.17759/psyclin.2017060105
8. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. СПб.: Питер, 2019. 768 с.
9. Лурия А.Р. Этапы пройденного пути. Научная автобиография. М.: Изд-во МГУ, 2001. 192 с.
10. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб.: Речь, 2008. 224 с.
11. Опсоклонус-миоклонус синдром у детей / Р.Ц. Бембеева [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. № 2. С. 54–58.
12. Практикум по патопсихологии / под ред. Б.В. Зейгарник, В.В. Николаевой, В.В. Лебединского. М.: Изд-во МГУ, 1987. 184 с.

13. *Протопопова О.В.* Моторика и психоортопедия // Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия в 2 т. Т. 2 / Под ред. В.В. Лебединского, М.К. Бардышевой. М.: ЧеРо: МПСИ.: Изд-во МГУ, 2006. 818 с.
14. Психическое развитие детей с опсоклонус-миоклонус-синдромом с учетом различий в возрасте, времени дебюта и срока течения заболевания / Н.С. Бурлакова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2018. Т. 5. № 118. С. 86–91. DOI: 10.17116/jnevro201811805286
15. *Шнайдер Н.А., Кантимирова Е.А., Ежикова В.А.* Синдром опсоклонуса-миоклонуса, Нервно-мышечные болезни. 2013. № 3. С. 22–26. DOI: 10.17650/2222-8721-2013-0-3-22-26
16. *Crammond D.J.* Motor imagery: Never in your wildest dream // Trends in Neuroscience. 1997. Vol. 20. № 2. P. 54–57. DOI: 10.1016/s0166-2236(96)30019-2
17. Effect of Increased Immunosuppression on Developmental Outcome of Opsoclonus Myoclonus Syndrome (OMS) / W.G. Mitchell [et. al.] // Journal of Child Neurology. 2015. Vol. 30. № 8. P. 976–982. DOI: 10.1177/0883073814549581
18. *Geuze R.H., Kalverboer A.F.* Inconsistency and adaptation in timing of clumsy children // Journal of Human Movement Studies. 1988. Vol. 13. P. 421–432. DOI: 10.1002/pbc.27097
19. *Klein A., Schmitt B., Boltshauser E.* Long-term outcome of ten children with opsoclonus-myoclonus syndrome // European Journal of Pediatrics. 2007. Vol. 166. № 4. P. 359–363. DOI: 10.1007/s00431-006-0247-4
20. *Levisohn L., Cronin-Golomb A., Schmahmann J.D.* Neuropsychological consequences of cerebellar tumour resection in children: cerebellar affective syndrome in a paediatric population // Brain. 2000. Vol. 123. № 5. P. 1041–1050. DOI: 10.1093/brain/123.5.1041
21. Opsoclonus-Myoclonus Syndrome: A New Era of Improved Prognosis? / A. Galstyan [et. al.] // Pediatric Neurology. 2017. Vol. 72. P. 65–69. DOI: 10.1016/j.pediatrneurol.2017.03.011
22. Outcome and Prognostic Features in Opsoclonus-Myoclonus Syndrome from Infancy to Adult Life / A. Brunklaus [et. al.] // Pediatrics. 2011. Vol. 128. № 2. P. 328–394. DOI: 10.1542/peds.2010-3114
23. *Pranzatelli M., Tate E.D., McGee N.R.* Multifactorial analysis of opsoclonus-myoclonus syndrome etiology (“Tumor” vs. “No tumor”) in a cohort of 356 US children // Pediatric Blood & Cancer. 2018. Vol. 65. № 8. DOI: 10.1002/pbc.27097
24. *Rösblad B., von Hofsten C.* Repetitive goal-directed arm movements in children with developmental coordination disorders: Role of visual information // Adapted Physical Activity Quarterly. 1991. Vol. 11. № 2. P. 190–202. DOI: <https://doi.org/10.1123/apaq.11.2.190>

25. Sensory Processing Difficulties in Opsoclonus-Myoclonus Syndrome: A Pilot Project of Presentation and Possible Prevalence / D. Green [et. al.] // *Journal of Child Neurology*. 2016. Vol. 31. № 8. P. 965–970. DOI: 10.1177/0883073816634856

26. Smyth T.R. Abnormal clumsiness in children: A defect of motor programming? // *Child: Care, Health and Development*. 1991. V. 17. № 5. P. 283–294. DOI: 10.1111/j.1365-2214.1991.tb00698.x

References

1. Bernshtejn N.A. *Fiziologiya dvizhenii i aktivnosti [Movements Physiology]*. Moscow: Nauka, 1990. 494 p.

2. Vygotskii L.S. *Voprosy detskoi psikhologii [Child Psychology Questions]*. Saint-Petersburg: Perspektiva, 2018. 224 p.

3. Vygotskii L.S. *Sobranie sochinenii: v 6 t. T.4. Detskaya psikhologiya [Collected Works: in 6 vol. Vol.4. Child Psychology]*. In D.B. El'konin (ed.). Moscow: Pedagogika, 1984. 432 p.

4. Il'ina E.S., Bobylova M.B. Entsefalopatiya Kinsburna, ili sindrom opsoklonusa-mioklonusa v detskom vozraste [Kinsbourne Encephalopathy or Opsoclonus Myoclonus Syndrome in Children]. *Lechashchii vrach=Attending Doctor*, 2006, no. 5, pp. 36–38.

5. Karpova S.N., Truve E.I. *Psikhologiya rechevogo razvitiya rebenka [Speech Development Psychology in Children]*. Rostov-na-Donu: Izdatel'stvo Rostovskogo universiteta. 1987. 96 p.

6. Kliniko-psikhologicheskie osobennosti psikhicheskogo razvitiya detei s opsoklonus-mioklonus-sindromom [The clinical and psychological features of mental development in children with opsoclonus-myoclonus syndrome]. In N.S. Burlakova (ed.), *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika=Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, 2018, vol. 10. no. 2, pp. 52–56. DOI: 10.14412/2074-2711-2018-2-52-56

7. Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A. Psikhosotsial'nye faktory kachestva zhizni, svyazannogo so zdorov'em, u bol'nykh s narusheniem dvigatel'nykh funktsii [Elektronnyi resurs] [Psychosocial Factors of Health-Related Quality of Life in Patients with Movement Disorders]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2017, vol. 6, no. 1, pp. 63–78. DOI: 10.17759/psyclin.2017060105

8. Luriya A.R. *Vysshie korkovye funktsii cheloveka [Higher Cortical Functions]*. Saint-Petersburg: Piter, 2019. 768 p.

9. Luriya A.R. *Etapy proidennogo puti. Nauchnaya avtobiografiya [Stages Traversed Path. Scientific Autobiography]*. Moscow: Publ. of MSU, 2001. 192 p.

10. Mamaichuk I.I. *Psikhologicheskaya pomoshch' detyam s problemami v razvitiu [Psychological Assistance to Children with Developmental Disorders]*. Saint-Petersburg: Rech', 2008. 224 p.

11. Opsoklonus-mioklonus sindrom u detei [Opsoclonus-Myoclonus Syndrome in Children]. In R.Ts. Bembeeva, et al., *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova=S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2007, no. 2, pp. 54–58.
12. Praktikum po patopsikhologii [Pathopsychologists Practical Work]. In B.V. Zeigarnik (ed.). Moscow: Publ. of MSU, 1987. 184 p.
13. Protopopova O.V. Motorika i psikhoortopediya [Motility and Psihoortopediya]. In V.V. Lebedinskii (eds.), *Psikhologiya anomal'nogo razvitiya rebenka: Khrestomatiya v 2 t. T. 2. [Child Abnormal Development Psychology: Chrestomathy in 2 vol. Vol. 2]*. Moscow: CheRo, MPSI.: Publ. of MSU, 2006. 818 p.
14. Psikhicheskoe razvitie detei s opsoklonus-mioklonus-sindromom s uchetom razlichii v vozraste, vremeni debyuta i sroka techeniya zabolevaniya [Psychological development of children with opsoclonus myoclonus syndrome and its correlation with age and disease onset]. In N.S. Burlakova, et al., *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova=S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2018, vol. 5, no. 118, pp. 86–91. DOI: 10.17116/jnevro201811805286
15. Shneider N.A., Kantimirova E.A., Ezhikova V.A. Sindrom opsoklonusa–mioklonusa [Opsoclonus-Myoclonus Syndrome]. *Nervno-myshechnye bolezni=Neuromuscular Diseases*, 2013, no. 3, pp. 22–26. DOI: 10.17650/2222-8721-2013-0-3-22-26
16. Crammond D.J. Motor imagery: Never in your wildest dream. *Trends in Neuroscience*, 1997, vol. 20, no. 2, pp. 54–57. DOI: 10.1016/s0166-2236(96)30019-2
17. Effect of Increased Immunosuppression on Developmental Outcome of Opsoclonus Myoclonus Syndrome (OMS). In W.G. Mitchell, et al., *Journal of Child Neurology*, 2015, vol. 30, no. 8, pp. 976–982. DOI: 10.1177/0883073814549581
18. Geuze R.H., Kalverboer A.F. Inconsistency and adaptation in timing of clumsy children. *Journal of Human Movement Studies*, 1988, vol. 13, pp. 421–432.
19. Klein A., Schmitt B., Boltshauser E. Long-term outcome of ten children with opsoclonus-myoclonus syndrome. *European Journal of Pediatrics*, 2007, vol. 166, no. 4, pp. 359–363. DOI: 10.1007/s00431-006-0247-4
20. Levisohn L., Cronin-Golomb A., Schmahmann J.D. Neuropsychological consequences of cerebellar tumour resection in children: cerebellar affective syndrome in a paediatric population. *Brain*, 2000, vol. 123, no. 5, pp. 1041–1050. DOI: 10.1093/brain/123.5.1041
21. Opsoclonus-Myoclonus Syndrome: A New Era of Improved Prognosis? In A. Galstyan, et al., *Pediatric Neurology*, 2017, vol. 72, pp. 65–69. DOI: 10.1016/j.pediatrneurol.2017.03.011
22. Outcome and Prognostic Features in Opsoclonus-Myoclonus Syndrome from Infancy to Adult Life. In A. Brunklaus, et al., *Pediatrics*, 2011, vol. 128, pp. 328–394.

Федорова Ю.Н., Микадзе Ю.В., Бурлакова Н.С. и др.
Нарушение движений в структуре разных видов
психической деятельности у ребенка
с опсоклонус-миоклонус синдромом
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 229–245.

Fedorova I.N., Mikadze Yu.V., Burlakova N.S., et al.
Movement Disorders in the Structure of the
Different Mental Processes Types in Child
with Opsoclonus-Myoclonus Syndrome
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 229–245.

23. Pranzatelli M., Tate E.D., McGee N.R. Multifactorial analysis of opsoclonus-myoclonus syndrome etiology (“Tumor” vs. “No tumor”) in a cohort of 356 US children. *Pediatric Blood & Cancer*, 2018, vol. 65, no. 8. DOI: 10.1002/pbc.27097

24. Rösblad B., von Hofsten C. Repetitive goal-directed arm movements in children with developmental coordination disorders: Role of visual information. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 1991, vol. 11, no. 2, pp. 190–202. DOI: <https://doi.org/10.1123/apaq.11.2.190>

25. Sensory Processing Difficulties in Opsoclonus-Myoclonus Syndrome: A Pilot Project of Presentation and Possible Prevalence. In D. Green, et al., *Journal of Child Neurology*, 2016, vol. 31, no. 8, pp. 965–970. DOI: 10.1177/0883073816634856

26. Smyth T.R. Abnormal clumsiness in children: A defect of motor programming? *Child: Care, Health and Development*, 1991, vol. 17, no. 5, pp. 283–294. DOI: 10.1111/j.1365-2214.1991.tb00698.x

Информация об авторах

Федорова Юлия Николаевна, ассистент кафедры клинической психологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1906-3234>, e-mail: yulka_fedorova_n@mail.ru

Микадзе Юрий Владимирович, доктор психологических наук, профессор кафедры нейро-и патопсихологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация; ведущий научный сотрудник Федерального центра мозга и нейротехнологий (ФГБУ «ФЦМН» ФМБА России), г. Москва, Российская Федерация; профессор кафедры клинической психологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8137-9611>, e-mail: yunikadze@yandex.ru

Бурлакова Наталья Семеновна, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро-и патопсихологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7244-6509>, e-mail: naburlakova@yandex.ru

Ильина Елена Степановна, кандидат медицинских наук, заведующая отделением психоневрологии № 2, Российская детская клиническая больница (ОСП РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5496-605X>, e-mail: doctorelena2008@yandex.ru

Information about the authors

Iuliia N. Fedorova, Assistant, Chair of Clinical Psychology, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1906-3234>, e-mail: yulka_fedorova_n@mail.ru

Федорова Ю.Н., Микадзе Ю.В., Бурлакова Н.С. и др.
Нарушение движений в структуре разных видов
психической деятельности у ребенка
с опсоклонус-миоклонус синдромом
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 229–245.

Fedorova I.N., Mikadze Yu.V., Burlakova N.S., et al.
Movement Disorders in the Structure of the
Different Mental Processes Types in Child
with Opsoclonus-Myoclonus Syndrome
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 229–245.

Yuriy V. Mikadze, PhD in Psychology, Professor, Chair of Neuro- and Pathopsychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia; Leading Research Associate, Federal State Budgetary Institution «Federal center of brain and neurotechnologies», Moscow, Russia; Professor, Chair of Clinical Psychology, Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8137-9611>, e-mail: ymikadze@yandex.ru

Natalia S. Burlakova, PhD in Psychology, Associate Professor, Chair of Neuro- and Pathopsychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7244-6509>, e-mail: naburlakova@yandex.ru

Elena S. Ilyina, PhD in Medicine, Department Leader, Psychoneurology Department no. 2, Russian Children's Clinical Hospital, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5496-605X>, e-mail: doctorelena2008@yandex.ru

Получена: 13.02.2020

Received: 13.02.2020

Принята в печать: 28.05.2020

Accepted: 28.05.2020

Психологические детерминанты возникновения внутриличностных противоречий студентов

Каткова А.С.

Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского (ФГАОУ ВО КФУ им. В.И. Вернадского), г. Ялта, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1632-1189>, e-mail: katkova.aleksasha@mail.ru

Вачков И.В.

Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВПО МПГУ), г. Москва, Российская Федерация

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7784-7427>, e-mail: igorvachkov@mail.ru

Статья посвящена исследованию внутриличностных противоречий, влияющих на становление и развитие личности студентов и которые могут препятствовать их профессиональному совершенствованию. Основная цель статьи – на основе эмпирического исследования раскрыть сущность психологических детерминант внутриличностных противоречий будущих психологов. В работе раскрыта психологическая сущность внутриличностных противоречий субъекта с позиции зарубежных и отечественных исследователей, которые выделяли основной фактор противоречия – разновекторность влечений и потребностей личности. Проведен анализ детерминант возникновения внутриличностных противоречий – зависимости от родителей, травматичного опыта и объектных отношений – которые являются неосознаваемыми и обуславливают деструкции в личностно-профессиональном развитии субъекта. Рассмотрены основные положения метода осознания внутриличностных противоречий, раскрыты этапы процесса исследования противоречий, проявляющиеся в деструкциях поведения личности. Эмпирически подтверждается наличие внутриличностных проблем, деструктирующих личностное развитие будущего психолога. Исследованы основные противоречия, которые подразделяются на жизнеутверждающие и деструктивные проявления.

Ключевые слова: внутриличностные противоречия, психологические детерминанты, личностная проблема, психодинамическая теория, личностное развитие, профессиональная подготовка, студент-психолог, психологическая профилактика, эмоциональное выгорание.

Для цитаты: Каткова А.С., Вачков И.В. Психологические детерминанты возникновения внутриличностных противоречий студентов [Электронный ресурс]

// Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 246–265. DOI:
10.17759/cpse.2020090213

Psychological Determinants of the Origin of Intrapersonal Contradictions of Students

Aleksandra S. Katkova

V.I. Vernadsky Crimean Federal University, Yalta, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1632-1189>, e-mail: katkova.aleksasha@mail.ru

Igor V. Vachkov

Moscow Pedagogical State University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7784-7427>, e-mail: igorvachkov@mail.ru

The article is devoted to the study of intrapersonal contradictions which affect the formation and development of the personality of students and which also may interfere with their further professional development. The main aim of the article is to identify the general intrapersonal contradictions in prospective psychologists with the means of empirical research. The paper reveals the psychological essence of the intrapersonal contradictions of the subject from the position of foreign and domestic researchers, who singled out the multidimensional drives and needs of the individual as the main factor of the contradiction. The following determinants of the occurrence of intrapersonal contradictions are analyzed - dependence on parents, traumatic experience and object relationships. These determinants are unconscious and it causes destruction in the personal and professional development of subject. The basic provisions of the method of recognition of intrapersonal contradictions are considered, the stages of the process of research of contradictions, which are manifested in the destruction of personality behavior, are disclosed. The presence of intrapersonal problems that destruct the personal development of a future psychologist is empirically confirmed. The main contradictions, which are divided into life-affirming and destructive manifestations, are investigated.

Keywords: intrapersonal contradictions, psychological determinants, personality problem, psychodynamic theory, personal development, professional training, student psychologist, psychological prevention, emotional burnout.

For citation: Katkova A.S., Vachkov I.V. Psychological Determinants of the Origin of Intrapersonal Contradictions of Students. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 2, pp. 246–265. DOI: 10.17759/cpse.2020090213 (In Russ.)

Введение

Согласно современным требованиям системы высшего образования в области психологии, профессиональное становление психолога невозможно без личностной подготовленности, обуславливающей способность к рефлексии, конструктивному взаимодействию, развитию профессионально значимых личностных качеств, достижению гармонизации в личностном и профессионально-социальном аспектах. В процессе профессиональной подготовки будущие психологи сталкиваются с личностными проблемами и трудностями, которые могут провоцировать эмоциональное выгорание, стресс, деструктивные и тревожные состояния. Личностные проблемы влияют на развитие разнообразных характеристик психологов, необходимых в профессиональной деятельности, поскольку уровень становления личности профессионала в большой степени зависит от его личностных качеств, свойств и способностей к успешному осуществлению профессиональной деятельности. Часто личностная проблема, обусловленная внутриличностными противоречиями, имеет скрытый и неосознаваемый характер. Поэтому будущему специалисту трудно решить ее самостоятельно. В связи с этим, развитие личности будущего психолога предполагает включение его в диагностико-коррекционный процесс. Данный процесс предусматривает оказание психологической помощи будущему психологу в самопознании и нивелировании внутренних препятствий, тем самым способствуя предупреждению и профилактике эмоционального выгорания специалиста.

Целью проведенного исследования выступает раскрытие сущности психологических детерминант внутриличностных противоречий будущих психологов.

Анализ словарей и соответствующих исследований [2; 6; 9; 10; 15–17; 26; 31] позволил обнаружить, что понятие «внутриличностное противоречие» почти везде рассматривается как синонимичное по своей семантике таким понятиям, как «внутренний конфликт», «конфликт психический», «внутреннее противоречие», «внутриличностный конфликт», поскольку все они указывают на противоречивость человеческой природы. Внутриличностное противоречие традиционно рассматривается как противоречие между разнонаправленными и амбивалентными интересами, ценностями, мотивами личности, энергетически примерно одинаковой силы, но противопоставленными и взаимосвязанными одновременно. При этом возникновение и разрешение противоречий является естественным путем развития личности.

В научно-психологических трудах зарубежных исследователей феномен внутриличностных противоречий личности часто рассматривается как причина чувства неполноценности. При этом делается акцент на том, что это чувство может приобретать гиперболизированные формы и выражаться в неадекватных ощущениях превосходства над другими (А. Адлер) [1; 24] и реализации целостности «Я» (К.Г. Юнг) [22]; в вытеснении по причине табуированности влечений личности, связанных с эдипальным периодом развития (З. Фрейд) [18]; в противостоянии между бессознательными влечениями и социальными требованиями (К. Хорни) [19]; в противоречиях между стремлением к саморазвитию и реализации и способах

удовлетворения потребностей (А. Маслоу) [28]; в противоречиях между Я-реальным и Я-идеальным (К. Роджерс) [30]; в разновекторности решения экзистенциальных потребностей (Э. Фромм) [25]. Проблема внутриличностных противоречий раскрывается также в трудах отечественных исследователей. Противоречия исследуются как: патогенное явление при возникновении неврозов, столкновение разнородных отношений (А.Р. Лурия [12], В.Н. Мясищев [14]); расхождение между мотивами и действиями личности (А.Н. Леонтьев [11], В.С. Мерлин [13]); проявление кризисных (поворотных) этапов развития личности (Л.С. Выготский [4]).

Анализ различных точек зрения по проблеме внутриличностных противоречий способствует пониманию того, что они обусловлены давлением противоположных тенденций, которые оказываются равными по значимости, но взаимоисключающими либо разнонаправленными [7; 21]. При этом личность может осознавать, как правило, лишь те внутренние противоречия, которые имели прямое влияние на последствия в поведении, либо те, которые были представлены опосредовано в процессе психологического взаимодействия с психологом, в частности, на материале метафорически-символического характера [5; 19; 21; 23].

Методы и процедура исследования

В данной статье представлены результаты исследования по методу осознания внутриличностных противоречий. Выборку составили 27 студентов (19 девушек и 8 юношей) (средний возраст – 19), обучающихся на психологическом факультете Гуманитарно-педагогической академии (филиал) «Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского» в г. Ялте. В табл. 1 представлена статистика описания экспериментальной выборки из 27 испытуемых.

Таблица 1

Статистические показатели выборки испытуемых по возрасту

	Общее количество	Девушки	Юноши
	27	19	8
Среднее	18,96	18,89	19,13
Медиана	19,00	19,00	19,00
Мода	19	19	19
Среднекв. отклонение	0,85	0,80	0,99
Дисперсия	0,72	0,65	0,98

Выборка формировалась по двум принципам. Во-первых, отбор осуществлялся среди студентов-психологов первого и второго курсов, у которых уровень сформированности профессиональных компетенций еще недостаточно высок в виду небольшого срока обучения (мы опирались только на те компетенции, которые были сформированы у студентов в результате изучения дисциплин, пройденных на

первом и втором курсах). Также учитывалось отсутствие у них профессиональных установок в отношении психологической помощи и знакомства с применяемыми по отношению к ним методиками. Во-вторых, принималась во внимание заинтересованность самих студентов в прохождении тренинговых групп по методу осознания внутриличностных противоречий.

Применяемый нами метод осознания внутриличностных противоречий базируется на психодинамическом подходе и концепции активного социально-психологического познания, разработанной Т.С. Яценко [23]. Он представляет собой целостную психологическую систему, которая включает исследование личности с учетом единства сознательной и бессознательной сфер личности, диалогическое взаимодействие психолога и участника, использование психологических техник (визуализированной самопрезентации), а также комплексное диагностико-коррекционное воздействие на участников. Метод направлен на личностное развитие участников тренинговых групп, он предусматривает выявление и проработку сущности внутриличностных противоречий, разрешение которых требует профессиональной помощи психолога. За счет диалогического взаимодействия психолога и участника осуществляется диагностико-коррекционный процесс, в ходе которого психолог помогает участникам выявить внутриличностные противоречия. На основе метода осознания внутриличностных противоречий была разработана тренинговая программа, которая включала использование названных психологических техник. Число участников одной тренинговой группы составляет от 8 до 10 человек. В группе участник оказывается в позиции исследователя собственной личности, поскольку данный метод предусматривает развитие рефлексии в процессе индивидуальной диагностико-коррекционной работы в группе. Тренинговая программа по методу осознания внутриличностных противоречий проводится в несколько этапов.

1. Ознакомительный этап предусматривает обоснование принципов и аспектов метода, теоретическое ознакомление участников с особенностями диагностико-коррекционного процесса, который будет осуществляться в группе.

2) На диагностико-коррекционном этапе осуществляется индивидуальная психологическая работа с каждым участником в присутствии других членов группы. Диагностико-коррекционный процесс заключается в специальной интерпретационной работе психолога, которая основывается на спонтанности и произвольности проявлений личности, с использованием визуализированной самопрезентации (психологическая работа с набором рисунков, художественными репродукциями, работа с предметными моделями (например, с миниатюрными фигурками) и камнями, песочницей и др.). Важным аспектом реализации диагностико-коррекционного процесса является стимулирование каждого участника группы к визуализированной самопрезентации (предлагается сделать рисунок на определенную тему или выбрать игрушку, прокомментировать рисунок или свой выбор предмета).

3) На заключительном этапе предусматриваются обратная связь от участников с описанием внутренних ощущений и приобретенного опыта, а также последующее обсуждение с каждым участником. На данном этапе по результатам диагностико-

коррекционного процесса психологом анализируется эмпирический материал – стенограммы, полученные на основе обработанных аудио- и видеозаписей.

Результаты и анализ исследования

На основе анализа стенограмм, полученных в результате индивидуальных бесед с участниками, были выявлены основные детерминанты их внутриличностных противоречий (табл. 2). Анализ стенограмм происходил с участием трех экспертов. В качестве экспертов выступили высококвалифицированные специалисты, кандидаты психологических наук, обладающие многолетним опытом практико-психологической деятельности. Эксперты провели анализ стенограмм диалогов участников тренинговой группы с психологом и на основе анализа выделили те категории внутриличностных противоречий, которые вошли в соответствующие кластеры, определенные на основе степени согласованности мнений экспертов (коэффициент конкордации Кендалла – 0,6). Психологические детерминанты внутриличностных противоречий у испытуемых выборки представлены в табл. 2.

Таблица 2

Психологические детерминанты внутриличностных противоречий субъекта

п/п	Детерминанты	Содержание проявлений	Количество респондентов
1	Зависимость от родителей	Эмоциональное притяжение к родителям по причинам ограничения проявлений любви со стороны родителей, усечения инициативности, установления запретов на выражение эмоций и активности, отделения от родителей	48,1%
2	Пережитый травматичный опыт	Травма рождения либо иная приобретенная физическая травма, оказывающая деструктивное воздействие и обуславливающая фиксацию на драматических переживаниях. Психологическая травма из-за отчужденности родителей, ограничения свободы, критичного отношения и обнажения недостатков, угроз наказания с их стороны	22,2%
3	Объектные отношения	Эмоционально яркие переживания отношений (чаще деструктивного характера и травмирующие психику) со значимыми Другими переносятся на межличностные отношения с другими людьми	29,7%

Зависимость от родителей порождается через определенные ограничения и запреты, которые определяют деструктивное развитие личности. Зависимость проявляется через ограничения свободы ребенка и невозможности единения с родителями (Ф. Перлз) [29]. Запреты на удовлетворение потребностей ребенка блокирует у него потенциал, тем самым выражается деструктивная зависимость от родителей (Э. Фромм) [25]. Психологическое «отсутствие» родителей обуславливает блокировку на чувственный аспект, тем самым проявляется потребность в эмоциональном контакте с родителями (А. Грин) [20]. Нехватка любви и понимания со стороны родителей трансформируется в тревогу, которая в дальнейшей жизни направляется на окружающих в виде недоверия, агрессии, нелюбви (К. Хорни) [19]. Представим яркие фразы из стенограмм респондентов, указывающие на депривационные взаимоотношения с родителями (либидными объектами), которые обуславливают зависимость от них: «У меня двойственное ощущение – с одной стороны, хочу быть независимым и уже строить свою жизнь, а с другой – трудно отделиться от родителей»; «Меня пугает материнское влияние <...> я доверяю маме, но при этом испытываю сильное раздражение, что в моей жизни все решают за меня»; «Трудно выходить в социум, самой реализовываться, потому что нужен кто-то руководящий».

Пережитый травматичный опыт может оказать негативное влияние на психологическое здоровье личности в результате интенсивного действия неблагоприятных факторов или эмоциональных состояний [2]. Травмы, в том числе физические, сопровождаются эмоциональными переживаниями, которые актуализируют ощущение беспомощности, агрессии, страха и т.д. Интенсивность травмы зависит от индивидуальной значимости травмирующего события для человека. Такие события могут быть сопряжены с угрозой психологической смерти (К. Гольдштейн) [20], с угрозой ценностям и с ограничением контактов с окружающими (Дж. Боулби) [3], с ограничением пространства, свободы и активности (М. Стерн) [17], с возникновением чувства опасности в межличностных отношениях ребенка с родителями, в связи с чем проявляется тревога (К. Хорни) [19]. Фразы из стенограмм диагностико-коррекционной работы с участниками тренинговых групп раскрывают травматичное внутреннее состояние незащитности и беспомощности: «Еще с раннего детства я ощущала себя “поврежденной”, и поэтому появился страх перед трудностями, что я не смогу и не справлюсь, делаю неправильно»; «При взаимоотношениях, мужчины сталкиваются с моей замкнутостью, я боюсь, что они увидят мою беспомощность».

Объектные отношения являются способом восприятия окружения, основываются на взаимоотношениях со значимыми людьми (прежде всего, родителями) (М. Кляйн) [8]. Нарушение связей со значимыми людьми порождает закрытость личности и приводит к разрушению его межличностных отношений (М. Эйнсворт) [27]. Объектные отношения с родителями, носящие депривирующий характер, воссоздаются уже в отношениях с другими значимыми людьми: «Иногда мне не удавалось хорошо учиться, и я видела негодование с стороны отца <...> не ощутила понимание и ту отцовскую любовь. <...> считаю, что любящий человек должен оказывать поддержку, всегда быть рядом. Мне обидно, что мой партнер не уделяет мне должного времени». Этот отрывок, взятый из стенограммы респондента, показывает, что он ожидает от партнера выполнения

психотерапевтический функций – сглаживать тревогу и удовлетворять потребности, поскольку отец не проявлял теплого отношения и не старался понять. Эмоциональный климат, который объединил респондента со значимым объектом (родителем), переносится на ситуацию актуального взаимодействия – отношения с партнером. Выявленные детерминанты внутриличностных противоречий оказывают влияние на развитие личности, межличностные контакты. Осознание противоречий способствует расширению самосознания через объективирование скрытых и неосознанных детерминант личностной проблемы, деструктурирующих и блокирующих жизненный потенциал личности.

Для детального представления процесса выявления и осознания внутриличностных противоречий представим фрагмент стенограммы работы с одним из участников тренинговой группы с использованием набора выполненных им рисунков. Респонденту предложили спонтанно нарисовать рисунки на определенные темы с ориентацией на собственное состояние. Рисунки создавались в две разные сессии с интервалом в две недели. Психологическая работа проведена в одну встречу, длительностью два с половиной часа. С целью анализа представленного ниже эмпирического материала, полученного в диагностико-коррекционной работе, применялся структурно-семантический анализ, заключающийся в последовательном психологическом анализе коммуникатов (т.е. высказываний) психолога и респондента в процессе диалогического взаимодействия. Коммуникаты в стенограмме имеют соответствующие порядковые номера. С целью сохранения анонимности имя респондента заменено заглавной буквой «Е». Реплики психолога обозначены буквой «П». Респондент Е. – студентка 2 курса психологического факультета.

Фрагмент стенограммы диагностико-коррекционной работы с респондентом Е.

62_П.: Где на рисунке показано видение людей и ваше видение?

63_Е.: Люди видят меня прочной, основательной, перспективной, непоколебимой, сильной, как эта гора на рисунке (рис. 1, справа сверху).

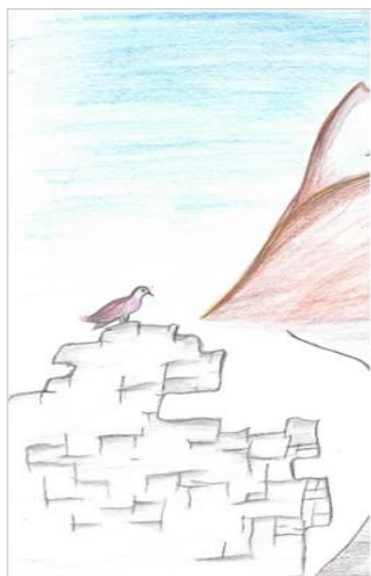


Рис. 1. Как меня видят люди, и как я вижу сама себя

64_П.: Одновременно видят неприступной?

64_Е.: Неприступной также.

66_П.: Видно только часть горы, а остальная скрыта. Иногда вам приходится что-то не показывать, маскировать от окружения?

66_Е.: Да, я действительно скрытная. Есть страх, что другие не поймут, не примут.

67_П.: Изображены руины, что они символизируют?

68_Е.: Я пыталась таким образом показать, как я вижу себя. Это что-то разрушенное, хрупкое, такое, что рассыпается. Оно оторвано: не видно, к чему оно прикреплено.

69_П.: Что может гора означать для вас?

70_Е.: Скорее всего, я так изобразила образ отца. Я всегда хотела быть похожей на него. Он для меня идеал.

71_П.: Вам хотелось бы побольше быть с ним и иметь более теплые отношения?

71_Е.: Да, очень хотелось. А изображение птицы – это символ свободы, надежды.

72_П.: Сейчас эта птица не свободна?

72_Е.: Да, сейчас она зависима и чувствует, что не может приобрести то, чего бы ей хотелось.

73_П.: То, о чем вы говорите, может быть связано с вашими взаимоотношениями с отцом?

73_Е.: Скорее всего, это связано с родителями.

73_П.: Вы чувствуете, что еще зависимы от родителей?

73_Е.: Да, и одновременно от них свободна, могу улететь. А руины – это то, что «рушилось» при жизни с ними.

74_П.: Разрушались ваши надежды и иллюзии на теплые отношения?

74_Е.: Да. Пожалуй, я слишком долго пыталась «бороться» с родителями.

75_П.: Чтобы они были такими родителями, как вам хотелось бы?

75_Е.: Да.

123_П.: Изображена колючая неприступная роза (рис. 2)?

124_Е.: Колючая проволока на розе – это родители. Я – роза, также колючая.

126_П.: Проволока – это родительская защита?

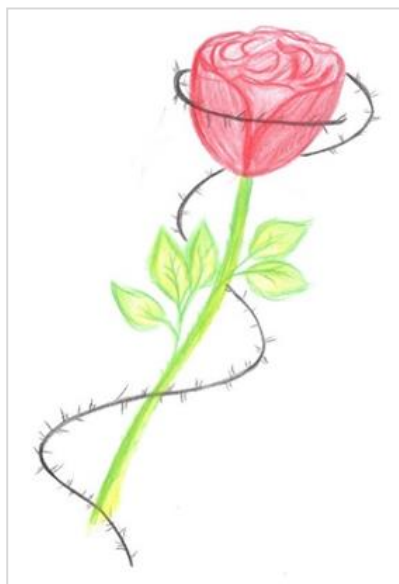


Рис. 2. Я-реальное



Рис. 3. Я-идеальное

- 127_Е.: Да, так и есть. Но одновременно это несвобода от родителей, я изобразила розу срезанной, без корней.
- 128_П.: Есть еще потребность в защите и поддержке родителей, но эта поддержка дается вам слишком дорогой ценой: путем несвободы и смиренности?
- 129_Е.: Да, и это приносит мне некоторую боль. Все настолько запутанно, что я не знаю, как из этого выбраться. Я нуждаюсь, чтобы кто-то меня подтолкнул, помогал.
- 132_П.: Вы сможете находить помощь в себе. У вас есть жизненная мудрость и желание развиваться.
- 135_Е.: На рисунке 3 я пыталась передать мое возрождение. Руки – это те, кто пытается меня удержать. Я хочу быть примером для кого-то, ощутить любовь и быть недостижимой.
- 136_П.: Кто-то в семье был таким «недостижимым» человеком?
- 136_Е.: Возможно, была мама – в своей красоте, независимости, самостоятельности. Мама была для меня неприступной крепостью.
- 137_П.: Теперь вы желаете быть такой неприступной для других?
- 137_Е.: Возможно, да. Я ощущаю, что теперь могу быть такой красивой, неповторимой и недостижимой.
- 138_П.: Чтобы другие тянулись к вам, как и вы хотели когда-то «дотянуться» до родителей?
- 138_Е.: Да, возможно, так и есть! Я теперь понимаю, почему так порой проявляю себя по отношению к другим, эта неприступность мешает мне в отношениях с людьми.

161_Е.: Лента – это я, а щипцы – то, что меня держит (рис. 4). Но это не родители, а скорее моя к ним эмоциональная привязанность, желание им угодить.

162_П.: Желание заслужить ту любовь и теплоту, о которой вы мечтаете с детства?

163_Е.: Да. От этого мне хочется оторваться, но часть меня все же остается в этих щипцах.

165_П.: На рисунке 5 изображена дорога с барьерами?

166_Е.: Я хотела показать на рисунке, что в жизни мне ничего не давалось даром. Приходилось много работать, чтобы чего-то добиваться. Я хочу достижения желаемого. Я думаю, что, преодолев все трудности, я достигну гармонии.



Рис. 4. Мои желания

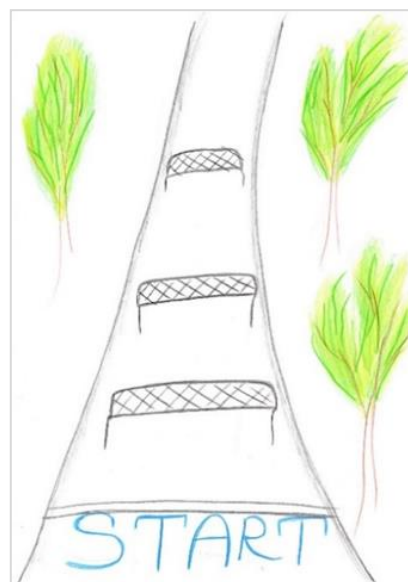


Рис. 5. Дорога моей жизни

169_П.: Деревья, растущие вдоль всего пути, что или кого символизируют?

169_Е.: Наверное, это моя семья.

169_П.: Вся ваша дорога связана с отношениями с родителями?

169_Е.: Именно так! Было ощущение, что меня пытаются постоянно контролировать.

170_Е.: На рис. 6 изображено, как в семье люди не видят и не хотят видеть друг друга, но я уже на это смотрю спокойно.

172_П.: Кто в вашей родительской семье выполняет ведущую роль?

173_Е.: У нас в семье доминирует отец. Я полностью разделяю такую позицию и готова подчиниться мужчине, если он сможет выполнять функции главы семьи.

176_П.: Это тот идеал мужчины, к которому вы стремитесь?

176_Е.: Да.

177_П.: В таком случае вы можете из мужчины формировать образ отца, но более совершенного, которого вам не хватало?

177_Е.: Да! Хотелось бы иметь идеальные отношения (рис. 7). Мужчина всегда должен оказывать мне поддержку, когда я ее потребую (а это может случаться довольно часто), должен уметь выводить меня из состояния бездействия и пассивности, пробуждать во мне желание и интересы к жизни. И еще желательно, чтобы он был на одном уровне со мной или чуть выше.

180_П.: Если вы хотите, чтобы он находился на одном уровне с вами, то может быть риск того, как вы, невидимо для себя, будете проверять: действительно ли это тот человек, выставлять ему барьеры и создавать проблемы в отношениях. Вы проверяете человека – сможет ли он понимать и принимать вас такой, какая есть?

187_Е.: Я над этим не задумывалась. Вероятно, это те идеалы, которые вынесены из семьи. Поскольку я хочу, чтобы рядом со мной был человек не хуже моего отца, я буду давать ему возможность чувствовать, что он выше меня. Это и будет моя идеальная семья (рис. 7).

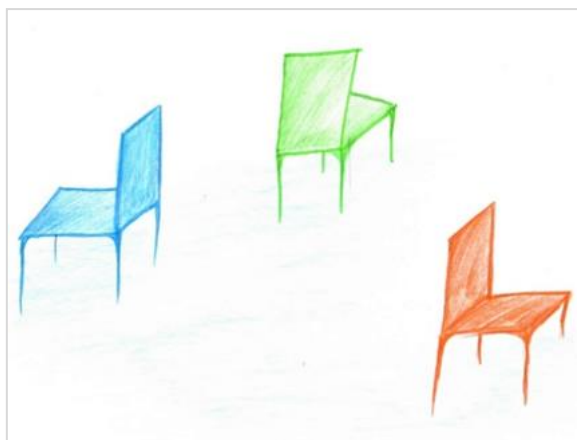


Рис. 6. Реальная семья



Рис. 7. Идеальная семья

191_П.: Где вы на рисунке (рис. 8)?

191_Е.: Я – свеча. Сверху – глаза родителей, которые, как мне казалось, наблюдали и контролировали меня двадцать четыре часа в сутки, хотя родители и были далеко.

191_П.: Подсвечник, что он означает для вас?

192_Е.: Подсвечник – это определенная защита от родительских глаз.

192_П.: Родителей не было рядом, но все равно они «присутствовали», поэтому появилась потребность в защите от них?



Рис. 8.
Я в семье родителей

192_Е.: Скорее всего.

193_П.: Возможно ли, что такой контроль вы будете осуществлять по отношению к вашему партнеру, и он не будет чувствовать свободы?

193_Е.: Да, я это очень чувствую относительно партнера. Я уже повторяю в своих личных отношениях то, что совершали родители по отношению ко мне.

194_Е.: Рисунок 9 показывает какие-то падения, восхождения.

195_П.: Это происходит постоянно?

196_Е.: Да и за всем этим скрывается переживание кризиса, который я вынесла из детства.

196_П.: Кризис заключается в ограниченной родительской любви, поддержки и принятия вас такой, какая вы есть?

197_Е.: Да. Такой кризис объединял меня с родителями, так строились наши отношения. Мне все время указывали на мелкие ошибки, при этом я не ощущала гордости и радости родителей за мои достижения. А родители для меня – самые дорогие люди.

200_Е.: Мне кажется, что именно так воспримут родные мою смерть (рис. 10). С одной стороны, я знаю, что значима для родителей, с другой – меня для них не существовало даже в детстве.

201_П.: Для родителей не было вашего мира, интересов, страданий, они только нагружали чувством вины?

202_Е.: Да, так и есть! Я чувствую, что их отношение ко мне амбивалентно. Я начинаю понимать, что с окружающими я так же начинаю действовать: я нагружаю их виной, и они должны добиться моей любви.

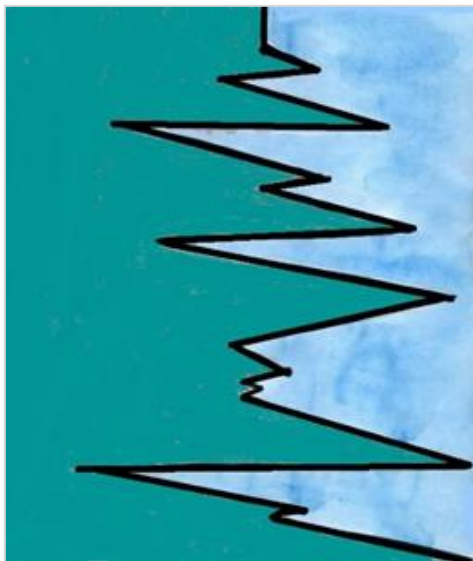


Рис. 9.
Кризис и этапы выхода из него

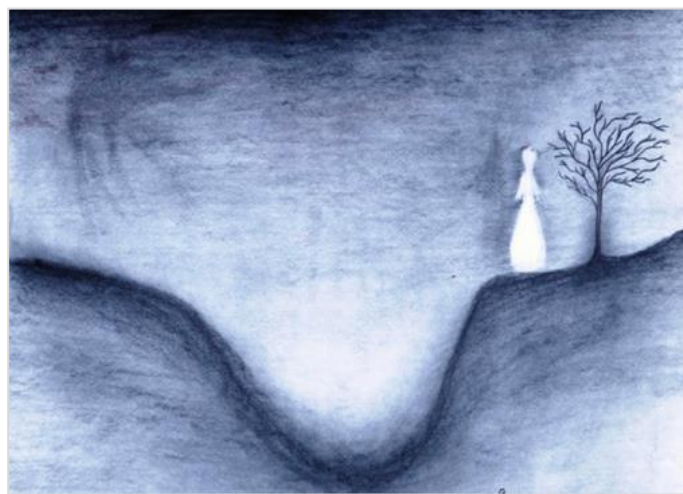


Рис. 10.
Мое несуществование

Приведенные ниже интерпретации коммуникатов (сокращенно – «к-ты»), базирующиеся на структурно-семантическом анализе, не претендуют на абсолютную объективность и имеют скорее вероятностный характер. Вместе с тем результативность диагностико-коррекционного процесса может служить косвенным подтверждением в целом верного понимания ситуации.

Представленная стенограмма работы с респондентом указывает на наличие внутриличностных противоречий, которые обусловлены спецификой семейных отношений и травматичным опытом воспитания. Диагностико-коррекционная работа с респондентом Е. раскрывает проблемы зависимости от родителей (к-ты 126–129, 136, 138, 161–163, 169, 176, 177, 187, 192, 196, 197) и одновременно стремления к независимости и самостоятельности (к-ты 72, 73, 126–128, 134–136, 163). Такое противоречие порождает тенденцию к разрушению отношений с окружающими, что выражается в страхе отношений с другими людьми (к-ты 66, 123, 124, 126, 127, 133, 134, 136, 138, 180) и в потребности в общении с окружающими (к-ты 138, 192). Зависимость респондента от воспитательных воздействий со стороны родителей притормаживает желание гармоничных отношений с ними (123, 124, 128 – 130, 162, 163, 170, 181–183, 192). При этом респондент проявляет стремление к гармоничным отношениям с родителями (к-ты 70, 71, 73, 74, 75, 136, 137, 161–163, 167, 200), поскольку присутствует потребность в близости. Чувство неполноценности (к-ты 68, 129, 138, 197, 200) задает стремление к превосходству (к-ты 135, 136–138, 177, 192). Такие деструктивные противоречивые тенденции оказывают влияние на личную жизнь респондента, проявляющееся в стремлении к душевной близости и любви (к-ты 162, 163, 166, 168, 170–173, 176, 187) и в то же время в отчуждении от любви партнера и высоких требованиях к нему (к-ты 138, 177, 180, 187, 200, 202).

Проведенный анализ психологической работы позволяет выделить основные внутриличностные противоречия респондента Е., которые представлены в табл. 3

Таблица 3

Внутриличностные противоречия респондента Е.

п/п	Жизнеутверждающие проявления		Деструктивные проявления
1	Стремление к самостоятельности и свободе	↔	Потребность в защите и помощи родителей
2	Стремление к гармоничным отношениям с родителями	↔	Проявление нежелания отношений с родителями
3	Потребность в отношениях с окружающими	↔	Страх отношений с окружающими
4	Тенденция к превосходству	↔	Чувство неполноценности
5	Тенденция к душевной гармонии и любви	↔	Тенденция к отчуждению от любви значимого Другого

Таким образом, выявлена детерминанта внутриличностных противоречий респондента Е. – зависимость от родителей, при которой усекается инициативность, устанавливаются запреты на проявление эмоций и активности, что может блокировать жизненный потенциал личности. Анализ представленного материала позволяет также утверждать, что такие травмирующие переживания оказывают влияние на формирование деструктивных тенденций личности, в частности, тревоги во взаимоотношениях с окружающими, а также трудностей в отношениях с партнером. Эмоциональные переживания, обусловленные негативным опытом, полученным в семье, вызывают чувство неполноценности. Травмирующий опыт, который приобретает ребенок, порождает не только стремление избежать неудачи, но и стремление компенсировать этот опыт.

Выявлено, что к проявлениям внутриличностного противоречия можно отнести следующие психологические явления: ощущение дисгармонии, сложности выражения чувств, тревожность и страх, чувство неполноценности, эгоцентризм, пассивность, блокировка творческого потенциала и самореализации, трудности адекватной саморефлексии и отражения адекватного восприятия других людей.

Выводы

Внутриличностное противоречие, проявляющееся в личностной проблеме субъекта, обладает императивной силой, и поскольку субъект не осознает истоки противоречий вследствие системы психологических защит, необходимым является оказание психологической помощи, нацеленной на ослабление и/или нивелирование внутренних противоречий. Метод осознания внутриличностных противоречий позволяет объективировать детерминанты психологических истоков противоречия и основных дисфункций психики будущего специалиста, которые деструктивно влияют на его личностное развитие, могут провоцировать эмоциональное выгорание и затруднять самореализацию и профессиональную деятельность. Раскрытию психологических истоков внутренних противоречий

личности способствует работа с использованием специальных психологических техник визуализированной самопрезентации. Такие метафорически-визуализированные техники позволяют раскрыть и осознать инфантильные детерминанты деструктивных проявлений личности. Это способствует освобождению будущего специалиста от психического напряжения, стресса, тревоги и т.д. Приведенный фрагмент стенограммы диагностико-коррекционного процесса иллюстрирует то, насколько актуализируется саморефлексия личности и каким образом происходит познание неосознаваемых детерминант личностной проблемы. Выявление и осознание внутриличностных противоречий оказывает воздействие на углубление понимания их сущности, а также на развитие оптимальной стратегии поведения в отношениях с другими людьми.

Перспективы дальнейших исследований мы видим в сравнении эффективности психологических техник метода осознания внутриличностных противоречий. Еще одним направлением исследовательской работы может стать изучение психологических детерминант внутриличностных противоречий у работающих специалистов и выяснение терапевтических возможностей авторского метода в деле их преодоления.

Литература

1. Адлер А. Индивидуальная психология. СПб.: Питер, 2017. 256 с.
2. Большой психологический словарь. 4-е изд. / под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. М.: АСТ Москва; СПб.: Прайм-Еврознак, 2009. 811 с.
3. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. Руководство практического психолога / Пер. с англ. В.В. Старовойтова; под ред. Ю.В. Божко. М.: Канон +, 2019. 272 с.
4. Выготский Л.С. Мышление и речь. Психологические исследования. М.: Национальное образование, 2019. 368 с.
5. Голованова Н.Ф., Дерманова И.Б. Направленность самоосуществления и личностное развитие подростка [Электронный ресурс] // Психолого-педагогические исследования. 2018. Том 10. № 3. С. 126–134. DOI:10.17759/psyedu.2018100311 (дата обращения: 26.06.2020).
6. Горлова Н.В., Хасан Б.И. Создание и апробация новой методики «Темы-ситуации» для диагностики психологической готовности к разрешению конфликтов развития в юности [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2013. Том 5. № 3. С. 69 – 82. URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n3/62446.shtml (дата обращения: 26.06.2020).
7. Ишанов С.А., Осин Е.Н., Костенко В.Ю. Личностное развитие и качество единения [Электронный ресурс] // Культурно-историческая психология. 2018. Том 14. № 1. С. 30–40. DOI: 10.17759/chp.2018140104 (дата обращения: 26.06.2020).
8. Кляйн М. Детский психоанализ. СПб.: Питер, 2018. 368 с.

9. Лапланиш Ж., Понталис Ж.Б. Словарь по психоанализу. 3-е изд. / Пер с франц. и науч. ред. Н.С. Автономовой. М.: Квадрига, 2017. 751 с.
10. Лейбин В.М. Словарь-справочник по психоанализу. СПб.: Питер, 2001. 688 с.
11. Леонтьев А.Н. О системном анализе в психологии // Психологический журнал. 1991. Том 12. № 4. С. 117–120.
12. Лурия А.Р. Язык и сознание. СПб.: Питер, 2019. 336 с.
13. Мерлин В.С. Психология индивидуальности. М.: МОДЭК, МПСИ, 2009. 544 с.
14. Мясищев В.Н. Психология отношений. М.: Изд-во «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «Модекс», 1995. 356 с.
15. Психологический словарь / Под ред. В.В. Давыдова [и др]. М.: Педагогика, 1983. 448 с.
16. Философский словарь / Под ред. И.В. Андрущенко [и др.]. Киев.: А.С.К., 2006. 1056 с.
17. Философский энциклопедический словарь / Под ред. Л.Ф. Ильичева. М.: Советская энциклопедия, 1983. 840 с.
18. Фрейд З. Психология бессознательного. СПб.: Питер, 2019. 528 с.
19. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза. СПб.: Питер, 2019. 240 с.
20. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб.: Питер, 2017. 608 с.
21. Шемякина О.О. Исследование внутриличностных конфликтов юношеского этапа развития [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2012. Том 4. № 2. URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n2/53529.shtml (дата обращения: 28.02.2020).
22. Юнг К.-Г. Психология бессознательного. М.: Канон+, 2013. 320 с.
23. Яценко Т.С. Методология глубинно-коррекционной подготовки психолога. Днепропетровск: Инновация, 2015. 394 с.
24. Adler A. Praxis und Theorie der Individualpsychologie. München: J.F. Bergmann-Verlag, 2013. 398 p.
25. Fromm E. Escape from Freedom. Stuttgart: Holt Paperbacks. 1994. 543 p.
26. Gignac G.E., Szodorai E.T. Effect size guidelines for individual differences researchers // Personality and Individual Differences. 2016. Vol. 102. pp. 74–78. DOI: 10.1016/j.paid.2016.06.069
27. Gorlova N., Romanyuk L., Vanbrabant L., et al. Meaning-in-life orientations and values in Youth: cross-cultural comparison // European Journal of Developmental Psychology. 2012. Vol. 6 № 9. P. 744–750. DOI: 10.1080/17405629.2012.689823

28. Maslow A. *Self-actualizing and Beyond Challenges of Humanistic Psychology*. N.Y.: McGraw-Hill, 1967. 326 p.

29. Perls F.S. *Das Ich, der Hunger und die Aggression. Die Anfaenge der Gestalttherapie*. Stuttgart: Klett-Cptta, 1978. 154 p.

30. Rogers C. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2007. Vol. 44. № 3. P. 95–103.

31. *The Handbook of Solitude. Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone* / R.J. Coplan, J.C. Bowker (eds.). Chichester, UK: Blackwell Publishing Ltd, 2014. 608 p. DOI: 10.1002/978111842737

References

1. Adler A. *Individualnaya psikhologiya [Individual psychology]*. Saint-Petersburg: Piter, 2017. 256 p. (In Russ.).

2. Bolshoi psikhologicheskii slovar [Great psychological dictionary], 4th ed. B.G. Meshcheryakov, V.P. Zinchenko (eds.). Moscow: AST Moskva; Saint-Petersburg: Praim-Evroznak, 2009. 811 p.

3. Boulbi Dzh. *Sozdanie i razrushenie emotsional'nykh svyazei. Rukovodstvo prakticheskogo psikhologa [The creation and destruction of emotional ties. Psychologist's Guide]*. Yu.V. Bozhko (ed.). Moscow: Kanon +, 2019. 272 p.

4. Vygotskii L.S. *Myshlenie i rech. Psikhologicheskie issledovaniya [Thinking and Speech. Psychological studies]*. Moscow: Natsionalnoe obrazovanie, 2019. 368 p.

5. Golovanova N.F., Dermanova I.B. *Napravlennost' samoosushchestvleniya i lichnostnoe razvitie podrostka [Orientation of self-realization and personal development of adolescents]. Psikhologo-pedagogicheskie issledovaniya [Psychological-Educational Studies]*, 2018, vol. 10, no. 3, pp. 126–134. DOI:10.17759/psyedu.2018100311. (In Russ., Abstr. in Engl.)

6. Gorlova N.V., Khasan B.I. *Sozdanie i aprobatsiya novoi metodiki «Temy-situatsii» dlya diagnostiki psikhologicheskoi gotovnosti k razresheniyu konfliktov razvitiya v yunosti [Creation and testing of a new methodology "Themes-situations" for the diagnosis of psychological readiness to resolve development conflicts in youth]. Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2013, vol. 5, no. 3, pp. 69–82. URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2013/n3/62446.shtml (Accessed 29.02.2020). (In Russ., Abstr. in Engl.).

7. Ishanov S.A., Osin E.N., Kostenko V.Yu. *Lichnostnoe razvitie i kachestvo uedineniya [Personal development and quality of privacy]. Kulturno-istoricheskaya psikhologiya [Cultural Historical Psychology]*, 2018, vol. 14, no. 1, pp. 30–40. DOI: 10.17759/chp.2018140104. (In Russ., Abstr. in Engl.).

8. Klyain M. *Detskii psikhoanaliz [Child Psychoanalysis]*. Saint-Petersburg: Piter, 2018. 368 p. (In Russ.).

9. Laplansh Zh., Pontalis Zh.B. Slovar po psikhoanalizu [Dictionary of Psychoanalysis], 3rd ed. N.S. Avtonomova (ed.). Moscow: Kvadriga, 2017. 751 p. (In Russ.).
10. Leibin V.M. Slovar-spravochnik po psikhoanalizu [Dictionary of Psychoanalysis]. Saint-Petersburg: Piter, 2001. 688 p. (In Russ.).
11. Leont'ev A.N. O sistemnom analize v psikhologii [About the system analysis in psychology]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal], 1991, vol. 12, no. 4, pp. 117–120. (In Russ., Abstr. in Engl.).
12. Luriya A.R. Yazyk i soznanie [Language and consciousness]. Saint-Petersburg: Piter, 2019. 336 p. (In Russ.).
13. Merlin V.S. Psikhologiya individualnosti [Psychology of personality]. Moscow: Modek, MPSI, 2009. 544 p. (In Russ.).
14. Myasishchev V.N. Psikhologiya otnoshenii [Relationship psychology]. A.A. Bodalev (ed.). Moscow: Publ. of Institut prakticheskoi psikhologii, Voronezh: NPO Modeks, 1995. 356 p. (In Russ.).
15. Psikhologicheskii slovar [Psychological dictionary]. V.V. Davydova (ed.). Moscow: Pedagogika, 1983. 448 p.
16. Filosofskii slovar [Philosophical Dictionary]. I.V. Andrushchenko (ed.). Kiev: A.S.K., 2006. 1056 p.
17. Filosofskii entsiklopedicheskii slovar [Philosophical Encyclopedic Dictionary]. L.F. Ilicheva (ed.). Moscow: Sovetskaya entsiklopediya, 1983. 840 p.
18. Freid Z. Psikhologiya bessoznatelnogo [Psychology of the unconscious]. Saint-Petersburg: Piter, 2019. 528 p.
19. Khorni K. Nashi vnutrennie konflikty. Konstruktivnaya teoriya nevroza [Our internal conflicts. Constructive Theory of Neurosis]. Saint-Petersburg: Piter, 2019. 240 p.
20. Kh'ell L., Zigler D. Teorii lichnosti [Theories of personality], 3rd ed. Saint-Petersburg: Piter, 2017. 608 p.
21. Shemyakina O.O. Issledovanie vnutilichnostnykh konfliktov yunosheskogo etapa razvitiya [The study of intrapersonal conflicts of the youthful stage of development]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education], 2012, vol. 4, no. 2. URL: https://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n2/53529.shtml (In Russ., Abstr. in Engl.).
22. Yung K.G. Psikhologiya bessoznatelnogo [Psychology of the unconscious]. Moscow: Kanon+, 2013. 320 p.
23. Yatsenko T.S. Metodologiya glubinno-korreksionnoi podgotovki psikhologa [Methodology depth-correctional psychologist training]. Dnepropetrovsk: Innovatsiya, 2015. 394 p.
24. Adler A. Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Munhen: J.F. Bergmann-Verlag, 2013. 398 p.

25. Fromm E. *Escape from Freedom*. Stuttgart: Holt Paperbacks. 1994. 543 p.
26. Gignac G.E., Szodorai E.T. Effect size guidelines for individual differences researchers. *Personality and Individual Differences*, 2016, vol. 102, pp. 74–78. DOI: 10.1016/j.paid.2016.06.069
27. Gorlova N., Romanyuk L., Vanbrabant L., Van de Schoot R. Meaning-in-life orientations and values in Youth: cross-cultural comparison. *European Journal of Developmental Psychology*, 2012, vol. 6, no. 9, pp. 744–750. DOI: 10.1080/17405629.2012.689823
28. Maslow A. *Self-actualizing and Beyond Challenges of Humanistic Psychology*. N.Y.: McGraw-Hill, 1967. 326 p.
29. Perls F.S. *Das Ich, der Hunger und die Aggression. Die Anfaenge der Gestalttherapie*. Stuttgart: Klett-Cptta, 1978. 154 p.
30. Rogers C. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2007, vol. 44, no. 3, pp. 95–103.
31. *The Handbook of Solitude. Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone*. R.J. Coplan, J.C. Bowker (eds.). Chichester, UK: Blackwell Publishing Ltd, 2014. 608 p. DOI: 10.1002/978111842737

Информация об авторах

Каткова Александра Сергеевна, преподаватель, кафедра социально-педагогических технологий и педагогики девиантного поведения, Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского (ФГАОУ ВО КФУ им. В.И. Вернадского), г. Ялта, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1632-1189>, e-mail: katkova.aleksasha@mail.ru

Вачков Игорь Викторович, доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры социальной педагогики и психологии, факультет педагогики и психологии, Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВПО МПГУ), г. Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7784-7427>, e-mail: igorvachkov@mail.ru

Information about the authors

Aleksandra S. Katkova, lecturer, Department of Social-Pedagogical Technologies and Pedagogy of Deviant Behavior, FSAEI of Higher Education «Crimean Federal University named after V.I. Vernadsky», Yalta, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1632-1189>, e-mail: katkova.aleksasha@mail.ru

Igor V. Vachkov, doctor of Psychology, Professor, Social Pedagogy and Psychology Chair, Pedagogy and Psychology Department, Moscow Pedagogical State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7784-7427>, e-mail: igorvachkov@mail.ru

Получена: 12.03.2020

Received: 12.03.2020

Принята в печать: 08.06.2020

Accepted: 08.06.2020

Каткова А.С., Вачков И.В.
Психологические детерминанты возникновения
внутриличностных противоречий студентов
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 2. С. 246–265.

Katkova A.S., Vachkov I.V.
Psychological Determinants of the Origin of
Intrapersonal Contradictions of Students
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 2, pp. 246–265.