

ISSN (online): 2304-0394



КЛИНИЧЕСКАЯ И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Clinical Psychology and Special Education

НАУЧНЫЙ
ЭЛЕКТРОННЫЙ
ЖУРНАЛ

2020. Том 9, № 4
2020. Vol. 9, no. 4

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Диденко А.В., Аксенов М.М., Аленина О.К.* Социальная фобия и избегающее расстройство личности: коморбидность и клинико-диагностические проблемы (аналитический обзор) 1–20

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Бехтер А.А.* Психологический анализ реактивно-проактивного совладания наркозависимых мужчин 21–35
- Заришняк Н.В., Кулбаисов А.М., Гаврилова Е.В.* Госпитализированные пациенты терапевтического профиля – взаимосвязь типа отношения к болезни и качества жизни 36–56
- Ларионов П.М., Гречуха И.А.* Роль алекситимии и когнитивной регуляции эмоций в развитии агрессивного поведения подростков 57–98
- Николаева А.Ю., Бурдукова Ю.А., Алексеева О.С., Ржанова И.Е., Бритова В.С.* Половая специфика диагностики флюидного интеллекта 99–114
- Стишенок И.В.* Снижение уровня агрессивности и тревожности приемных детей подросткового возраста методом сказкотерапии 115–127

ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Аланази М.С.* Мероприятия по поддержке девочек с нарушениями зрения в Саудовской Аравии: качественное исследование 128–150
- Котельникова А.В., Кукшина А.А., Бузина Т.С., Тихонова А.С.* Стратегия психокоррекционной работы в процессе медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции движения 151–168

МЕТОДЫ И МЕТОДИКИ

- Радчикова Н.П., Адашинская Г.А., Саноян Т.Р., Шупта А.А.* Шкала катастрофизации боли: адаптация опросника 169–187

НАУЧНЫЕ ДИСКУССИИ

- Майданский А.Д.* А.И. Мещеряков о формировании человеческой психики у слепоглохих детей 188–200

ХРОНИКА

- Кац Е.Э., Колосова Т.А., Сорокин В.М.* Августа Викторовна Ярмоленко: избранные страницы научной биографии (к 120-летию со дня рождения) 201–210

CONTENT

THEORETICAL RESEARCH

- Didenko A.V., Aksenov M.M., Alenina O.K.** Social Phobia and Avoidant Personality Disorder: Comorbidity and Clinical-Diagnostic Problems (Analytical Review) 1–20

EMPIRICAL RESEARCH

- Bekhter A.A.** Psychological Analysis of Reactive-Proactive Coping of Drug-Dependent Men 21–35
- Zarishnyak N.V., Kulbaisov A.M., Gavrilova E.V.** Hospitalized Patients with a Therapeutic Profile: The Relationship Between the Type of Attitude Towards Illness and the Quality of Life 36–56
- Larionov P.M., Grechukha I.A.** The Role of Alexithymia and Cognitive Emotion Regulation in the Development of Aggressive Behavior in Adolescents 57–98
- Nikolaeva A.Yu., Burdukova Yu.A., Alekseeva O.S., Rzhanova I.E., Britova V.S.** Gender Aspect of Fluid Intelligence Diagnostics 99–114
- Stsishanok I.V.** Normalization of Aggressiveness and Anxiety of Foster Children of Adolescent Age Through the Method of Fairy-Tale Therapy 115–127

APPLIED RESEARCH

- Alanazi M.S.** Intervention Services for Female Visually Impaired Children in Saudi Arabia: A Qualitative Exploration 128–150
- Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Buzina T.S., Tihonova A.S.** Strategy of Psycho-Correctional Work in Medical Rehabilitation of Patients with Movement Disorders 151–168

METHODS AND TECHNIQUES

- Radchikova N.P., Adashiskaya G.A., Sanoyan T.R., Shupta A.A.** Russian Adaptation of the Pain Catastrophizing Scale 169–187

SCIENTIFIC DISCUSSIONS

- Maidansky A.D.** Alexander Meshcheryakov on the Formation of the Human Psyche in Deaf-Blind Children 188–200

CHRONICLE

- Kats E.E., Kolosova T.A., Sorokin V.M.** Augusta Viktorovna Yarmolenko: Selected Pages of a Scientific Biography (to the Anniversary of 120th birthday) 201–210

Социальная фобия и избегающее расстройство личности: коморбидность и клинико-диагностические проблемы (аналитический обзор)

Диденко А.В.

*Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук (ФГБНУ ТНИМЦ РАН), г. Томск, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9796-1673>, e-mail: dedzone@yandex.ru*

Аксенов М.М.

*Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук (ФГБНУ ТНИМЦ РАН), г. Томск, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8949-6596>, e-mail: max1957@mail.ru*

Аленина О.К.

*Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук (ФГБНУ ТНИМЦ РАН), г. Томск, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7169-2647>, e-mail: dr.alenina.ok@mail.ru*

При оценке социальной фобии и избегающего расстройства личности ряд исследователей рассматривают их коморбидность в континууме социальной тревожности и избегания в рамках единого психического расстройства. На основании анализа и обобщения данных проведенных исследований показано, что социальная фобия и избегающее расстройство личности имеют тесные клинико-патогенетические связи, однако весьма дифференцированные в зависимости от вклада в формирование патологии биологических, социально-психологических и средовых факторов. На настоящем этапе изучения проблемы преждевременно говорить о существовании единого психического расстройства или его альтернативной концептуализации. Предложены направления дальнейшего изучения коморбидных взаимоотношений, связанных с поиском маркеров различий между избегающим расстройством личности и социальной фобией в виде биологических, личностных, когнитивных и поведенческих (избегающее поведение) параметров. Перспективным представляется исследование указанных маркеров в динамике, а также в контексте влияния средовых и социокультурных факторов. Полученные в ходе дальнейших исследований данные могут быть востребованы в терапевтической практике.

Ключевые слова: социальная фобия, социально-тревожное расстройство, избегающее расстройство личности, коморбидность.

Диденко А.В., Аксенов М.М., Аленина О.К.
Социальная фобия и избегающее расстройство личности: коморбидность и клинико-диагностические проблемы (аналитический обзор)
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 1–20.

Didenko A.V., Aksenov M.M., Alenina O.K. Social Phobia and Avoidant Personality Disorder: Comorbidity and Clinical-Diagnostic Problems (Analytical Review) Clinical Psychology and Special Education 2020, vol. 9, no. 4, pp. 1–20.

Для цитаты: Диденко А.В., Аксенов М.М., Аленина О.К. Социальная фобия и избегающее расстройство личности: коморбидность и клинико-диагностические проблемы (аналитический обзор) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 1–20. DOI: 10.17759/cpse.2020090401

Social Phobia and Avoidant Personality Disorder: Comorbidity and Clinical-Diagnostic Problems (Analytical Review)

Alexander V. Didenko

*Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9796-1673>, e-mail: dedzone@yandex.ru*

Mikhail M. Aksenov

*Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8949-6596>, e-mail: max1957@mail.ru*

Olesya K. Alenina

*Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7169-2647>, e-mail: dr.alenina.ok@mail.ru*

When assessing social phobia and avoidant personality disorder, a number of researchers consider their comorbidity in the continuum of social anxiety and avoidance within a single mental disorder. Based on the analysis and generalization of research data, it is shown that social phobia and avoidant personality disorder have close clinical and pathogenetic links, but very differentiated depending on the contribution of biological, socio-psychological and environmental factors to the formation of pathology. At the present stage of studying the problem, it is premature to talk about the existence of a single mental disorder or its alternative conceptualization. The directions for further study of comorbid relationships associated with the search for markers of differences between avoidant personality disorder and social phobia in the form of biological, personality, cognitive and behavioral (avoidant behavior) parameters are proposed. The study of these markers in dynamics, as well as in the context of the influence of environmental and sociocultural factors, seems promising. The data obtained in the course of further research will be in demand in therapeutic practice.

Keywords: social phobia, social-anxiety disorder, avoidant personality disorder, comorbidity.

For citation: Didenko A.V., Aksenov M.M., Alenina O.K. Social Phobia and Avoidant Personality Disorder: Comorbidity and Clinical-Diagnostic Problems (Analytical Review). *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 4, pp. 1–20. DOI: 10.17759/cpse.2020090401 (In Russ.)

Введение

За последние два десятилетия изучения социальной фобии (СФ) представления о данном расстройстве претерпели ряд изменений, имеющих важные концептуальные и клинические последствия. Обозначены новые аспекты изучения, связанные с оценкой гендерных различий выраженности тревожной реакции, ее соразмерности в социокультурном контексте [22; 32]. Описаны некоторые клиничко-психологические модели, объясняющие механизмы возникновения и поддержания социальной тревоги: многофакторная и метакогнитивная концепции, а также двойная модель – социальной аффилиации и социального поражения [3; 6; 19].

Несмотря на широкую распространенность СФ, отмечается противоречивость эпидемиологических данных, представленных разными авторами. Так, разброс показателей распространенности СФ в течение года составляет от 2% до 10%, а распространенность в течение жизни – от 5% до 15% [15; 47]. Установлено, что обращение к врачу и диагностика СФ связаны с выраженностью коморбидных психопатологических проявлений и их динамикой. По данным E. Weiller и соавторов, только 5% пациентов с «неосложненными» СФ обращаются за помощью [57]. С другой стороны, лица с выраженными социальным избеганием и изоляцией не получают лечение и не включены в эпидемиологические исследования [49].

Указанные эпидемиологические особенности можно объяснить гетерогенностью проявлений СФ, различиями в интенсивности аффективного компонента, влияющего на обращение за лечением. Данные исследований указывают на то, что клиническая картина у пациентов с СФ в сочетании с избегающим расстройством личности (ИРЛ) показывает проявления более высокого уровня тревожности и снижения социального функционирования по сравнению с пациентами с СФ без коморбидной патологии [16; 26; 30]. В исследованиях пациентов с СФ отмечается, что уровни тревоги и ее избегания, оцененные в баллах по шкале Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) [21], выше у пациентов с СФ, имеющих ИРЛ, чем у пациентов с СФ без ИРЛ [18]. В исследовании L. Lamre было показано, что частота депрессии, суицидальных мыслей и суицидальных попыток были выше в группе людей с СФ и ИРЛ по сравнению с группой людей, страдающих СФ без ИРЛ [31]. Таким образом, личностные черты, входящие в круг тревожных расстройств личности, также могут оказывать существенное влияние на клиничко-динамические проявления социальной фобии. Однако взгляды ученых на коморбидные взаимоотношения в психиатрии остаются противоречивыми [1]. Одной из центральных является проблема взаимоотношения патохарактерологических (аномально-личностных) и психопатологических проявлений, связанных с социальным избеганием и страхом оценки. Возможна ли

стабилизация клинической картины и сглаживание поведенческих проявлений СФ при компенсации ИРЛ? Или фобическая симптоматика является непосредственным проявлением ИРЛ и не может существовать вне личностного контекста? Существуют ли маркеры различий в проявлениях СФ и ИРЛ, или они взаимно перекрывают друг друга? Решение указанных проблем способствовало бы уточнению клиничко-диагностических границ между двумя расстройствами и пониманию патогенетической общности.

В этой связи **целью** настоящего исследования явились проведение анализа литературных источников по проблеме взаимоотношения СФ и ИРЛ, а также попытка их систематизации и определения направлений дальнейшего изучения коморбидных взаимоотношений и взаимовлияний невротических и патохарактерологических проявлений тревожных и личностных расстройств.

Континуальный подход и гетерогенность нозологической принадлежности социальной фобии

Как отмечается в DSM-5 [9], существующий спектр расстройств, при которых социальная тревожность является ключевым признаком, включает в себя СФ и ряд расстройств личности. Проявления СФ наиболее часто связаны с расстройствами личности кластера С (избегающее, зависимое, обсессивно-компульсивное расстройства), хотя и встречаются их сочетания с другими типами личностных расстройств [2]. По мнению Т. Millon [36], коморбидность СФ с личностными расстройствами составляет 94%, при этом с ИРЛ – 67%, с шизоидным расстройством личности – 35%, а с зависимым – 23%. Меньшую частотность имеют сочетания СФ с обсессивно-компульсивным (7,3%) и шизотипическим (8,5%) личностными расстройствами. I. Martensdottir и коллеги отмечают, что ИРЛ коморбидно СФ в 46% случаев [34]. С момента появления ИРЛ и СФ в структуре DSM-III в рамках многоосевой диагностики они рассматривались как отдельные диагностические категории, границы между которыми строго не определены.

Одна из наиболее распространенных концепций, объясняющих подобные взаимоотношения, – континуальная. В ней определен единый спектр симптоматики, связанной с социальной тревогой, представляющий собой континуум в виде проявлений нормальной социальной тревожности в виде застенчивости как непатологической черты [23], негенерализованной СФ, генерализованной СФ и ИРЛ. При этом наиболее тяжелый вариант клинических проявлений социальной тревожности в виде ИРЛ характеризуется гомогенным межличностным профилем социального избегания в рамках *circumplex* модели [27; 50].

Однако существует множество доказательств того, что СФ представляет собой гетерогенную категорию, вступающую в сложные и нелинейные взаимоотношения с личностными чертами, что может быть связано со значительной гетерогенностью уровней социальной тревожности, нарушений социальных навыков, степени избегания и выраженности психовегетативного возбуждения, сопровождающего эти проявления [39; 44]. Неспособность некоторых исследований показать более выраженный дистресс и нарушения социального функционирования в выборке

пациентов с ИРЛ без коморбидной СФ говорит о том, что ИРЛ не является более тяжелым проявлением СФ.

В исследовании Д.В. Ястребова обнаружено, что симптоматика СФ регистрируется при широком круге коморбидной психической патологии: личностных расстройствах, хроническом бредовом и шизоаффективном расстройствах, а также шизофрении [8]. СФ, коморбидная ИРЛ, характеризуется относительно благоприятной динамикой, поскольку СФ выступает в виде психопатологического образования, вторичного по отношению к личностному расстройству, и формируется по механизму трансформации из патологических проявлений в психопатологические. Таким образом, основную роль в динамике состояния играет расстройство личности, полностью определяющее особенности течения СФ [4]. В этой связи ведущую роль в стабилизации симптоматики играет избегающее стереотипное поведение, предупреждающее манифестацию СФ, а возникновение социальной тревоги возможно при сочетании СФ с другими тревожно-фобическими проявлениями.

В работе Д.А. Чугунова показано, что пациенты с фобиями, в т.ч. СФ, госпитализируются в психиатрический стационар преимущественно по клиническим мотивам, с тенденцией к генерализации фобий, с множественностью фобической симптоматики и наличием коморбидных им психических расстройств [7]. Преобладающие личностные особенности пациентов характеризовались преобладанием шизоидных и сенситивных черт (по 45,4%), реже отмечались психастенические черты (27,3%). При этом на начальных этапах развития СФ, начиная с подростково-юношеского периода, коморбидная патология либо не была представлена, либо не достигала клинически значимого уровня. В дальнейшем на фоне увеличения интенсивности клинических проявлений страха присоединялась и коморбидная симптоматика, которая не была представлена личностными расстройствами.

Заслуживает внимания исследование Е. Ralevski и коллег [40]. Из общей выборки (668 пациентов с РЛ по DSM-IV) были отобраны две группы лиц, самостоятельно обратившиеся за медицинской помощью: 224 человека только с ИРЛ и 101 человек с ИРЛ и СФ. В результате сравнительного анализа через 6 месяцев, проведенного с помощью интервью (The Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation [28]), было установлено следующее. Обе группы не отличались по половозрастным признакам, уровню образования, трудовой занятости, а также по уровню коморбидности с другими психическими расстройствами. Однако были выявлены различия по количеству присутствующих признаков и выраженности симптомов социального избегания, которое было менее интенсивно у лиц с ИРЛ без СФ. Тем не менее, значимых клинических различий и различий, определяемых по шкале Global Assessment of Functioning Scale (GAFS) между двумя группами не отмечалось. Дальнейший сравнительный анализ через 12 и 24 месяца показал, что относительная компенсация состояния (в виде коротких и длительных по времени периодов компенсации) преобладала у пациентов с ИРЛ без СФ. В среднем уровень функционирования по шкале GAFS у участников обеих групп был невысоким и примерно одинаковым. Авторы констатировали, что клинические различия между

двумя группами отсутствуют. Однако отсутствие различий в данном случае можно объяснить крайней выраженностью психопатологической симптоматики у пациентов, самостоятельно обратившихся по поводу лечения.

Как указывает D. Rettew, пациенты с СФ и ИРЛ могут иметь сходные этиологические факторы, клинические проявления и течение, а также лежащие в их основе характерологические черты, проявляющиеся в виде стеснительности (застенчивости) [42]. Поскольку для описания течения и проявлений расстройств используются сходные параметры, то в ряде случаев характеристики этих двух расстройств могут перекрывать друг друга и затруднять дифференциальную диагностику.

Категориальный и размерный анализ коморбидных взаимоотношений

По мнению А. Pelissolo, при изучении проблемы коморбидности СФ и ИРЛ возможно использование сочетания двух подходов: категориального анализа СФ и ИРЛ и размерного анализа с оценкой фиксируемых показателей, таких как уровень нейротизма, избегающего поведения, выраженности тревоги, особенности когнитивных процессов, протекающих у лиц с ИРЛ и СФ [38].

Так, в исследовании M.G. Savoia и др. с использованием Опросника темперамента и характера К. Клонингера (ТСИ [13]) были изучены психопатологические характеристики 108 пациентов с СФ [46]. В сравнении с нормативными показателями у пациентов с СФ отмечались низкие значения по шкалам Поиска новизны, Настойчивости, Само-направленности, Личностного потенциала и высокий показатель по шкале Избегания вреда. Указанные особенности позволили авторам исследования высказать предположение о том, что СФ нельзя рассматривать только как расстройство тревожного спектра, поскольку различия по ТСИ могут говорить о вкладе личностных черт в развитие СФ, проявления которых имеют аномальный характер. Данные I. Martensdottir и коллег о взаимосвязях между проявлениями СФ и отклоняющимися от нормативных значений параметрами шкал ТСИ говорят о характерологической незрелости обследованных [35]. В соответствии с теорией К. Клонингера Избегание вреда является врожденным качеством темперамента, связанным с высокой активностью серотонинэргической системы, что говорит о наличии у лиц с СФ биологически детерминированного поведенческого торможения, пессимистичного беспокойства и пассивного избегающего поведения, такого как страх неопределенности и застенчивость [14].

Пациенты с СФ имеют более высокий уровень по шкале GAFS и более низкие уровни общего симптоматического дистресса и межличностных проблем, чем пациенты с ИРЛ [25]. По мнению исследователей, эти две группы схожи по областям, которые относятся к социальной тревожности и интроверсии, но ИРЛ связано с более широким спектром симптомов и межличностных проблем, носящих эгосинтонический характер. При этом динамика ИРЛ была связана с другими психопатологическими проявлениями, например, с расстройствами пищевого поведения, а динамика СФ – с паническим расстройством.

Ряд исследований были посвящены изучению самооценки пациентов с ИРЛ и СФ. Например, в исследовании D.L. Chambless и др. [11] была выявлена более низкая самооценка у пациентов с диагнозом ИРЛ независимо от тяжести коморбидной СФ. Низкий уровень самооценки является опосредующей переменной, связанной с неблагоприятным исходом терапии ИРЛ коморбидного СФ [17]. В качестве наиболее стабильных признаков ИРЛ отмечается низкая самооценка с чувством личной неадекватности и социальной некомпетентности, недостаточности доминирования и аффилиации, а выявление паттернов соответствия/несоответствия между личностными проявлениями и патологией тревожного кластера позволяет рассматривать их как дифференцирующие признаки различий между СФ и ИРЛ [48].

Исследование личностных черт, в рамках личностной модели Большой пятерки [20] у пациентов с СФ, а также изучение посредством близнецового метода связей этих черт с генетическими и средовыми факторами показали различия между ИРЛ и СФ [58]. В выборке людей с ИРЛ отрицательная связь была найдена между степенью влияния генетических факторов и Экстраверсией и Открытостью. У людей с СФ была обнаружена положительная корреляция между степенью влияния генетических факторов и Нейротизмом. При оценке влияния средовых факторов на ИРЛ была выявлена их позитивная корреляция с Нейротизмом, в то время как негативные корреляции были обнаружены с четырьмя другими чертами. Подобные корреляции средовых факторов и черт Большой пятерки были обнаружены и для СФ. Указанные выше и проведенные ранее аналогичные исследования [29] говорят о том, что ИРЛ и СФ дифференцировано взаимосвязаны с некоторыми личностными чертами, рассматриваемыми в рамках концепции Большой пятерки, что наблюдается не только на уровне фенотипических проявлений, но и тогда, когда исследуются лежащие в их основе генетические и средовые влияния. Предполагается, что этиологические факторы, лежащие в основе черт Большой пятерки, могут быть использованы для объяснения генетических и средовых влияний, оказываемых на формирование ИРЛ и СФ.

Представленные данные подтверждают обнаруженную генетическую взаимосвязь между ИРЛ и СФ в виде более широкой представленности родственников (первой степени родства) пациентов с СФ коморбидной ИРЛ, имеющих генерализованные СФ [53].

T. Reichborn-Kjennerud и коллеги исследовали 1427 близнецовых пар женского пола и обнаружили, что развитие ИРЛ и СФ было подвержено влиянию равных по силе генетических факторов, в то время как средовые факторы, влияющие на развитие этих двух расстройств, оказались некоррелированными [41]. После проведения обследования тех же пар близнецов через 10 лет был сделан вывод о том, что взаимоотношения между ИРЛ и СФ лучше всего объясняются с помощью модели различий, в которой вклад определенных личностных черт играет ведущую роль в дифференциации ИРЛ и СФ, хотя и с высокой корреляцией наследственной связи ($r=0,66$ для СФ и $r=0,71$ для ИРЛ). Коэффициент корреляции генетических и средовых компонентов составил $r=0,84$ и $r=0,59$ соответственно. Таким образом, обнаружение частично различающихся факторов риска может указывать на

качественные различия в этиологии расстройств, при этом генетические факторы представляют собой влияния, не зависящие от времени развития расстройства, в то время как средовые (внешние) факторы были значимы в определенные моменты времени [55].

Существуют также и другие потенциальные направления изучения коморбидных взаимоотношений между СФ и ИРЛ. Одним из таких является анализ дисфункциональных убеждений, схем структурирования и интерпретации информации пациентами с СФ и ИРЛ в рамках конструкта Когнитивной уязвимости [24; 52]. Данные обзоров говорят о сложности выделения специфических паттернов когнитивных искажений, типичных для СФ или ИРЛ, поскольку механизмы реагирования на социальные ситуации предполагают преломление их через индивидуально-типологический профиль личности. Факторы, составляющие основу когнитивной модели СФ, структурно и функционально могут быть связаны с аналогичными искажениями когнитивной сферы, наблюдаемыми при ИРЛ, что подтверждается эффективностью проводимой когнитивно-поведенческой психотерапии [45]. К числу факторов риска развития когнитивных искажений у лиц с СФ можно отнести следующие:

- наличие социального тревожного расстройства, других тревожных расстройств, аффективных нарушений и зависимости от алкоголя у родителя (родителей) [12];
- изоляция детей от социального опыта, чрезмерная опека родителей [10];
- негативный опыт социальных отношений, пережитых в детско-подростковом возрасте, связанный с изоляцией, запугиванием, игнорированием [54];
- влияние травматических событий: вынужденное отделение от родителей, смерть, развод, изнасилование и/или растление со стороны родственника, вербальная и физическая агрессия [33].

Выявляемые особенности когнитивной сферы лиц с СФ представлены в виде следующих феноменов:

- искажение внимания – бдительность к угрозе в окружающем мире, избирательность внимания, направленная на социальную угрозу [59];
- бдительность–избегание – повышенная бдительность к потенциальным угрозам в своей среде и мотивация к избеганию угрозы, уменьшению ее воздействия или отрицанию ее существования; повышенная чувствительность к эмоциональным реакциям окружающих любого типа (положительным и отрицательным), искажения и избегание при восприятии выражений лица, взгляда [56];
- искажение запоминания информации – избегание воспроизведения содержания, носящего угрожающий характер, восприимчивость к информации релевантной социальной угрозе [43];
- искажения суждений и интерпретации поступающей информации: интерпретация социальных событий, окрашенная страхом и тоской; доминирование

чувственного компонента познания с переживанием одиночества, приводящее к формулировке ложных выводов о представлении себя в глазах окружающих [51].

Однако выделяемые параметры когнитивных искажений находят свое отражение в исследованиях преимущественно СФ, но не ИРЛ, а тем более коморбидных расстройств. До настоящего времени отмечаются лишь единичные исследования, в которых бы сравнивали ИРЛ и СФ. Тем не менее, существующие некоторые обобщения о коморбидности СФ и ИРЛ, описываемые в рамках модели когнитивных искажений, можно представить в виде двух основных тезисов:

1. ИРЛ и СФ – единое психическое расстройство с общей симптоматикой, поскольку выявляются схожие проявления когнитивных искажений [2];

2. существуют значимые фиксируемые различия, связанные с когнитивными процессами, сопровождающими СФ и ИРЛ (например, способность к снижению тревоги через когнитивную переработку событий), на основании которых их можно дифференцировать [37], однако выявляемые различия минимальны или даже отсутствуют при анализе генерализованной СФ и ИРЛ, а также при наличии других сопутствующих психических расстройств.

Заключение

Таким образом, представленный анализ проблемы коморбидности СФ и ИРЛ позволяет отметить, что в клиническом плане существует весьма тесная, но дифференцированная связь между СФ и проявлениями ИРЛ. Однако на настоящем этапе изучения проблемы наличие сходных клинических проявлений пока не дает оснований говорить о существовании единого этиопатогенеза, или формирования единого психического расстройства, или альтернативной концептуализации одного и того же, либо подобных состояний. В этой связи континуум тяжести социальной тревоги и избегания как объяснительная модель взаимосвязи между субклиническими проявлениями избегающего поведения и социальной тревоги с СФ и ИРЛ не может обладать специфичностью для объяснения сходства и различия между этими расстройствами. С другой стороны, анализ проявлений СФ в рамках динамики личностных расстройств ставит исследователей в потенциально-уязвимую позицию, связанную с возможным расширением границ личностной патологии при отсутствии четких дифференциально-диагностических критериев [5]. Поэтому необходим поиск маркеров различий, рассматриваемых в широком контексте и учитывающих не только биологическую (генетическую) заинтересованность в развитии СФ и ИРЛ как коморбидной патологии, но и личностный подход, ассоциированный с анализом Я-концепции, оценкой выраженности аномальных личностных черт, анализом специфики зависимого и избегающего поведения, влияния средовых, социокультурных факторов, а также вклада уязвимости когнитивной сферы (когнитивных искажений), определяющих сходство и различие между СФ и ИРЛ. Перспективным направлением будет динамическое изучение указанных выше параметров, проведенное на отдельных группах пациентов с СФ, ИРЛ и их сочетанием. В этой связи динамический подход позволит уточнить границы ИРЛ, указать возможные механизмы динамики (выявить условия перекрывания патохарактерологических

и психопатологических проявлений). С другой стороны, он позволит определить проявления коморбидной патологии за счет выявления общих и специфических маркеров (например, когнитивных и личностных). Применение интегративных стратегий терапии СФ и ИРЛ, направленных на различные мишени (например, когнитивные искажения, неприятие чувства стыда и избегающее поведение, нестабильность аффективной сферы), представляется эффективным и научно обоснованным.

Литература

1. *Гиленко М.В., Вандыш-Бубко В.В.* Коморбидность психических расстройств: история развития взглядов на проблему, определение, классификации (аналитический обзор) // Российский психиатрический журнал. 2011. № 4. С. 73–78.
2. *Сагалакова О.А., Труевцев Д.В.* Социальное тревожное расстройство в структуре личностно-аномального синдрома: когнитивные схемы и нарушение селективности внимания [Электронный ресурс] // Известия Алтайского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. 2011. № 2-1. URL: <http://izvestia.asu.ru/2011/2-1/psych/TheNewsOfASU-2011-2-1-psyh-04.pdf> (дата обращения: 03.06.2020).
3. *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.
4. *Смулевич А.Б.* Психопатологические образования и расстройства личности (к проблеме динамики психопатий) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000. № 6. С. 8–13.
5. *Смулевич А.Б.* Психопатология личности и коморбидных расстройств: учебное пособие. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 208 с.
6. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.* Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Том. 8. № 1. С. 94–102.
7. *Чугунов Д.А.* Клинико-динамическая характеристика фобий у больных психиатрического стационара: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2018. 242 с.
8. *Ястребов Д.В.* Социальная фобия и сенситивные идеи отношения (клиника и терапия): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2000. 17 с.
9. American Psychiatric Association. (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: APA, 2013. 991 p.
10. *Caster J.B., Inderbitzen H.M., Hope D.* Relationship between youth and parent perceptions of family environment and social anxiety // Journal of Anxiety Disorders. 1999. Vol. 13. P. 237–251. DOI: 10.1016/S0887-6185(99)00002-X

11. *Chambless D.L., Fydrich T., Rodebaugh T.L.* Generalized social phobia and avoidant personality disorder: Meaningful distinction or useless duplication? // *Depression and Anxiety*. 2008. Vol. 25. P. 8–19. DOI: 10.1002/da.20266
12. *Chartier M.J., Walker J.R., Stein M.B.* Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample // *Psychological Medicine*. 2001. Vol. 31. P. 307–315. DOI: 10.1017/S0033291701003348
13. *Cloninger C.R., Przybeck T.R., Svrakic D.M. et al.* Configural Analysis of the TCI: Classification and Description of Profile Types. In C.R. Cloninger, T.R. Przybeck, D.M. Svrakic, R.D. Wetzel (eds.), *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*, St. Louis: Washington University Center for Psychobiology of Personality, 1994. P. 19–28.
14. *Cloninger C.R., Svrakic D.M., Przybeck T.R.* A psychobiological model of temperament and character // *Archives of General Psychiatry*. 1993. Vol. 50. P. 975–990. DOI: 10.1001/archpsyc.1993.01820240059008
15. *Crome E., Grove R., Baillie A.J. et al.* DSM-IV and DSM-5 social anxiety disorder in the Australian community // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2015. Vol. 49. № 3. P. 227–235. DOI: 10.1177/0004867414546699
16. *Eikenaes I., Hummelen B., Abrahamsen G. et al.* Personality functioning in patients with avoidant personality disorder and social phobia // *Journal Personal Disorders*. 2013. Vol. 27. № 6. P. 746–763. DOI: 10.1521/pedi_2013_27_109
17. *Feske U., Perry K.J., Chambless D.L. et al.* Avoidant personality disorder as a predictor for treatment outcome among generalized social phobics // *Journal of Personality Disorders*. 1996. Vol. 10. P. 174–184. DOI: 10.1521/pedi.1996.10.2.174
18. *Frandsen F.W., Simonsen S., Poulsen S. et al.* Social anxiety disorder and avoidant personality disorder from an interpersonal perspective // *Psychology and Psychotherapy*. 2020. Vol. 93. № 1. P. 88–104. DOI: 10.1111/papt.12214.
19. *Gilboa-Schechtman E.A* Dual-System Model of social anxiety disorder: The interplay of the social-rank and affiliation biopsychosocial systems // *Clinical Psychology and Special Education* 2020. Vol. 9. № 3. P. 15–33. DOI: 10.17759/cpse.2020090302
20. *Goldberg L.R.* An alternative «description of personality»: The Big-Five factor structure // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990. Vol. 59. № 6. P. 1216–1229. DOI: 10.1037/0022-3514.59.6.1216
21. *Heimberg R., Horner K.J., Juster H.R. et al.* Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale // *Psychological Medicine*. 1999. Vol. 29. P. 199–212. DOI: 10.1017/s0033291798007879
22. *Heimberg R.G., Hofmann S.G., Liebowitz M.R., Schneier F.R., Smits J.A., Stein M.B., Hinton D., Craske M.G.* Social anxiety disorder in DSM-5 // *Depression and Anxiety*. 2014. Vol. 31. № 6. P. 472–479. DOI:10.1002/da.22231

23. *Henderson L.E., Zimbardo P.G.* Shyness, social anxiety, and social phobia. In S. Hofmann, P. di Bartolo (eds.), *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives*, 2nd ed. New York: Elsevier, 2010. P. 65–76. DOI: 10.1016/B978-0-12-375096-9.00003-1
24. *Hopwood C.J., Schade N., Krueger R.F. et al.* Connecting DSM-5 personality traits and pathological beliefs: Toward a unifying model // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2013. Vol. 35. P. 162–172. DOI: 10.1007/s10862-012-9332-3
25. *Hummelen B., Wilberg T., Pedersen G. et al.* The relationship between avoidant personality disorder and social phobia // *Comprehensive Psychiatry*. 2007. Vol. 48. P. 348–356. DOI: 10.1016/j.compsych.2007.03.004
26. *Huppert J.D., Strunk D.R., Ledley D.R. et al.* Generalized social anxiety disorder and avoidant personality disorder: structural analysis and treatment outcome // *Depression and Anxiety*. 2008. Vol. 25. № 5. P. 441–448. DOI:10.1002/da.20349
27. *Isomura K., Boman M., Rück C. et al.* Population-based, multi-generational family clustering study of social anxiety disorder and avoidant personality disorder // *Psychological Medicine*. 2015. Vol. 45. № 8. P. 1581–1589. DOI: 10.1017/S0033291714002116
28. *Keller M., Lavori P.W., Friedman B. et al.* The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation: a comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies // *Archives of General Psychiatry*. 1987. Vol. 44. P. 540–548. DOI: 10.1001/archpsyc.1987.01800180050009
29. *Kotov R., Gamez W., Schmidt F. et al.* Linking «big» personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis // *Psychological Bulletin*. 2010. Vol. 136. P. 768–821. DOI: 10.1037/a0020327
30. *Koyuncu A., İnce E., Ertekin E. et al.* Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges // *Drugs Context*. 2019. Vol. 8. № 212573. DOI: 10.7573/dic.212573
31. *Lampe L., Malhi G.S.* Avoidant personality disorder: current insights // *Psychology research and behavior management*. 2018. Vol. 8. № 11. P. 55–66. DOI: 10.2147/PRBM.S121073
32. *Liebowitz M.R., Heimberg R.G., Fresco D.M. et al.* Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name? // *Archives of General Psychiatry*. 2000. Vol. 57. P. 191–192. DOI: 10.1001/archpsyc.57.2.191-a
33. *Magee W.J.* Effects of negative life experiences on phobia onset // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1999. Vol. 34. P. 343–351. DOI: 10.1007/s001270050154
34. *Marteinsdottir I., Furmark T., Tillfors M. et al.* Personality traits in social phobia // *European Psychiatry*. 2001. Vol. 16. P. 143–150. DOI: 10.1016/S0924-9338(01)00555-7

Диденко А.В., Аксенов М.М., Аленина О.К.
Социальная фобия и избегающее расстройство
личности: коморбидность и клинико-
диагностические проблемы (аналитический обзор)
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 1–20.

*Didenko A.V., Aksenov M.M., Alenina O.K. Social Phobia
and Avoidant Personality Disorder: Comorbidity and
Clinical-Diagnostic Problems (Analytical Review)
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 1–20.*

35. *Marteinsdottir I., Tillfors M., Furmark T. et al.* Personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory (TCI) in subjects with social phobia // *Nordic Journal of Psychiatry*. 2003. Vol. 57. P. 29–35. DOI: 10.1080/08039480310000239
36. *Millon T.* Disorders of Personality: Introducing a DSM/ICD Spectrum from normal to abnormal, 3rd ed. New Jersey: John Wiley and Sons, 2011. 1105 p.
37. *O'Day E.B., Morrison A.S., Goldin P.R. et al.* Social anxiety, loneliness, and the moderating role of emotion regulation // *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2019. Vol. 38. № 9. P. 751–773. DOI: 10.1521/jscp.2019.38.9.751.
38. *Pelissolo A.* Anxiety: personality, life style or illness? // *L Encéphale*. 1998. Vol. 24. № 3. P. 247–251.
39. *Rahm-Knigge R.L., Prince M.A., Conner B.T.* Social interaction anxiety and personality traits predicting engagement in health risk sexual behaviors // *Journal of Anxiety Disorders*. 2018. Vol. 57. P. 57–65. DOI: 10.1016/j.janxdis.2018.05.002.
40. *Ralevski E., Sanislow C.A., Grilo C.M. et al.* Avoidant personality disorder and social phobia: distinct enough to be separate disorders? // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005. Vol. 112. P. 208–214. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00580.x
41. *Reichborn-Kjennerud T., Czajkowski N., Torgersen S. et al.* The relationship between avoidant personality disorder and social phobia: a population based twin study // *American Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 164. P. 1722–1728. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.06101764
42. *Rettew D.* Avoidant personality disorder, generalized social phobia, and shyness: putting the personality back into personality disorders // *Harvard Review of Psychiatry*. 2000. Vol. 8. P. 283–297. DOI: 10.1093/hrp/8.6.283
43. *Romano M., Moscovitch D.A., Huppert J.D. et al.* The effects of imagery rescripting on memory outcomes in social anxiety disorder // *Journal of Anxiety Disorders*. 2020. Vol. 69. № 102169. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102169.
44. *Romano M., Moscovitch D.A., Ma R. et al.* Social problem solving in social anxiety disorder // *Journal of Anxiety Disorders*. 2020. Vol. 68. P. 1–9. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102152.
45. *Santoft F., Salomonsson S., Hesser H. et al.* Processes in cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: Predicting subsequent symptom change // *Journal of Anxiety Disorders*. 2019. Vol. 67. № 102118. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102118.
46. *Savoia M.G., de Barros Neto T.P., Vianna A.M. et al.* Evaluation of personality traits in social phobia patients // *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2009. Vol. 37. № 2. P. 57–59.
47. *Schneier F., Goldmark J.* Social Anxiety Disorder. In D.J. Stein, B. Vythilingum (eds.), *Anxiety Disorders and Gender*. Cham: Springer International Publishing Switzerland, 2015. P. 49–57. DOI:10.1007/978-3-319-13060-6_3

48. *Shin K.E., Newman M.G.* Self- and other-perceptions of interpersonal problems: Effects of generalized anxiety, social anxiety, and depression // *Journal of Anxiety Disorders*. 2019. Vol. 65. P. 1–10. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.04.005
49. *Simon N.M., Otto M.W., Korbly N.B. et al.* Quality of life in social anxiety disorder compared with panic disorder and the general population // *Psychiatric Services*. 2002. Vol. 53. № 6. P. 714–718. DOI: 10.1176/appi.ps.53.6.714
50. *Solomonov N., Kuprian N., Zilcha-Mano S. et al.* Comparing the interpersonal profiles of obsessive-compulsive personality disorder and avoidant personality disorder: Are there homogeneous profiles or interpersonal subtypes? // *Personality Disorders*. 2020. Vol. 11. № 5. P. 348–356. DOI: 10.1037/per0000391
51. *Sørensen K.D., Råbu M., Wilberg T. et al.* Struggling to be a person: Lived experience of avoidant personality disorder // *Journal of Clinical Psychology*. 2019. Vol. 75. № 4. P. 664–680. DOI: 10.1002/jclp.22740
52. *Sørensen K.D., Wilberg T., Berthelsen E. et al.* Subjective experience of the origin and development of avoidant personality disorder // *Journal of Clinical Psychology*. 2020. Vol. 76. № 12. P. 2232–2248. DOI: 10.1002/jclp.23013
53. *Stein M.B., Chartier M.J., Hazen A.L. et al.* A direct-interview family study of generalized social phobia // *American Journal of Psychiatry*. 1998. Vol. 155. № 1. P. 90–97. DOI: 10.1176/ajp.155.1.90
54. *Storch E., Roth D., Coles M.E. et al.* The measurement and impact of childhood teasing in a sample of young adults // *Journal of Anxiety Disorders*. 2004. Vol. 18. P. 681–694. DOI: 10.1016/j.janxdis.2003.09.003
55. *Torvik F.A., Welander-Vatn A., Ystrom E. et al.* Longitudinal associations between social anxiety disorder and avoidant personality disorder: a twin study // *Journal of Abnormal Psychology*. 2016. Vol. 125. № 1. P. 114–124. DOI: 10.1037/abn0000124
56. *Weeks J.W., Howell A.N., Srivastav A. et al.* «Fear guides the eyes of the beholder»: Assessing gaze avoidance in social anxiety disorder via covert eye tracking of dynamic social stimuli // *Journal of Anxiety Disorders*. 2019. Vol. 65. P. 56–63. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.05.005
57. *Weiller E., Bisserbe J.C., Boyer P. et al.* Social phobia in general health care: An unrecognized undertreated disabling disorder // *The British Journal of Psychiatry*. 1996. Vol. 168. № 2. P. 169–174. DOI: 10.1192/bjp.168.2.169
58. *Welander-Vatn A., Torvik F.A., Czajkowski N. et al.* Relationships among avoidant personality disorder, social anxiety disorder, and normative personality traits: A twin study // *Journal of Personality Disorders*. 2018. Vol. 32. P. 1–21. DOI: 10.1521/pepi_2018_32_341
59. *Wong Q.J.J., McEvoy P.M., Rapee R.M.* The structure of social-evaluative threat detection in social anxiety disorder // *Journal of Anxiety Disorders*. 2020. Vol. 74. № 102273. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102273

References

1. Gilenko M.V., Vandysh-Bubko V.V. Komorbidnost' psikhicheskikh rasstroistv: istoriya razvitiya vzglyadov na problemu, opredelenie, klassifikatsii (analiticheskii obzor) [Comorbidity of mental disorders: the history of the development of views on the problem, definition, classification (analytical review)]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal=Russian Psychiatric Journal*, 2011, no. 4, pp. 73–78 (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Sagalakova O.A., Truevtsev D.V. Sotsial'noe trevozhnoe rasstroistvo v strukture lichnostno-anomal'nogo sindroma: kognitivnye skhemy i narushenie selektivnosti vnimaniya [Social anxiety disorder in the structure of personality-abnormal syndrome: cognitive patterns and impaired attention selectivity]. *Izvestiya Altaiskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika i psikhologiya=News of the Altai State University. Series: Pedagogy and psychology*, 2011, no. 2-1. URL: <http://izvestia.asu.ru/2011/2-1/psych/TheNewsOfASU-2011-2-1-psyh-04.pdf> (Accessed: 03.06.2020). (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Sagalakova O.A., Truevcev D.V., Stojanova I.Ja. Sindrom social'noj fobii i ego psihologicheskoe sodержание [Social phobia syndrome and its psychological content]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova=Journal of Neurology and Psychiatry. S.S. Korsakov*, 2017, vol. 117, no. 4, pp. 15–22. DOI: 10.17116/jnevro20171174115-22. (In Russ., abstr. in Engl.)
4. Smulevich A.B. Psikhopatologicheskie obrazovaniya i rasstroistva lichnosti (k probleme dinamiki psikhopatii) [Psychopathological formations and personality disorders (to the problem of dynamics of psychopathies)]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova=Journal of Neurology and Psychiatry. S.S. Korsakov*, 2000, no. 6, pp. 8–13. (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Smulevich A.B. Psikhopatologiya lichnosti i komorbidnykh rasstroistv: uchebnoe posobie [Psychopathology of personality and comorbid disorders]. Moscow: MEDpress-inform, 2009. 208 p.
6. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. Mnogofaktornaya model' depressivnykh, trevozhnykh i somatoformnykh rasstroistv=Multifactor model of depressive, anxiety, and somatoform disorders. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya=Social and Clinical Psychiatry*, 1998, vol. 8, no. 1, pp. 94–102. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Chugunov D.A. Kliniko-dinamicheskaya kharakteristika fobii u bol'nykh psikhiatricheskogo statsionara. Diss. kand. med. nauk. [Clinical and dynamic characteristics of phobias in psychiatric hospital patients. PhD. (Medicine) diss.]. Moscow, 2018. 242 p. (In Russ.)
8. Yastrebov D.V. Sotsial'naya fobiya i sensitivnye idei otnosheniya (klinika i terapiya). Avtoref. diss. kand. med. nauk. [Social phobia and sensitive relationship ideas (clinic and therapy) Ph. D. (Medicine) Thesis]. Moscow, 2000. 17 p. (In Russ.)
9. American Psychiatric Association. (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: APA, 2013, 991 p.

10. Caster J.B., Inderbitzen H.M., Hope D. Relationship between youth and parent perceptions of family environment and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 1999, vol. 13, pp. 237–251. DOI: 10.1016/S0887-6185(99)00002-X
11. Chambless D.L., Fydrich T., Rodebaugh T.L. Generalized social phobia and avoidant personality disorder: Meaningful distinction or useless duplication? *Depression and Anxiety*, 2008, vol. 25, pp. 8–19. DOI:10.1002/da.20266
12. Chartier M.J., Walker J.R., Stein M.B. Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychological Medicine*, 2001, vol. 31, pp. 307–315. DOI: 10.1017/S0033291701003348
13. Cloninger C.R., Przybeck T.R., Svrakic D.M. et al. Configural Analysis of the TCI: Classification and Description of Profile Types. In C.R. Cloninger, T.R. Przybeck, D.M. Svrakic, R.D. Wetzel (eds.), *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis: Washington University Center for Psychobiology of Personality, 1994, pp. 19–28.
14. Cloninger C.R., Svrakic D.M., Przybeck T.R. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 1993, vol. 50, pp. 975–990. DOI: 10.1001/archpsyc.1993.01820240059008
15. Crome E., Grove R., Baillie A.J. et al. DSM-IV and DSM-5 social anxiety disorder in the Australian community. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2015, vol. 49, no. 3, pp. 227–235. DOI: 10.1177/0004867414546699
16. Eikenaes I., Hummelen B., Abrahamsen G. et al. Personality functioning in patients with avoidant personality disorder and social phobia. *Journal Personal Disorders*, 2013, vol. 27, no. 6, pp. 746–763. DOI:10.1521/pedi_2013_27_109
17. Feske U., Perry K.J., Chambless D.L. et al. Avoidant personality disorder as a predictor for treatment outcome among generalized social phobics. *Journal of Personality Disorders*, 1996, vol. 10, pp. 174–184. DOI: 10.1521/pedi.1996.10.2.174
18. Frandsen F.W., Simonsen S., Poulsen S. et al. Social anxiety disorder and avoidant personality disorder from an interpersonal perspective. *Psychology and Psychotherapy*, 2020, vol. 93, no. 1, pp. 88–104. DOI: 10.1111/papt.12214
19. Gilboa-Schechtman E.A. Dual-System Model of social anxiety disorder: The interplay of the social-rank and affiliation biopsychosocial systems. *Clinical Psychology and Special Education*, 2020, vol. 9, no. 3. pp. 15–33. DOI: 10.17759/cpse.2020090302
20. Goldberg L.R. An alternative “description of personality”: The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, vol. 59, no. 6, pp. 1216–1229. DOI: 10.1037/0022-3514.59.6.1216
21. Heimberg R., Horner K.J., Juster H.R. et al. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 1999, vol. 29, pp. 199–212. DOI: 10.1017/s0033291798007879

22. Heimberg R.G., Hofmann S.G., Liebowitz M.R. et al. Social anxiety disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 2014, vol. 31, no. 6, pp. 472–479. DOI: 10.1002/da.22231
23. Henderson L.E., Zimbardo P.G. Shyness, social anxiety, and social phobia. In S. Hofmann, P. di Bartolo (eds.), *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives: Second Edition*. New York: Elsevier, 2010, pp. 65–76. DOI: 10.1016/B978-0-12-375096-9.00003-1
24. Hopwood C.J., Schade N., Krueger R.F. et al. Connecting DSM-5 Personality Traits and Pathological Beliefs: Toward a Unifying Model. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2013. Vol. 35, pp. 162–172. DOI: 10.1007/s10862-012-9332-3
25. Hummelen B., Wilberg T., Pedersen G. et al. The relationship between avoidant personality disorder and social phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 2007, vol. 48, pp. 348–356. DOI: 10.1016/j.comppsy.2007.03.004
26. Huppert J.D, Strunk D.R., Ledley D.R. et al. Generalized social anxiety disorder and avoidant personality disorder: structural analysis and treatment outcome. *Depression and Anxiety*, 2008, vol. 25, no. 5, pp. 441–448. DOI: 10.1002/da.20349
27. Isomura K., Boman M., Rück C. et al. Population-based, multi-generational family clustering study of social anxiety disorder and avoidant personality disorder. *Psychological Medicine*, 2015, vol. 45, no. 8, pp. 1581–1589. DOI: 10.1017/S0033291714002116
28. Keller M., Lavori P.W., Friedman B. et al. The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation: A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 1987, vol. 44, pp. 540–548. DOI: 10.1001/archpsyc.1987.01800180050009
29. Kotov R., Gamez W., Schmidt F. et al. Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 2010, vol. 136, pp. 768–821. DOI: 10.1037/a0020327
30. Koyuncu A., İnce E., Ertekin E. et al. Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs Context*, 2019, vol. 8, no. 212573. DOI: 10.7573/dic.212573
31. Lampe L., Malhi G.S. Avoidant personality disorder: current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 2018, vol. 8, no. 11, pp. 55–66. DOI: 10.2147/PRBM.S121073
32. Liebowitz M.R., Heimberg R.G., Fresco D.M. et al. Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name? *Archives of General Psychiatry*, 2000, vol. 57, pp. 191–192. DOI: 10.1001/archpsyc.57.2.191-a
33. Magee W.J. Effects of negative life experiences on phobia onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, vol. 34, pp. 343–351. DOI: 10.1007/s001270050154
34. Marteinsdottir I., Furmark T., Tillfors M. et al. Personality traits in social phobia. *European Psychiatry*, 2001, vol. 16, pp. 143–150. DOI: 10.1016/S0924-9338(01)00555-7

35. Marteinsdottir I., Tillfors M., Furmark T. et al. Personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory (TCI) in subjects with social phobia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2003, vol. 57, pp. 29–35. DOI: 10.1080/08039480310000239
36. Millon T. Disorders of Personality: Introducing a DSM/ICD Spectrum from normal to abnormal, 3rd ed. New Jersey: John Wiley and Sons, 2011. 1105 p.
37. O'Day E.B., Morrison A.S., Goldin P.R. et al. Social anxiety, loneliness, and the moderating role of emotion regulation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2019, vol. 38, no. 9, pp. 751–773. DOI: 10.1521/jscp.2019.38.9.751.
38. Pelissolo A. Anxiety: personality, life style or illness? *L'Encéphale*, 1998, vol. 24, no. 3, pp. 247–251.
39. Rahm-Knigge R.L., Prince M.A., Conner B.T. Social interaction anxiety and personality traits predicting engagement in health risk sexual behaviors. *Journal of Anxiety Disorders*, 2018, vol. 57, pp. 57–65. DOI: 10.1016/j.janxdis.2018.05.002.
40. Ralevski E., Sanislow C.A., Grilo C.M. et al. Avoidant personality disorder and social phobia: distinct enough to be separate disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2005, vol. 112, pp. 208–214. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2005.00580.x
41. Reichborn-Kjennerud T., Czajkowski N., Torgersen S. et al. The relationship between avoidant personality disorder and social phobia: a population based twin study. *American Journal of Psychiatry*, 2007, vol. 164, pp. 1722–1728. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.06101764
42. Rettew D. Avoidant personality disorder, generalized social phobia, and shyness: putting the personality back into personality disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 2000, vol. 8, pp. 283–297. DOI: 10.1093/hrp/8.6.283
43. Romano M., Moscovitch D.A., Huppert J.D. et al. The effects of imagery rescripting on memory outcomes in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2020, vol. 69, no. 102169. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102169.
44. Romano M., Moscovitch D.A., Ma R. et al. Social problem solving in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2020, vol. 68, pp. 1–9. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102152.
45. Santoft F., Salomonsson S., Hesser H. et al. Processes in cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: Predicting subsequent symptom change. *Journal of Anxiety Disorders*, 2019, vol. 67, no. 102118. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102118.
46. Savoia M.G., de Barros Neto T.P., Vianna A.M. et al. Evaluation of personality traits in social phobia patients. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 2009, vol. 37, no. 2, pp. 57–59.
47. Schneier F., Goldmark J. Social anxiety disorder. In D.J. Stein, B. Vythilingum (eds.), *Anxiety Disorders and Gender*. Cham: Springer International Publishing Switzerland, 2015, pp. 49–57. DOI: 10.1007/978-3-319-13060-6_3

48. Shin K.E., Newman M.G. Self- and other-perceptions of interpersonal problems: Effects of generalized anxiety, social anxiety, and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 2019, vol. 65, pp. 1–10. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.04.005
49. Simon N.M., Otto M.W., Korbly N.B. et al. Quality of life in social anxiety disorder compared with panic disorder and the general population. *Psychiatric Services*, 2002, vol. 53, no. 6, pp. 714–718. DOI: 10.1176/appi.ps.53.6.714
50. Solomonov N., Kuprian N., Zilcha-Mano S., et al. Comparing the interpersonal profiles of obsessive-compulsive personality disorder and avoidant personality disorder: Are there homogeneous profiles or interpersonal subtypes? *Personality Disorders*, 2020, vol. 11, no. 5, pp. 348–356. DOI: 10.1037/per0000391
51. Sørensen K.D., Råbu M., Wilberg T. et al. Struggling to be a person: Lived experience of avoidant personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2019, vol. 75, no. 4, pp. 664–680. DOI: 10.1002/jclp.22740
52. Sørensen K.D., Wilberg T., Berthelsen E. et al. Subjective experience of the origin and development of avoidant personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2020, vol. 76, no. 12, pp. 2232–2248. DOI: 10.1002/jclp.23013
53. Stein M.B., Chartier M.J., Hazen A.L. et al. A direct-interview family study of generalized social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 1998, vol. 155, no. 1, pp. 90–97. DOI: 10.1176/ajp.155.1.90
54. Storch E., Roth D., Coles M.E. et al. The measurement and impact of childhood teasing in a sample of young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 2004, vol. 18, pp. 681–694. DOI: 10.1016/j.janxdis.2003.09.003
55. Torvik F.A., Welander-Vatn A., Ystrom E. et al. Longitudinal associations between social anxiety disorder and avoidant personality disorder: a twin study. *Journal of Abnormal Psychology*, 2016, vol. 125, no. 1, pp. 114–124. DOI: 10.1037/abn0000124
56. Weeks J.W., Howell A.N., Srivastav A. et al. “Fear guides the eyes of the beholder”: Assessing gaze avoidance in social anxiety disorder via covert eye tracking of dynamic social stimuli. *Journal of Anxiety Disorders*, 2019, vol. 65, pp. 56–63. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.05.005
57. Weiller E., Bisserte J.C., Boyer P. et al. Social phobia in general health care: An unrecognized undertreated disabling disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 1996, vol. 168, no. 2, pp. 169–174. DOI: 10.1192/bjp.168.2.169
58. Welander-Vatn A., Torvik F.A., Czajkowski N. et al. Relationships among avoidant personality disorder, social anxiety disorder, and normative personality traits: A twin study. *Journal of Personality Disorders*, 2018, vol. 32, pp. 1–21. DOI: 10.1521/pedi_2018_32_341
59. Wong Q.J.J., McEvoy P.M., Rapee R.M. The structure of social-evaluative threat detection in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2020, vol. 74, no. 102273. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102273.

Диденко А.В., Аксенов М.М., Аленина О.К.
Социальная фобия и избегающее расстройство
личности: коморбидность и клинико-
диагностические проблемы (аналитический обзор)
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 1–20.

Didenko A.V., Aksenov M.M., Alenina O.K. Social Phobia
and Avoidant Personality Disorder: Comorbidity and
Clinical-Diagnostic Problems (Analytical Review)
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 1–20.

Информация об авторах

Диденко Александр Владимирович, доктор медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН (ФГБНУ ТНИМЦ РАН, НИИ ПЗ), г. Томск, Российская Федерация; профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии Сибирского государственного медицинского университета (ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава РФ), г. Томск, Российская Федерация; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9796-1673>, e-mail: dedzone@yandex.ru

Аксенов Михаил Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, научный руководитель отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН (ФГБНУ ТНИМЦ РАН, НИИ ПЗ), г. Томск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8949-6596>, e-mail: max1957@mail.ru

Аленина Олеся Кареновна, врач-психиатр отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН (ФГБНУ ТНИМЦ РАН, НИИ ПЗ), г. Томск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7169-2647>, e-mail: dr.alenina.ok@mail.ru

Information about the authors

Alexander V. Didenko, MD, Associate Professor, leading researcher of the Department of Borderline States of the Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia; Professor of the Department of psychiatry, narcology and psychotherapy, Siberian State Medical University, Tomsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9796-1673>, e-mail: dedzone@yandex.ru

Mikhail M. Aksenov, MD, Professor, scientific leader of the Department of Borderline States of the Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8949-6596>, e-mail: max1957@mail.ru

Olesya K. Alenina, psychiatrist of the Department of Borderline States of the Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7169-2647>, e-mail: dr.alenina.ok@mail.ru

Получена: 07.06.2020

Received: 07.06.2020

Принята в печать: 17.12.2020

Accepted: 17.12.2020

Психологический анализ реактивно-проактивного совладания наркозависимых мужчин

Бехтер А.А.

*Тихоокеанский государственный университет (ФГБОУ ВО ТОГУ), г. Хабаровск,
Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1017-558X>, e-mail: behter2004@mail.ru*

Трудности реабилитации и лечения наркозависимых связаны с особенностями их поведения, которые являются следствием изменения личности. Автором проведено эмпирическое исследование на двух группах наркозависимых мужчин с сочетанной формой наркомании на этапе лечения ($n=30$) и на этапе реабилитации с периодом ремиссии около года ($n=30$). В качестве контрольной группы выступили здоровые добровольцы мужского пола ($n=30$). Исследование проведено на базе КГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница» Хабаровского края, отделение медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами г. Хабаровска. Все мужчины, участвовавшие в исследовании, имели высшее образование, семью, средний возраст всех испытуемых составил $32\pm 10,1$ лет. В исследовании были использованы: методика «Индекс жизненного стиля» Келлермана–Плутчика (в адаптации Вассермана Л.И. и др., 2005); Копинг-тест Р. Лазаруса и С. Фолкмана (в адаптации Крюковой Т.Л., Куфтяк Е.В., Замышляевой М.С., 2005); опросник «Проактивное совладающее поведение» Greenglass E., Schwarzer R. и др. (в адаптации Белинской Е.П., Вечерина А.В., Агадуллиной Е.Р. и др., 2018). Определены основные особенности реактивно-проактивного совладания в группах наркозависимых: в первой группе совладание носит эмоционально-ориентированный и когнитивно-ориентированный характер с направленностью на социальную и эмоциональную поддержку, преобладают механизмы защиты «отрицание», «проекция», «замещение», «интеллектуализация»; во второй группе выявлены стратегии избегания в сочетании с проактивным преодолением без направленности на внешнюю поддержку, где интеллектуальные защиты сочетаются со стратегиями рефлексивного анализа. Основные различия между двумя группами наркозависимых состоят в характере связей механизмов защит со стратегиями реактивно-проактивного совладания, в вариации реактивных стратегий и их направленностью, в особенностях выстраивания проактивного поведения. Понимание особенностей реактивно-проактивного совладания наркозависимых может существенно облегчить работу психолога в коррекционно-реабилитационных мероприятиях с больными, ориентированных на планирование жизни в период ремиссии.

Ключевые слова: наркомания, наркозависимые, проактивное совладание, реактивное совладание, копинг-поведение, проактивность, механизмы защиты.

Для цитаты: Бехтер А.А. Психологический анализ реактивно-проактивного совладания наркозависимых мужчин [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 21–35. DOI: 10.17759/cpse.2020090402

Psychological Analysis of Reactive-Proactive Coping of Drug-Dependent Men

Anna A. Bekhter

Pacific National University, Khabarovsk, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1017-558X>, e-mail: behter2004@mail.ru

Difficulties in the rehabilitation and treatment of drug addicts are associated with the peculiarities of their behavior, which are a consequence of a change in their personality. The author conducted an empirical study on two groups of drug-dependent men with a combined form of drug addiction at the stage of treatment (n=30) and rehabilitation with a remission period of about a year (n=30); healthy male volunteers (n=30) acted as a control group. The study was conducted on the basis of the Regional Clinical Psychiatric Hospital, Khabarovsk Territory, Department of Medical Rehabilitation for people with drug addiction disorders in Khabarovsk. All men participating in the study had a higher education, a family, and the average age of all subjects was 32 ± 10.1 years. The study used: Kellerman-Plutchik's "Life style Index" methods (adapted by Wasserman L.I., Eryshev O.F., Klubova E.B. et al., 2005); coping test by Lazarus R. and Folkman S. (adapted by T.L. Kryukova, Kuftyak E.V., Zamishlyayeva M.S., 2005); questionnaire "Proactive coping behavior" Greenglass E., Schwarzer R. et al. (adapted by Belinskaya E.P., Vecherin A.V., Agadullina E.R., 2018). The main features of reactive-proactive coping in groups of drug addicts are defined: in the first group, coping is emotionally-oriented and cognitive-oriented in nature with a focus on social and emotional support, the protection mechanisms "denial", "projection", "substitution", "intellectualization" prevail; in the second group, the intensity of avoidance strategies in combination with proactive overcoming without a focus on external support is identified, intellectual defenses are combined with strategies for reflective analysis. The main differences between the two groups of drug addicts are in the nature of the relationship between defense mechanisms and reactive-proactive coping strategies, in the variation of reactive strategies and their orientation, in the features of building proactive behavior. Understanding the features of reactive-proactive coping with drug addicts can greatly facilitate the work of a psychologist in remedial and rehabilitation activities with patients focused on life planning during remission.

Keywords: drug addiction, drug addicts, proactive coping behavior, reactive coping, coping behavior, proactivity, defense mechanisms.

For citation: Bekhter A.A. Psychological Analysis of Reactive-Proactive Coping of Drug-Dependent Men. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 4, pp. 21–35. DOI: 10.17759/cpse.2020090402 (In Russ.)

Введение

Наркомания является сложной социальной проблемой, которая связана с такими явлениями, как безработица, снижение материального дохода граждан, рост преступности. Чаще возраст больных наркоманией колеблется от 18 до 40 лет, что является одним из факторов увеличения числа смертности в молодом возрасте [8]. Особую трудность представляет реабилитационный процесс наркозависимых ввиду их формально-декларируемого стремления к излечению на фоне многообразия психологических защит и поведенческих аддикций [13]. К основным трудностям, сопровождающим процесс психологической реабилитации наркозависимого, можно отнести: низкий уровень рефлексивности больных, амбивалентность мотивации к излечению, обилие механизмов защит, недостаточные навыки совладания с трудными ситуациями [2; 3; 14]. Весь этот круг проблем можно анализировать в рамках концепции реактивно-проактивного поведения личности наркозависимого, которая хорошо отражает основные трудности больного и может помочь психологу в работе над развитием навыков совладания больных, поддержания мотивации здорового образа жизни.

Проблема соотношения реактивных и проактивных стратегий в совладании личности является актуальным направлением исследований. В отношении больных наркоманией этот вопрос является ключевым, так как личностные изменения больных не способствуют целеполаганию и развитию адаптивных стратегий преодоления своей болезни [14]. Сформировавшаяся система механизмов защиты у больных наркоманией обуславливает трансформацию мотивационной, смысловой и эмоционально-волевой сфер, снижает критичность больных к своему заболеванию [14; 15]. В исследованиях реактивного совладания больных чаще представлены копинги и механизмы защиты [8; 10]. В целом, для совладающего поведения наркозависимых характерны эмоционально-ориентированные и избегающие стратегии в совокупности с механизмами защиты [3; 5; 14; 15].

Проактивное поведение представляет собой «предвосхищающее» совладание и ориентируется на достижение целей [1; 4; 5; 7; 11–13; 16–18]. Исследований проактивного поведения больных наркоманией сравнительно мало, они описывают взаимосвязи личностных особенностей, проактивности и стратегий проактивного совладания [3–5]. Обнаружено, что социальные условия и качество помощи в значительной мере оказывают влияние на проактивность больных [2; 4], процесс психотерапевтической реабилитации значительно улучшает проактивные способности, чем этап медикаментозного лечения.

Целью нашего исследования стало описание психологических особенностей реактивно-проактивного совладающего поведения больных наркоманией. Мы предположили, что имеются различия между тремя группами испытуемых

(наркозависимыми мужчинами, находящимися на лечении и реабилитации, и группой здоровых мужчин) по параметрам реактивно-проактивного совладания и механизмам защиты (преобладанию доминирующих эмоций, по стратегиям поиска социальной поддержки, эмоционально-ориентированным и когнитивно-ориентированным стратегиям, планированию и прогнозированию своего поведения).

Методы исследования и выборка

Наше исследование было проведено в сентябре-декабре 2019 года на базе отделения медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами Краевой клинической психиатрической больницы Хабаровского края. В исследовании приняли участие 90 мужчин в возрасте от 22 до 42 лет (средний возраст – $32 \pm 10,1$ лет), которые были разделены на три группы.

Первую группу составили 30 наркозависимых мужчин в возрасте от 27 до 36 лет ($M_{\text{возр}}=31,8$, $SD_{\text{возр}}=5,2$). В данной группе 25 больных по МКБ-10 имели диагноз F.19 с дополнительными шифрами FLx.6 (три человека), FLx.7.73 (17 человек), FLx.8 (пять человек). Срок пребывания на лечении – 1-2 месяца. Остальные пациенты (пять человек) имели диагноз F.12, были направлены на лечение по решению суда, срок лечения – около двух месяцев. Все больные имели высшее образование (треть мужчин очное, остальные – заочное), семью (официально зарегистрированный брак у 23 мужчин, остальные – незарегистрированное сожительство; в семье 1-2 ребенка), работу (сфера технических и социальных услуг). Все больные приехали из небольших деревень Хабаровского края, начали употребление психоактивных веществ в 14-16 лет, ранее не проходили лечения.

Во вторую группу вошли мужчины 30–38 лет ($M=34,6$, $SD=3,4$), находящиеся в ремиссии на этапе реабилитации (от 12 до 15 месяцев). В данной группе все больные имели диагноз F.19 с дополнительными шифрами FLx.2.20 (18 человек), FLx.22 (11 человек), FLx.2.21 (один пациент). Все больные имели очное высшее образование, зарегистрированный брак, воспитывали двоих детей (28 человек) либо не имели детей (два человека); официально трудоустроены и работали 25 мужчин, остальные работали на непостоянной основе. Все мужчины проживали в Хабаровске, первая проба наркотика зафиксирована в 17-18 лет, треть испытуемых ранее уже проходила реабилитацию в 2017–2018 гг.

Третью группу испытуемых составили здоровые добровольцы в возрасте от 22–42 лет ($M=33,6$, $SD=8,9$). Испытуемые имели законченное высшее образование (12 человек), неоконченное высшее (8 человек), среднее специальное образование (10 человек); часть из них были официально трудоустроены (22 человека), другие – обучались в вузе (8 человек). В официальном браке состояли 23 человека, остальные имели опыт сожительства. Не имели опыта употребления наркотических веществ 6 человек, остальные – единичные пробы наркотиков в 16-18 лет.

В исследовании использовались следующие **методики**:

1. Индекс жизненного стиля Келлермана–Плутчика (в адаптации Вассермана Л.И., Ерышева О.Ф., Клубовой Е.Б. и др., 2005; надежность альфа Кронбаха методики

составила 0,85) для исследования механизмов защит, личностных диспозиций и ведущих эмоций [9];

2. Копинг-тест Р. Лазаруса и С. Фолкмана (в адаптации Крюковой Т.Л., Куфтяк Е.В., Замышляевой М.С., 2005; надежность методики составила 0,75) для исследования реактивных стратегий совладания [6];

3. Опросник Проактивного совладающего поведения Greenglass E., Schwarzer R. и др. (в адаптации Белинской Е.П., Вечерина А.В., Агадуллиной Е.Р. и др., 2018; надежность методики – 0,92) [1].

В качестве целевых параметров реактивно-проактивного поведения были выделены виды реактивно-проактивного совладания и механизмы защиты.

Сбор данных проводился с помощью заполнения испытуемыми печатной формы тестов. Пациенты первой группы заполняли бланки на первом терапевтическом занятии (в виду ограниченного по времени курса лечения). Пациенты второй группы заполняли опросники на пятой встрече по групповой реабилитации. Здоровые добровольцы, которые были выбраны из желающих участвовать в исследовании, заполняли бланки в течение нескольких дней в сентябре 2019 г.

Для обработки данных был применен корреляционный анализ Спирмена и U-критерий для независимых выборок (Statistica v. 13).

Результаты и их обсуждение

Средние значения и стандартные отклонения продемонстрировали высокую изменчивость по показателям психологических защит (в таблице 1 представлен коэффициент напряженности защиты; свыше 50% (баллов) расценивается как высокая степень напряженности) и в стратегиях реактивно-проактивного совладания во всех трех группах. Напряженность защиты (НЗ) рассчитывалась по формуле $H3 = (n * N) * 100\%$, где n – число положительных ответов по шкале этой защиты, N – число всех утверждений, относящихся к этой шкале.

При сравнении 1 и 2 групп обнаружены сниженные показатели по конструктивным стратегиям совладания в группе 2 (шкалы «Поиск социальной поддержки», «Планирование решения проблемы», «Принятие ответственности», «Положительная переоценка проблемы», «Поиск информационной и эмоциональной поддержки»), а также увеличение показателей по механизмам защиты («Вытеснение», «Регрессия», «Реактивное образование»). Ввиду этого нами были выделены критерии мишеней психокоррекции, которые, предположительно, могли быть более «чувствительны» к интервенции и по которым впоследствии проявились различия в трех группах: эмоциональный (показатели механизмов защит, ведущие эмоции); когнитивный (показатели реактивно-проактивных конструктивных стратегий, связанных с рефлексией: планирование решения проблемы и ее положительная переоценка, рефлексивное преодоление); поведенческий (показатели конструктивных и неконструктивных реактивно-проактивных стратегий, связанных с социальным взаимодействием: поиск социальной поддержки, бегство–избегание).

Таблица 1

Средние значения показателей психологических защит, реактивного и проактивного совладающего поведения (N=90)

Показатели	Группы испытуемых		
	1 группа М (SD)	2 группа М (SD)	3 группа М (SD)
Стратегии реактивного совладающего поведения			
Конфронтация	12,46 (3,36)	9,19 (3,87)	9,40 (2,85)
Дистанцирование	11,8 (2,78)	9,09 (4,07)	10,76 (2,84)
Самоконтроль	15,5 (3,89)	12,09 (4,78)	13,16 (2,21)
Поиск социальной поддержки	13,2 (3,93)	9,4 (4,27)	10,86 (3,03)
Принятие ответственности	9,46 (2,11)	7,54 (2,85)	8,33 (1,74)
Бегство-избегание	10,03 (2,69)	11,61 (4,47)	13,73 (4,04)
Планирования решения проблемы	13,2 (3,23)	11,54 (4,32)	10,50 (3,38)
Положительная переоценка проблемы	15,03 (4,24)	12,16 (4,61)	11,90 (3,27)
Механизмы психологической защиты			
Проекция	64,66 (15,88)	52,56 (14,41)	60,78 (17,02)
Интеллектуализация	60,90 (18,98)	60,03 (13,32)	56,62 (17,71)
Вытеснение	54,16 (17,46)	65,33 (12,03)	58,43 (17,02)
Замещение	57,40 (19,42)	57,33 (16,37)	55,03 (16,62)
Отрицание	59,63 (22,22)	54,43 (15,53)	49,00 (12,72)
Регрессия	53,40 (19,47)	54,90 (17,12)	50,00 (15,99)
Компенсация	53,50 (16,79)	56,33 (18,10)	58,71 (18,27)
Реактивное образование	47,66 (18,87)	62,30 (13,67)	46,87 (17,67)
Стратегии проактивного совладающего поведения			
Проактивное преодоление	40,67 (6,35)	40,96 (5,33)	38,20 (6,32)
Рефлексивное преодоление	32,58 (7,96)	33,80 (6,52)	33,16 (5,00)
Стратегическое планирование	9,54 (3,65)	11,30 (5,05)	11,03 (4,66)
Превентивное преодоление	27,80 (8,66)	31,23 (6,22)	28,96 (5,72)
Поиск информационной поддержки	21,87 (5,46)	19,60 (5,37)	17,96 (4,83)
Поиск эмоциональной поддержки	14,54 (4,65)	12,66 (4,11)	11,63 (4,03)

Мы проанализировали ведущие личностные диспозиции, доминирующую эмоцию (средний балл – выше 50) и реактивно-проактивное совладание в каждой группе испытуемых. Первая группа наркозависимых, обладала параноидальной (отвращение), обсессивной (ожидание и фрустрация), истерической (принятие), агрессивной (гнев), депрессивной (печаль), пассивной (страх), психопатичной (удивление) диспозициями. Основные реактивные стратегии в этой группе – конфронтация, самоконтроль, планирование решение проблемы и положительная

переоценка проблемы. Высокие показатели проактивного преодоления сочетались с низкими показателями рефлексивного, стратегического, превентивного поведения на фоне усиленного поиска информационной и эмоциональной поддержки.

Вторая группа мужчин обладала теми же личностными диспозициями, что и у первой группы, включая маниакальную (гедонизм). Среди особенностей реактивных стратегий выделялись сниженные показатели принятия ответственности, конфронтации и дистанцирования. Проактивное совладание отличалось разнообразием по всем видам стратегий.

Третья группа обладала вышеуказанными личностными диспозициями, исключая маниакальную, психопатичную и истероидную. Среди характерных особенностей реактивных стратегий мы отметили самоконтроль и бегство-избегание, в проактивном совладании – рефлексивное и превентивное преодоление.

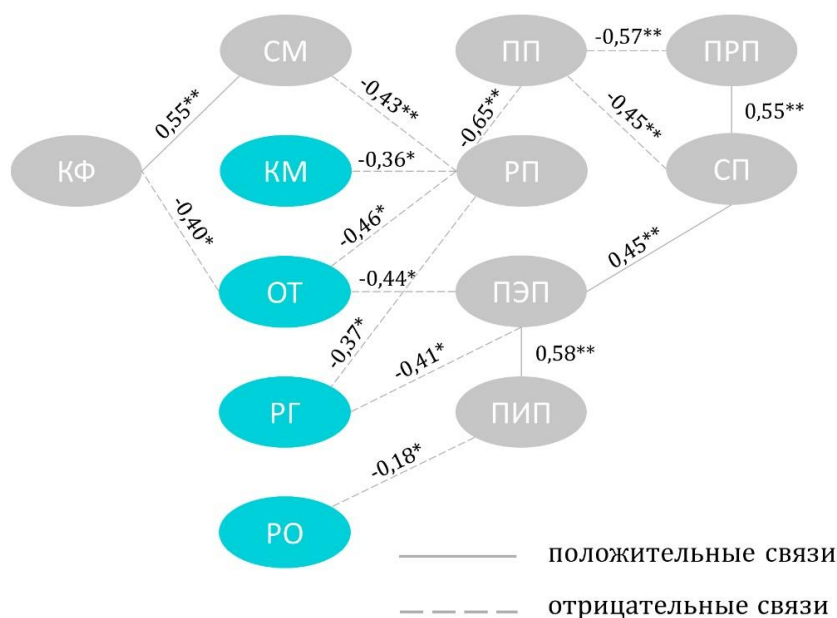


Рис. 1. Корреляционная плеяда у наркозависимых первой группы, находящихся на лечении

Примечания. Механизмы защиты закрашены голубым. * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$. КМ – Компенсация, ОТ – Отрицание, РГ – Регрессия, РО – Реактивное образование, КФ – Конфронтация, СМ – Самоконтроль, ПП – Проактивное преодоление, РП – Рефлексивное преодоление, ПЭП – Поиск эмоциональной поддержки, ПИП – Поиск инструментальной поддержки, ПРП – Превентивное преодоление, СП – Стратегическое планирование.

Корреляционный анализ показал, что в первой группе наркозависимых проявились незначительные ($p \leq 0,05$) отрицательные связи между такими механизмами психологической защиты, как компенсация, отрицание, регрессия, реактивное образование и видами проактивного совладания (рефлексивным преодолением, поиском эмоциональной поддержки, поиском инструментальной поддержки) (рис. 1). Это говорит о том, что механизмы защиты включены в картину проактивного совладания наркозависимых. В опыте многих больных есть нормативные паттерны поведения, которые не могут быть реализованы в остром состоянии, а проступают лишь тогда, когда больной начинает «новую жизнь».

В связи с этим реактивная стратегия конфронтации, видимо, является у больных одним из инструментов снятия напряжения и отработки механизмов защит (например, отрицания или реактивного образования). Корреляционная плеяда показывает, что связи между видами проактивного совладания неравномерны: проактивное совладание отрицательно связано ($p \leq 0,01$) с рефлексивным преодолением, стратегическим планированием, превентивным преодолением. По всей видимости, это связано с тем, что больному трудно быть проактивным и планировать свою жизнь, так как его мысли и чувства сосредоточены в настоящей ситуации.

Обилие связей во второй группе испытуемых (рис. 2) обусловлено наращиванием активных стратегий поведения при реабилитации; больные стараются прилагать усилия к сохранению длительной ремиссии. У многих проявляется страх срыва, у других – наоборот, ослабление контроля своих мыслей и поведения, так как больные считают себя полностью излеченными [12]. Почти все реактивные стратегии значимо связаны между собой: бегство–избегание и планирование решения проблемы ($p \leq 0,05$), принятие ответственности и поиск социальной поддержки ($p \leq 0,01$), конфронтация и планирование решения проблемы ($p \leq 0,01$). Наличие связей между ними говорит в пользу расширения репертуара действий в отношении трудных ситуаций. Признанные важными в этот период механизмы защиты – интеллектуализация и компенсация – отрицательно связаны с превентивным преодолением, стратегическим планированием и конфронтацией ($p \leq 0,05$).

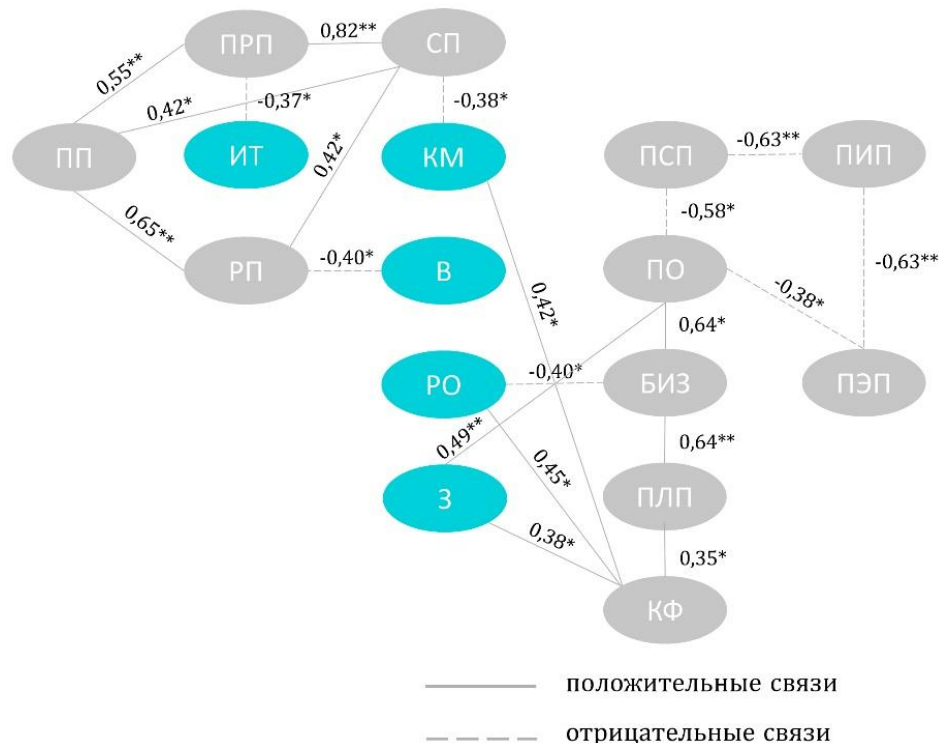


Рис. 2. Корреляционная плеяда у наркозависимых второй группы, находящихся на реабилитации

Примечания. Механизмы защиты закрашены голубым. * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$. КМ – Компенсация, ИТ – Интеллектуализация, В – Вытеснение, РО – Реактивное образование, З – Замещение, КФ – Конфронтация, ПЛП – Планирование решения проблемы, БИЗ – Бегство–избегание, ПО –

Принятие ответственности, ПСП – Поиск социальной поддержки, ПП – Проактивное преодоление, РП – Рефлексивное преодоление, ПЭП – Поиск эмоциональной поддержки, ПИП – Поиск инструментальной поддержки, ПРП – Превентивное преодоление, СП – Стратегическое планирование.

Понимание всей серьезности своей болезни может приводить к снижению ответственности больных за свое поведение и мотивации к реабилитации. Между всеми видами проактивного совладания отмечаются положительные связи, кроме поиска разного вида поддержки (эмоциональной и инструментальной). Возможно, что больные не склонны в этот период искать эмоциональную помощь, потому что обладают уже достаточными ресурсами или избегают обсуждения своих чувств. Скорее всего, поэтому вытеснение (основанное на страхе и пассивной личностной диспозиции) отрицательно коррелирует с рефлексивным преодолением, больной меньше анализирует факт болезни и больше вытесняет его из сознания.

В третьей группе здоровых мужчин (рис. 3) мы обнаружили интересное сочетание механизмов защиты и проактивно-реактивных стратегий: рефлексивное преодоление в этой группе мужчин положительно связано с проекцией ($p \leq 0,05$) и интеллектуализацией, что в перспективе может оказаться полезным для построения стратегий проактивного преодоления и стратегического планирования. Вероятно, для планирования целей и их достижения мужчинам требуется проецировать эти цели на других, получать социальную и эмоциональную поддержку. Это позволяет вытеснять неприятные чувства, снижать их интенсивность. В процессе конфронтации мужчины этой группы скорее склонны отрицать информацию и чувства (отрицательная связь между конфронтацией и отрицанием при $p \leq 0,01$).

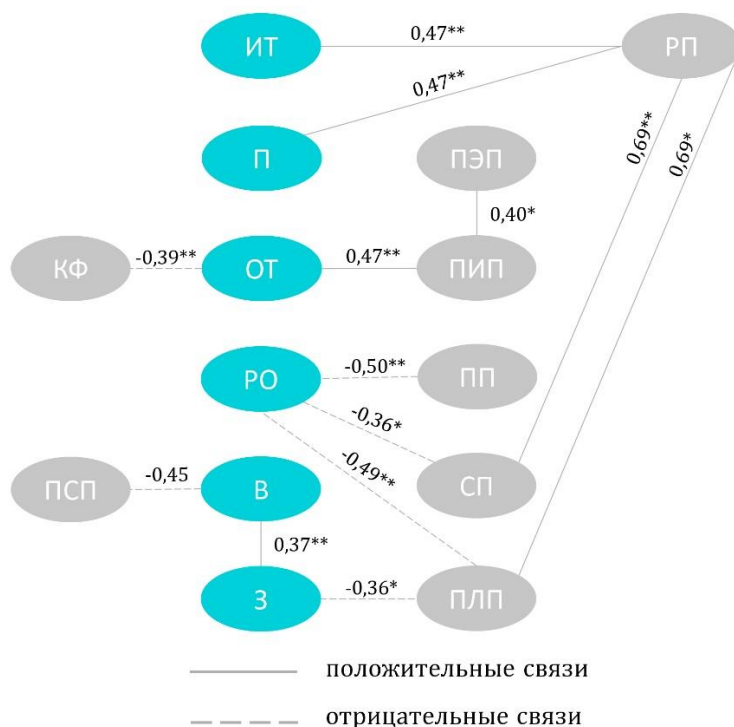


Рис. 3. Корреляционная плеяда третьей группы здоровых добровольцев

Примечания. Механизмы защиты закрашены голубым. * – $p \leq 0,05$; ** – $p \leq 0,01$. ИТ – Интеллектуализация, П – Проекция, В – Вытеснение, РО – Реактивное образование,

З – Замещение, ОТ – Отрицание, КФ – Конфронтация, ПЛП – Планирование решения проблемы, БИЗ – Бегство–избегание, ПО – Принятие ответственности, ПСП – Поиск социальной поддержки, ПП – Проактивное преодоление, РП – Рефлексивное преодоление, ПЭП – Поиск эмоциональной поддержки, ПИП – Поиск инструментальной поддержки, ПРП – Превентивное преодоление, СП – Стратегическое планирование.

Сравнение показателей реактивно-проактивного совладания между группами осуществлялось с помощью U-критерия Манна–Уитни для независимых выборок. Мы соотнесли критерии мишеней психокоррекции и основные показатели различий (табл. 2).

Таблица 2

**Значимые отличия между группами
по возможным мишеням психокоррекции**

Возможные мишени психокоррекции	1 и 2 группа		1 и 3 группа		2 и 3 группа	
	U	p	U	p	U	p
Когнитивный критерий						
Самоконтроль	177	≤0,01	151	≤0,01	-	-
Планирование решения проблемы	297	≤0,05	211	≤0,01	-	-
Положительная переоценка проблемы	265	≤0,01	210	≤0,01	-	-
Стратегическое планирование	-	-	322	≤0,05	-	-
Принятие ответственности	259	≤0,01	294	≤0,01	-	-
Эмоциональный критерий						
Проекция	240	≤0,01	-	-	-	-
Реактивное образование	290	≤0,05	-	-	234	≤0,01
Отрицание	-	-	238	≤0,01	-	-
Вытеснение	264	≤0,01	-	-	-	-
Поведенческий критерий						
Бегство–избегание	-	-	234	≤0,05	-	-
Дистанцирование	286	≤0,05	-	-	-	-
Конфронтация	176	≤0,01	175	≤0,01	-	-
Поиск социальной поддержки	191	≤0,05	236	≤0,01	-	-

Примечание: «-» – различия не обнаружены.

Статистически значимые различия между 1 и 2 группой получены по показателям конструктивных реактивно-проактивных стратегий: самоконтроль, планирование решения проблемы, положительная переоценка проблемы, принятие

ответственности. Учитывая наличие таких нескольких важных стратегий, мы можем полагать, что наркозависимые, находящиеся на первых этапах лечения, могут быть более восприимчивы к психокоррекции и психотерапии. Между 1 и 2 группами были обнаружены значимые различия по таким механизмам защиты, как проекция и вытеснение, а между 1 и 3 группами – по отрицанию и реактивному образованию. Выявленные различия предполагают психокоррекционную работу с такими проявлениями, как страх, тревога, отрицание и выраженный гедонизм у пациентов. В процессе оптимизации неконструктивных поведенческих паттернов необходимо обратить внимание на стратегии, по которым получены различия в 1 и 2, а также в 1 и 3 группах: бегство–избегание, дистанцирование конфронтация, поиск социальной поддержки.

Выводы и заключение

1) Существуют особенности реактивно-проактивных стратегий совладания в группах наркозависимых: в первой группе наркозависимых, находящихся на лечении, совладание носит эмоционально-ориентированный и когнитивно-ориентированный характер и отличается стремлением к принятию помощи; преобладают такие механизмы защиты, как отрицание, проекция, замещение, интеллектуализация с выраженными диспозициями по истероидному параноидальному, обсессивному, агрессивному типам. Для участников исследования, вошедших во вторую группу (наркозависимые, находящиеся на реабилитации), характерно интенсивное социальное отвлечение (стратегии избегания и снижения принятия ответственности) в сочетании с разными вариантами проактивного преодоления. Для них более характерны такие механизмы защиты, как реактивное образование, вытеснение, интеллектуализация, компенсация; у них выражены маниакальная, обсессивная, депрессивная и пассивная личностные диспозиции.

2) Основные различия между двумя группами наркозависимых состоят: в характере связей механизмов защит со стратегиями реактивно-проактивного совладания; в содержании самих механизмов защит (личностных диспозиций и доминирующих эмоций); в вариации реактивных стратегий и их направленности; в особенностях выстраивания проактивного поведения. По сравнению с наркозависимыми здоровые лица обладают интеллектуальными защитами, нормативной проекцией, больше планируют, меньше опираются на поддержку других, больше стремятся к осуществлению своих целей, их поведение в целом проактивно.

Отсутствие репрезентативной выборки не позволяет нам генерализовать наши выводы и результаты исследования, применяя ко всем больным с наркоманией. Но наше исследование особенностей реактивно-проактивного совладания наркозависимых, вероятно, позволит немного расширить представления о структуре и проявлениях этого типа совладания, о его связи с механизмами защит. Частично результаты исследования могут быть применимы в групповой и индивидуальной работе с наркозависимыми на разных этапах лечения и реабилитации. Дальнейшие исследования будут направлены на изучение проактивных и реактивных стратегий совладания наркозависимых на больших выборках, а также на сравнение особенностей стратегий совладания у пациентов

с разной степенью зависимости с привлечением дополнительных методов исследования.

Литература

1. Белинская Е.П., Вечерин А.В., Агадуллина Е.Р. Опросник проактивного копинга: адаптация на неклинической выборке и прогностические возможности [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 192–211. DOI: 10.17759/cpse.2018070312 (дата обращения: 25.05.2020)
2. Веретина О.Р. Сравнительный анализ механизмов совладания наркозависимых и врачей // Материалы VI заочной Международной научно-практической конференции «Исследование и проектирование в социальной работе: теория и практика» / Под ред. В.В. Лемиш. Омск: Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского, 2012. С. 126–131.
3. Готов В.В. Особенности защитно-совладающего поведения ВИЧ-инфицированных с наркозависимым поведением // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2009. Том 11. № 1. С. 121–127.
4. Ерзин А.И., Антохин Е.Ю. Апробация методики диагностики проактивности в клинических выборках [Электронный ресурс] // Психология и психотехника. 2015. Том. 80. № 5. С. 493–499. DOI: 10.7256/2070-8955.2015.5.13777 (дата обращения: 11.04.2020)
5. Кобзева Л.С., Ковшова О.С. Психологические предикторы проактивного поведения у наркозависимых лиц с разным типом терапии // Практическая медицина. 2015. Том 90. № 5. С. 63–69.
6. Крюкова Т.Л., Куфтык Е.В., Замышляева М.С. Адаптация методик, изучение совладающего поведения way of coping questionnaire (опросник способов совладания Р. Лазаруса и С. Фолкмана) // Психологическая диагностика. 2005. № 3. С. 57–76.
7. Куфтык Е.В. Совладающее поведение в период взросления: соотношение механизмов психологических защит, реактивного и проактивного совладания // Методология, теория, история психологии личности / Отв. ред. А.Л. Журавлев, Е.А. Никитина, Н.Е. Харламенкова. М.: Институт психологии РАН, 2019. С. 680–690.
8. Мельников М.Е., Шубина О.С. Психологические защиты у наркозависимых: возможные поведенческие проявления и подход к измерению с помощью опросника ИЖС // Учебные записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2011. Том XVIII. № 4. С. 50–51.
9. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для психологов и врачей / Л.И. Вассерман [и др.] / под ред. Л.И. Вассерман. СПб.: Изд-во СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 54 с.
10. Поляк О.Б. Механизмы психологической защиты наркозависимых и их взаимосвязь с особенностями личности // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. 2008. № 55. С. 418–423.

11. Сергиенко Е.А. Субъектная регуляция совладающего поведения // Совладающее поведение: современное состояние и перспектива / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко, Т.Л. Крюковой. М.: Институт психологии РАН, 2008. С. 67–84.
12. Слабинский В.Ю., Воищева Н.М., Незнанов Н.Г. и др. Психологические особенности реактивного, активного и проактивного типов совладающего поведения: уровневый подход // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2019. Том 10. № 3. С. 539–545. DOI: 10.33396/1728-0869-2019-11-28-34
13. Старченкова Е.С. Концепция проактивного совладающего поведения // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2009. Сер. 12. Вып. 2. Ч. 1. С. 198–205.
14. Ялтонский В.М., Лопатин Д.В. Самоэффективность совладания с ситуациями высокого риска рецидива больных, зависимых от героина, на разных фазах заболевания // Вопросы наркологии. 2010. № 4. С. 76–82.
15. Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Ялтонская А.В. Коморбидность химических и поведенческих аддикций // Вопросы наркологии. 2018. № 5 (165). С. 86–89.
16. Aspinwall L., Taylor S. A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*. 1997. Vol. 121. № 3. P. 417–436. DOI: 10.1037//0033-2909.121.3.417
17. Greenglass E., Schwarzer R., Jakubiec D. et al. The Proactive Coping Inventory (PCI): A Multidimensional Research Instrument // Stress and Anxiety Research Society (STAR): Proceeding of the 20th International Conference. Cracow, Poland, 1999, pp. 264–274. URL: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/poland.htm> (Accessed: 12.12.2020)
18. Schwarzer R. Stress, resources, and proactive coping. *Applied Psychology: An International Review*. 2001. Vol. 50. № 3. P. 400–407.

References

1. Belinskaya E.P., Vecherin A.V., Agadullina E.R. Oprosnik proaktivnogo kopinga: adaptatsiya na neklinicheskoi vyborke i prognosticheskie vozmozhnosti [Proactive Coping Inventory: adaptation to a non-clinical sample and predictive capability]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Educational*, 2018, vol. 7, no. 3, pp. 192–211. DOI: 10.17759/cpse.2018070312 (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Veretina O.R. Sravnitel'nyi analiz mekhanizmov sovladaniya narkozavisimykh i vrachei [Comparative analysis of coping mechanisms of drug addicts and doctors]. In V.V. Lemish, *Materialy VI zaochnoi Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Issledovanie i proektirovanie v sotsial'noi rabote: teoriya i praktika»=Proceedings of the Fourth International Scientific-Practical Conference "Research and Design in Social Work: Theory and Practice"*. Omsk: Publ. of Omsk State University of F.M. Dostoevsky, 2012, pp. 126–131. (In Russ.).
3. Gotov V.V. Osobennosti zashhitno-sovladajushhego povedeniya VICH-inficirovannyh s narkozavisimym povedeniem [Features of protective-coping behavior of HIV-infected

people with drug-dependent behavior]. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo instituta psihologii i social'noj raboty*=*Scientific Notes of the St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work*], 2009, vol. 11, no. 1, pp. 121–127. (In Russ.).

4. Erzin A.I., Antohin E.U. Aprobacija metodiki diagnostiki proaktivnosti v klinicheskikh vyborkah [Testing the proactivity diagnostic technique in clinical samples]. *Psihologija i psihotekhnika*=*Psychology and Psychotechnics*, 2015, vol. 80, no. 5, pp. 493–499. DOI: 10.7256/2070-8955.2015.5.13777 (In Russ., abstr. in Engl.).

5. Kobzeva L.S., Kovshova O.S. Psihologicheskie prediktory proaktivnogo povedeniya u narkozavisimyh lic s raznym tipom terapii [Psychological predictors of proactive behavior in drug addicts with different types of therapy]. *Prakticheskaja medicina*=*Practical Medicine*, 2015, vol. 90, no. 5, pp. 63–69. (In Russ.).

6. Krukova T.L., Kuftyak E.V., Zamishlyaev M.S. Adaptaciya metodik, izuchenie sovladayushchego povedeniya way of coping questionnaire (oprosnik sposobov sovladaniya R. Lazarusa i S. Folkmana) [Adaptation of techniques, study of coping behavior way of coping questionnaire (by R. Lazarus and S. Folkman)]. *Psihologicheskaya diagnostika*=*Psychological Diagnostics*, no. 3, pp. 57–76. (In Russ.).

7. Kuftiak E.V. Sovladaiushchee povedenie v period vzrosleniya: sootnoshenie mekhanizmov psikhologicheskikh zashchit, reaktivnogo i proaktivnogo sovladaniya [Coping behavior during adulthood: correlation of psychological defense mechanisms, reactive and proactive coping]. In A.L. Zhuravlev, E.A. Sergienko, T.L. Krukova, *Metodologiya, teoriya, istoriya psihologii lichnosti*=*Methodology, Theory, History of Personality Psychology*. Moscow: Publ. of Institute of psychology RAS, 2019, pp. 680–690. (In Russ.).

8. Melnikov M.E., Shubina O.S. Psihologicheskie zashchity u narkozavisimyh: vozmozhnye povedencheskie proyavleniya i podhod k izmereniju s pomoshh'ju oprosnika IZhS [Psychological defenses in drug addicts: possible behavioral manifestations and approach to measurement using the LSI]. *Uchebnye zapiski SPbGMU im akad. I.P. Pavlova*=*The Scientific Notes of the Pavlov University*, 2011, vol. 18, no. 4, pp. 50–51. (In Russ.).

9. Psihologicheskaja diagnostika indeksa zhiznennogo stilja: posobie dlja psihologov i vrachej [Psychological diagnostics of the life style index: a guide for psychologists and doctors]. L.I. Vasserman et al. (eds.). Saint-Petersburg: Publ. of the Scientific Research Psychoneurological Institute named V.M. Bekhterev, 2005. 54 p. (In Russ.).

10. Polyak O.V. Mehanizmy psihologicheskoy zashchity narkozavisimyh i ih vzaimosvjaz' s osobennostjami lichnosti [The mechanisms of psychological protection of drug addicts and their relationship with personality traits]. *Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gercena*=*Izvestia: Herzen University Journal of Humanities and Sciences*, 2008, no. 55, pp. 418–423. (In Russ.).

11. Sergienko E.A. Sub"ektnaya reguljatsiya sovladayushchego povedeniya [Subject regulation of coping behavior]. In Zhuravlev A.L., E.A. Sergienko, T.L. Krukova, *Sovladajushhee povedenie: sovremennoe sostojanie i perspektiva*=*Coping Behavior: The Current State and Prospects*]. Moscow: Publ. of Institute of psychology RAS, 2008, pp. 67–84. (In Russ.).

12. Slabinskij V.U., Voishheva N.M., Neznanov N.G. et al. Psihologicheskie osobennosti reaktivnogo, aktivnogo i proaktivnogo tipov sovladajushhego povedeniya: urovnevyj

podhod [Assessment of the efficiency of proactive behavior training and individual psychotherapy among persons with different degrees of professional burnout]. *Psihiatrija, psihoterapija i klinicheskaja psihologija=Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*, 2019, vol. 10, no. 3, pp. 539–545. DOI: 10.33396/1728-0869-2019-11-28-34 (In Russ., abstr. in Engl.).

13. Starchenkova E.S. Kontseptsiiia proaktivnogo sovladaiushchego povedeniia [The concept of proactive coping behavior]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta=Bulletin of St. Petersburg University*, 2009, ser. 12, vol.2, part 1, pp. 198–205. (In Russ.).

14. Yaltonsky V.M., Lopatin D.V. Samojeffektivnost' sovladanija s situacijami vysokogo riska recidiva bol'nyh, zavisimyh ot geroina, na raznyh fazah zabojevanija [Self-efficacy in coping with high-risk situations of relapse of heroin-dependent patients at different phases of the disease]. *Voprosy narkologii=Addiction Issues*, 2016, no. 4, pp.76–82. (In Russ.).

15. Yaltonsky V.M., Sirota N.A., Jaltorskaya A.V. Komorbidnost' himicheskikh i povedencheskikh addikcij [Comorbidity of chemical and behavioral addictions]. *Voprosy narkologii=Addiction Issues*, 2018, no. 5 (165). pp. 86–89. (In Russ.).

16. Aspinwall L., Taylor S. A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 1997, vol. 121, no. 3, pp. 417–436. DOI: 10.1037//0033-2909.121.3.417

17. Greenglass E., Schwarzer R., Jakubiec D., Fiksenbaum L., Taubert S. The Proactive Coping Inventory (PCI): A Multidimensional Research Instrument // *Stress and Anxiety Research Society (STAR): Proceeding of the 20th International Conference*. Cracow, Poland, 1999. pp. 264–274. URL: <http://userpage.fu-berlin.de/~health/poland.htm> (Accessed: 12.12.2020)

18. Schwarzer R. Stress, resources, and proactive coping. *Applied Psychology: An International Review*, 2001, vol. 50, no. 3, pp. 400–407.

Информация об авторе

Бехтер Анна Александровна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии, Тихоокеанский государственный университет (ФГБОУ ВО ТОГУ), г. Хабаровск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1017-558X>, e-mail: behter2004@mail.ru

Information about the author

Bekhter A.A., PhD in Psychology, Leading Research Associate, Associate Professor, Chair of Psychology, Pacific National University, Khabarovsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1017-558X>, e-mail: behter2004@mail.ru

Получена: 10.03.2020

Received: 10.03.2020

Принята в печать: 25.11.2020

Accepted: 25.11.2020

Госпитализированные пациенты терапевтического профиля: взаимосвязь типа отношения к болезни и качества жизни

Заришняк Н.В.

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Оренбург,
Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2742-3161>, e-mail: wengerenko@mail.ru*

Кулбаисов А.М.

*ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница № 2», г. Оренбург,
Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9676-7713>, e-mail: kul60@yandex.ru*

Гаврилова Е.В.

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Оренбург,
Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9580-9045>, e-mail: ekaterina2474@mail.ru*

В статье представлены результаты исследования отношения к болезни, качества жизни и их взаимосвязи у госпитализированных пациентов. Проведено эмпирическое исследование трех групп госпитализированных пациентов в возрасте от 40 до 80 лет: с ишемической болезнью сердца (группа I, n=22; M(SD) – 55,3(13,8) лет), с хронической обструктивной болезнью легких (группа II, n=22; M(SD) – 53,7(12,0) лет) и с остеохондрозом (группа III, n=22; M(SD) – 59,6(14,8) лет). Распределение по полу во всех группах – 50% мужчин и 50% женщин. Для определения типа отношения к болезни использовался опросник Бехтеревского института «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), качества жизни – опросник Оценки качества жизни (SF-36). Результаты исследования показали, что у пациентов всех групп преобладали дезадаптивные типы отношения к болезни: I группа – ипохондрический; апатический; II группа – неврастенический, дисфорический, параноидальный; III группа – тревожный, апатичный типы. Качество жизни пациентов всех групп не отличались друг от друга: физический компонент здоровья был оценен как пониженный; психологический компонент здоровья имел средние показатели. Высокий показатель болевого синдрома и социального функционирования был обнаружен у пациентов I группы, а общего состояния здоровья – у пациентов II группы. Факторный анализ выявил взаимосвязь между общим состоянием здоровья пациентов (субъективной оценкой пациентом своего здоровья) и типом отношения к болезни. Большинству пациентов была необходима психологическая помощь для коррекции типа отношения к болезни и повышения

Заришняк Н.В., Кулбаисов А.М., Гаврилова Е.В.
Госпитализированные пациенты
терапевтического профиля – взаимосвязь
типа отношения к болезни и качества жизни
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 36–56.

Zarishnyak N.V., Kulbaisov A.M., Gavrilova E.V.
Hospitalized Patients with a Therapeutic Profile:
The Relationship Between the Type of Attitude
Towards Illness and the Quality of Life
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 36–56.

качества жизни. Выявленная взаимосвязь между внутренней картиной болезни и качеством жизни нуждается в дополнительном исследовании.

Ключевые слова: госпитализированные пациенты, тип внутренней картины болезни, качество жизни.

Для цитаты: *Заришняк Н.В., Кулбаисов А.М., Гаврилова Е.В.* Госпитализированные пациенты терапевтического профиля – взаимосвязь типа отношения к болезни и качества жизни [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 36–56. DOI: 10.17759/cpse.2020090403

Hospitalized Patients with a Therapeutic Profile: The Relationship Between the Type of Attitude Towards Illness and the Quality of Life

Natalya V. Zarishnyak

*Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2742-316>, e-mail: wengerenko@mail.ru*

Amyrzhhan M. Kulbaisov

*State Health Institution "Orenburg Regional Clinical Hospital № 2", Orenburg, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9676-7713>, e-mail: kul60@yandex.ru*

Ekaterina V. Gavrilova

*Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9580-9045>, e-mail: ekaterina2474@mail.ru*

The article presents the results of a study of attitudes towards illness, quality of life and their relationship in hospitalized patients. An empirical study of three groups of hospitalized patients aged 40 to 80 years was carried out: with ischemic heart disease (group I, n = 22; 55,3(13,8) years), with chronic obstructive pulmonary disease (group II, n=22; 53,7(12,0) years) and with osteochondrosis (group III, n=22; 59,6(14,8) years). Distribution by sex in all groups – 50% of men and 50% of women. To determine the type of attitude towards the disease, the Bekhterev Institute's questionnaire "Type of attitude towards the disease" (TOBOL) was used, the quality of life – the questionnaire of the Assessment of the quality of life (SF-36). The results of the study showed that in patients of all groups maladaptive types of attitudes towards the disease prevailed: Group I – hypochondriacal; apathetic; Group II – neurasthenic, dysphoric, paranoid; Group III – anxious, apathetic types. The quality of life of patients of all groups did not differ from each

other: the physical component of health was assessed as low; the psychological component of health was average. A high rate of pain syndrome and social functioning was found in patients in group I, and in general health in patients in group II. Factor analysis revealed the relationship between the general state of health of patients (the patient's subjective assessment of his health) and the type of attitude towards the disease. Most of the patients needed psychological help to correct the type of attitude towards the disease and improve the quality of life. The revealed relationship between the internal picture of the disease and the quality of life requires additional research.

Keywords: hospitalized patients, type of internal picture of the disease, quality of life.

For citation: Zarishnyak N.V., Kulbaisov A.M., Gavrilova E.V. Hospitalized Patients with a Therapeutic Profile: The Relationship Between the Type of Attitude Towards Illness and the Quality of Life. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 4, pp. 36–56. DOI: 10.17759/cpse.2020090403 (In Russ.)

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения хронические неинфекционные заболевания стали глобальным феноменом пандемических масштабов и основной причиной смертности [5]. Одной из наиболее важных с точки зрения влияния на течение хронического заболевания характеристик пациента является внутренняя картина болезни [20]. Внутренняя картина болезни – это многомерный феномен отражения в психике больного своей болезни: комплекс переживаний и ощущений, эмоциональных и интеллектуальных реакций на болезнь. Отношение человека к своей болезни и понимание ее причин влияет на особенности поведения больного в отношении лечения, на качество выполнения предписаний врача, на мотивацию к выздоровлению. Психологический анализ отношения к болезни позволяет описать все основные психические феномены в личности больного, связанные с его заболеванием [19; 27].

Качество жизни состоит из трех широких областей – физического, психологического и социального функционирования и рассматривается как интегральный показатель, основанный на субъективном восприятии состояния здоровья, возможности удовлетворения актуальных потребностей, и изменяется под воздействием хронического заболевания [15].

Наличие у пациента хронического заболевания в системе кровообращения или в дыхательной системе увеличивает риск госпитализации в 8,72 и 3,01 раза соответственно [22]. Госпитализация для пациента является вынужденной мерой, но вызывает широкий диапазон психологических реакций и чаще всего приводит к возникновению дезадаптивных типов отношения к болезни [17]. Чаще всего в исследованиях проводится диагностика типов отношения к заболеванию у пациентов, то есть определяется психологическая составляющая внутренней картины болезни. В многочисленных исследованиях пациентов с ишемической болезнью сердца, с хронической обструктивной болезнью легких и с

остеохондрозом тип отношения к болезни [6; 13; 16] и качество жизни [10; 12; 14] изучались по отдельности. Взаимосвязь между психологической составляющей внутренней картины болезни и качеством жизни госпитализированных пациентов рассматривалась в небольшом количестве работ, при этом для их изучения использовались различные методики [4; 26], что делало невозможным однозначную интерпретацию полученных результатов. Так, в исследовании пациентов с хронической обструктивной болезнью легких А.Т. Sawyer и др. была установлена корреляция между восприятием своего заболевания (опросник IPQ, в зарубежных публикациях вместо термина «внутренняя картина болезни» используется термин «восприятие болезни») и качеством жизни (опросник SF-36). Модель регрессии показала, что положительное восприятие болезни было связано с более высоким качеством жизни [26]. По данным В.П. Зайцева и соавторов у пациентов с остеохондрозом позвоночника ухудшение качества жизни коррелировало с выраженностью болевого синдрома и такими параметрами, как напряжение, неудовлетворенность, беспокойство, ригидность, фиксация внимания на личных чувствах, пессимизм, низкая стрессоустойчивость. Психологические характеристики (психологический тест СМОЛ) и качество жизни (SF-36) пациентов зависели от пола и локализации вертеброгенного болевого синдрома [4].

Отношение к болезни и качество жизни – это субъективные параметры, отражающие влияние болезни на личность пациента, но оценка качества жизни позволяет объективно судить об эффективности лечения и реабилитации [26], что делает важным изучение их взаимосвязи.

Целью нашей работы стало изучение взаимосвязи типа отношения к болезни и качества жизни госпитализированных пациентов терапевтического профиля.

Была выдвинута следующая **гипотеза исследования**: тип отношения к заболеванию (является составной частью внутренней картины болезни) взаимосвязан с различными аспектами качества жизни госпитализированных пациентов терапевтического профиля.

Материалы и методы

Исследование проводилось в ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница № 2» г. Оренбурга в январе 2019 года. В исследовании приняли участие пациенты кардиологического, пульмонологического, неврологического отделений, которые составили соответственно I, II и III группы. Критерии включения в выборку: мужчины и женщины в возрасте от 40 до 80 лет, имеющие хроническое заболевание; стаж заболевания не менее 10 лет. Критерии исключения: лица в возрасте младше 40 лет и старше 80 лет, острые заболевания и/или тяжелые сопутствующие заболевания, общее тяжелое состояние пациента, отказ пациента от участия в исследовании.

Выборка и процедура исследования. Исследование эмпирическое, поперечное, выборка релевантная. Всего в трех отделениях стационара проходили лечение 147 пациентов. 8,1% (12) пациентов были исключены из исследования из-за общего

тяжелого состояния; 15% (22) пациентов имели иные заболевания; отказались принять участие в исследовании – 32% (47) пациентов. Свой отказ принять участие в исследовании пациенты объясняли несколькими причинами: исследование не поможет в лечении; они хотели бы, чтобы их «оставили в покое», так как они ни с кем не хотят общаться. 44,9% (66) пациентов приняли участие в исследовании и были поделены на три группы. I группе составили пациенты с ишемической болезнью сердца ($n=22$; $M(SD) = 55,3(13,8)$ лет). Во вторую группу вошли пациенты с хронической обструктивной болезнью легких ($n=22$, $M(SD) = 53,7(12,0)$ лет). В III группу – пациенты с остеохондрозом ($n=22$; $M(SD) = 59,6(14,8)$ лет). В каждой группе 50% респондентов составили женщины, еще 50% – мужчины.

Опросники заполнялись пациентами перед выпиской из стационара с 17.30 до 19.00 ч. (время согласовано с руководством ЛПУ), в присутствии исследователей. После анкетирования с каждым пациентом клиническим психологом была проведена диагностическая беседа. Исследование было одобрено Этическим комитетом Оренбургского государственного медицинского университета. Было получено добровольное информированное согласие всех пациентов на участие в исследовании.

Методики. Для диагностики типов отношения к болезни у пациентов с хронической соматической патологией был использован опросник Института Бехтерева «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) [16]. Под типом отношения к болезни понимается «отношение больного к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредованно связанных с его заболеванием» [2, с. 6]. ТОБОЛ предназначен для диагностики 12 типов отношения к болезни и включает 12 таблиц-наборов: самочувствие, настроение, сон и пробуждение ото сна, аппетит и отношение к еде, отношение к болезни, отношение к лечению, отношение к врачам и медперсоналу, отношение к родным и близким, отношение к работе (учебе), отношение к окружающим, отношение к одиночеству, отношение к будущему. Время для заполнения было не ограничено. Ведущим типом отношения к болезни фиксировался тот, значения баллов по которому были максимальны. Если респондент набирал одинаковое количество баллов по разным типам внутренней картины болезни из разных блоков, диагностировался недифференцированный (неустановленный) тип отношения к болезни. В ходе исследования были выделены условно адаптивные типы; интрапсихически и интерпсихически дезадаптивные типы; недифференцированные (неустановленные) типы отношения к болезни.

Валидность данной методики частично обеспечивается тем, что она построена на основе модели диагностической деятельности психологов, обладающих высоким уровнем квалификации (в оценке опросника участвовала группа экспертов) [2]. В пособии Л.И. Вассерман и соавторов (2005 г.) даны психологические характеристики каждого из выявляемых типов отношения к болезни [2].

Для оценки качества жизни был использован международный Опросник качества жизни SF-36 [21]. Опросник SF-36 состоит из 36 развернутых вопросов, сгруппированных в 8 основных шкал: физическое функционирование (PF); ролевое

функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH); жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH). Все шкалы объединены в два основных показателя – физический и психологический компоненты здоровья. Показатели шкал варьируют от 0 до 100 баллов. Баллы по шкалам интерпретируются следующим образом: 0–20 баллов – низкий показатель качества жизни; 21–40 баллов – пониженный показатель качества жизни; 41–60 баллов – средний показатель качества жизни; 61–80 баллов – повышенный показатель качества жизни; 81–100 баллов – высокий показатель качества жизни [21]. Российская версия опросника SF-36 обладает приемлемой надежностью и часто используется при проведении исследований качества жизни в России [1].

Для проверки надежности (самосогласованности) используемых субшкал опросников вычислялся коэффициент α Кронбаха. Для всех субшкал опросников ТБОЛ и SF-36 средние значения α Кронбаха составили соответственно – 0,87 и 0,73.

Статистическая обработка данных. Был использован пакет статистических программ IBM SPSS Statistics v. 26 и MS Excel. Нормальность распределения данных проверялась с помощью критерия Колмогорова–Смирнова. Использовались следующие статистические критерии: однофакторный дисперсионный анализ (возраст пациентов); для сравнения качественных показателей – критерий хи-квадрат Пирсона (тип отношения к болезни; демографические и социальные данные); для сравнения переменных с распределением, отличающимся от нормального – критерий Манна–Уитни (качество жизни); категориальный факторный анализ. В качестве критического уровня ошибки первого рода при проведении статистических расчетов принимался уровень значимости в 5%.

Результаты исследования

Демографические и социальные данные. Межгрупповые различия по возрасту пациентов были проверены с помощью однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). Между возрастом пациентов в группах не было установлено статистически значимых различий ($F_{3,14}=1,12$, $p=0,33$). В каждой группе одну половину составили мужчины (11 человек), другую – женщины (11 человек).

Распределение по уровню образования и социальному положению респондентов представлено в таблице 1. V-Крамера 0,1 – <0,2 интерпретируется как слабая связь, 0,2 – <0,4 – как средняя; 0,4 – <0,6 – как относительно сильная; 0,6 – <0,8 и 0,8 – 1,0 – как сильная и очень сильная соответственно [3]. В данном исследовании установлена средней силы взаимосвязь между уровнем образования и заболеванием: пациенты с ишемической болезнью сердца (I группа) имели среднее специальное образование; в группе не было пациентов со средним образованием. Половина пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (II группа) имели среднее образование, а другая половина – среднее специальное образование. Пациентов, имеющих среднее образование, среди пациентов

с остеохондрозом (III группа) было в 1,3 раза больше, чем среди пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (II группа).

Группы были представлены рабочими, служащими, пенсионерами, инвалидами и временно не работающими лицами. Больше всего пенсионеров было во II и III группах. Различий между группами по социальному положению не выявлено.

Таблица 1

Распределение пациентов по уровню образования и социальному положению в группах исследования

	I группа n (%)	II группа n (%)	III группа n (%)	Статистики χ^2 (df), p-value	Статистики V-Крамера
Образование					
Среднее	0 (0,0)	9 (40,9)	12 (54,6)		
Среднее специальное	19 (86,4)	9 (40,9)	5 (22,7)	21,10(4), 0,001	0,40
Высшее	3 (13,6)	4 (18,2)	5 (22,7)		
Социальное положение					
Рабочие	5 (22,7)	4 (18,2)	4 (18,1)		
Служащие	8 (36,5)	5 (22,7)	4 (18,1)		
Пенсионеры	5 (22,7)	12 (54,6)	8 (36,5)		
Работающие пенсионеры	1 (4,5)		2 (9,1)	1,64(10), 0,07	0,12
Инвалиды	3 (13,6)	1 (4,5)	2 (9,1)		
Временно не работающие			2 (9,1)		

Типы отношения к болезни. Типы отношения к заболеванию пациентов различных групп и их распределение по блокам представлены в таблице 2. Тест хи-квадрат Пирсона показал, что существует зависимость между группами с различными заболеваниями и типами отношения к болезни, блоками различных типов отношения к болезни.

Установлена средней силы зависимость между блоками типов отношения к болезни и заболеванием. В первой и третьей группах преобладали пациенты с интрапсихически дезадаптивными и недифференцированными типами; во второй группе – с интрапсихически и интерпсихически дезадаптивными типами отношения к болезни. Интрапсихически дезадаптивные типы отношения к болезни в I группе были представлены в основном пациентами с ипохондрическим и апатическим

типами, во II группе – пациентами с неврастеническим типом; в III группе – пациентами с тревожным и апатическим типами.

Таблица 2

**Типы отношения к болезни пациентов исследуемых групп
и их распределение по блокам**

Блоки типов отношений к болезни	Типы отношения к болезни	I группа n (%)	II группа n (%)	III группа n (%)	Статистики χ^2 (df), p-value	Статистики V-Крамера
Условно адаптивные типы	Гармоничный	-	-	3 (13,70)	0,01 14,58, 6df, p=0,02	V=0,33
	Эргопатический	1 (4,50)	1 (4,50)	1 (4,50)		
	Анозогнозический	-	-	-		
Интрапсихически дезадаптивные типы	Тревожный	2 (9,10)	1 (4,50)	5 (22,70)		
	Ипохондрический	5 (22,75)	-	-		
	Неврастенический	1 (4,50)	5 (22,75)	-		
	Меланхолический	-	-	-		
Интерпсихически дезадаптивные типы	Апатический	4 (18,20)	2 (9,10)	6 (27,30)		
	Сенситивный	-	-	-		
	Эгоцентрический	-	-	-		
	Паранойяльный	2 (9,10)	3 (13,70)	2 (9,10)		
Недифференцированный (неустановленный) тип	Дисфорический	-	7 (31,85)	-		
	Диагностированы более трех типов отношения к болезни из разных блоков	7 (31,85)	3 (13,60)	5 (22,70)		

Согласно наблюдениям психолога, проводившего беседу, для пациентов с интрапсихическими дезадаптивными типами было характерно наличие навязчивых опасений, раздражительной слабости, пессимистической оценки своего состояния и перспектив, которые причиняли страдания самому человеку.

Интерпсихически дезадаптивные типы отношения к болезни пациентов II группы были представлены паранойяльным и дисфорическим типами. По наблюдениям психолога пациенты с данными типами стеснялись своего заболевания перед окружающими, «использовали» его для достижения определенных целей; строили паранойяльного характера концепции относительно

причин своего заболевания и его хронического течения; проявляли гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге. Наибольшее количество пациентов с недифференцированным (неустановленным) типом отношения к заболеванию было выявлено в I и III группах. Пациенты с недифференцированными типами не принимали на себя ответственность за болезнь, имели нестойкие, зависимые от мнения окружающих представления о своем заболевании; часто использовали нетрадиционные методы лечения. Условно адаптивные типы отношения к болезни чаще всего обнаруживались у пациентов III группы. Таким образом, большинство пациентов во всех группах имели типы отношения к болезни, при которых отмечалось нарушение адаптации к своему заболеванию.

Качество жизни пациентов. Статистически значимых различий (согласно критерию Манна-Уитни) между большинством показателей качества жизни пациентов различных групп установлено не было, за исключением трех показателей: интенсивности боли, общего состояния здоровья (физической компонент здоровья) и социального функционирования (психологический компонент здоровья) (табл. 3).

Таблица 3

Различия качества жизни пациентов разных групп

Показатели качества жизни	I	II	III	p ¹	p ²	p ³
	группа M(SD)	группа M(SD)	группа M(SD)			
Физический компонент здоровья	36,9(10,2)	37,4(11,0)	35,3(8,6)	0,4	0,5	0,5
Физическое функционирование	63,2(27,1)	56,1(31,8)	65,9(30,6)	0,9	0,9	0,2
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	19,0(40,2)	29,5(41,2)	26,1(38,9)	0,5	0,4	0,9
Интенсивность боли	70,1(29,5)	54,1(34,7)	34,8(26,1)	0,05	0,01	0,02
Общее состояние здоровья	39,5(14,5)	56,6(19,4)	52,9(14,9)	0,001	0,008	0,3
Психологический компонент здоровья	47,9(9,1)	44,8(10,7)	46,1(12,9)	0,2	0,5	0,8
Жизненная активность	42,2(9,6)	45,9(19,9)	47,5(20,9)	0,5	0,5	0,9
Социальное функционирование	88,6(20,0)	63,0(34,3)	63,6(32,3)	0,001	0,01	0,9

Ролевое функциональное, обусловленное эмоциональным состоянием	59,0(50,3)	48,4(47,9)	66,6(42,4)	0,4	0,6	0,1
Психическое здоровье	68,9(12,9)	65,8(17,1)	60,9(24,4)	0,4	0,1	0,4

Примечание: r^1 – значимость различий между I и II группами, r^2 – между I и III группами, r^3 – между II и III группами.

Показатель интенсивность боли оценивает интенсивность болевого синдрома и его влияние на способность заниматься повседневной деятельностью (выполнение домашней работы, походы в магазин, занятие хобби и т.д.) в течение последнего месяца: чем выше показатель, тем больше болевых ощущений испытывали пациенты. Низкие значения по шкале свидетельствуют о том, что боль незначительно ограничивала их физическую активность. Интенсивность болевого синдрома у пациентов I группы была самая высокая, а самая низкая – у пациентов III группы.

Шкала общего состояния здоровья (GH) – субъективная оценка респондентом общего состояния своего здоровья в настоящее время (чем выше показатель, тем лучше респондент оценивает свое здоровье в целом). Наиболее высокие показатели по шкале GH отмечались у пациентов II группы.

Социальное функционирование (SF) – это эмоциональная и физическая способность общаться с другими людьми. Наиболее высокие значения по данному параметру отмечались у пациентов I группы, а наиболее низкие – у пациентов III группы.

Физический компонент здоровья у пациентов всех групп был оценен как пониженный, а психологический компонент здоровья – как умеренный.

Взаимосвязь типа отношения к болезни и качества жизни. Взаимосвязь между типом отношения к заболеванию и качеством жизни была установлена при помощи категориального факторного анализа. Была выбрана конечная размерность компонентов, равная 4, объясненная дисперсия, которых была больше 1,0 (табл. 4). Построенная модель объясняет 66,67% общей дисперсии, альфа Кронбаха – 0,97, что свидетельствует о том, что она хорошо описывает исходные данные.

Был использован категориальный метод главных компонент. Нормальность распределения исходных данных не требуется, уровень измерения анализируемых данных может быть любой, в том числе и дихотомический. На первом этапе проводилась оцифровка данных, затем строилась матрица корреляций «оцифрованных» переменных. Критерием отбора, позволяющим оценить качество проведенного анализа, являлся альфа Кронбаха (α) – коэффициент, показывающий внутреннюю согласованность характеристик. Оцифровка переменных в этом

алгоритме происходила таким образом, что собственные значения компонент, рассчитанные по матрице корреляций оптимизированных переменных, максимизировались.

Таблица 4

**Факторные нагрузки для модели
 категориального факторного анализа в исследовании**

Показатели качества жизни	Компоненты			
	1 Возраст	2 Пол	3 Тип отношения к заболеванию	4 Заболевание
Физический компонент здоровья	-0,14	0,92*	0,11	0,18
Физическое функционирование	0,23	0,81*	-0,23	-0,12
Роловое функционирование, обусловленное физическим состоянием	0,20	0,55	0,10	0,70
Интенсивность боли	0,42	0,51	0,26	0,17
Общее состояние здоровья	0,20	0,23	0,84*	0,18
Психический компонент здоровья	0,91*	-0,18	0,34	0,27
Жизненная активность	0,65	0,49	0,26	0,34
Социальное функционирование	0,39	0,33	0,50	0,82*
Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	0,77*	0,15	-0,19	-0,10
Психическое здоровье	0,78*	0,35	0,14	0,21
Объясненная дисперсия	4,26	2,08	1,77	1,21
Доля объясненной дисперсии, %	30,46	14,87	12,66	8,68

Примечание: * – высокие факторные нагрузки.

Числа в таблице 4 следует понимать как корреляционные коэффициенты между переменными и факторами. Психический компонент здоровья, роловое функционирование обусловленное эмоциональным состоянием пациентов,

психическое здоровье всех групп были взаимосвязаны с возрастом респондентов (0,91 и 0,77); физический компонент здоровья и физическое функционирование с полом (0,92 и 0,81); общее состояние здоровья – с типом отношения к болезни (84%), социальное функционирование – с заболеванием (0,82).

Обсуждение результатов

В нашем исследовании мы постарались выяснить, как тип отношения к заболеванию взаимосвязан с качеством жизни госпитализированных пациентов, но перед этим провели диагностику типов отношения к болезни и определили качество жизни пациентов. Во всех группах у большинства пациентов отмечались дезадаптивные типы отношения к своему заболеванию. Преобладание у пациентов с ишемической болезнью сердца (I группа) ипохондрического и апатического типов согласуется с данными J.G. Lee и др., которые установили, что у пациентов с этим заболеванием повышены показатели по шкале ипохондрии, им свойственны такие черты, как впечатлительность, мнительность, пессимистичность, что приводит к формированию нейро-вегетативных нарушений [24].

Наши данные расходятся с данными других исследователей, которые у большинства (от 40 до 70%) госпитализированных пациентов с ишемической болезнью сердца наблюдали условно адаптивные типы отношения к болезни – гармоничный, эргопатический и анозогнозический. В исследование были включены в основном мужчины, а средняя длительность заболевания составила всего три года [16]. В нашем же исследовании средняя длительность заболевания у пациентов составляла 10 лет, и группы были представлены как мужчинами, так и женщинами.

Хроническая обструктивная болезнь легких негативно влияет на функцию мозга и способствует развитию когнитивных нарушений [27]. Пациенты с этим заболеванием отличаются существенными изменениями в структуре личности, для них характерны нервозность, беспокойство и раздражительность, эмоциональная лабильность, демонстративность, высокая чувствительность к воздействию среды, фиксация на отрицательных эмоциональных переживаниях, что способствует их социальной изоляции и дальнейшей дезадаптации [27]. Согласно наблюдениям психолога именно эти черты были присущи пациентам II группы (с хронической обструктивной болезнью легких) с неврастеническим, паранойяльным и дисфорическим типами отношения к болезни.

Согласно данным других исследований основными дезадаптивными чертами личности у пациентов с остеохондрозом являются беспокойство, ипохондрия, пассивность и демонстративность. Клинические признаки неспецифического психоэмоционального напряжения были обнаружены в 70% случаев [4; 6]. Эти данные подтверждены в проведенном исследовании: пациенты с тревожным и апатическим типами характеризуются беспокойством и мнительностью, пассивным подчинением процедурам и лечению.

Статистически значимых различий между большинством показателей качества жизни пациентов различных групп установлено не было. Показатели качества

жизни для пациентов с ишемической болезнью сердца (I группа), полученные нами, находятся на уровне нормированных значений для России: Физический компонент здоровья – $34,1 \pm 6,9$; Психологический компонент здоровья – $43,3 \pm 9,6$ [23]. Показатели качества жизни для госпитализированных пациентов с хронической обструктивной болезнью легких [12] и остеохондозом [14] существенно не отличались от данных, полученных другими исследователями.

Нами установлено, что тип отношения к болезни взаимосвязан с общим состоянием здоровья (физический компонент качества жизни). Данный компонент качества жизни связан с субъективной оценкой пациента состояния его здоровья в настоящий момент, перспектив лечения и сопротивляемости болезни: чем выше показатель, тем лучше оценивает свое здоровье респондент. Средний показатель общего состояния здоровья был обнаружен во II (хроническая обструктивная болезнь легких) и III (остеохондроз) группах, а пониженный показатель – в I группе (ишемическая болезнь сердца). В немногочисленных исследованиях установлена взаимосвязь типа отношения к заболеванию и качества жизни: у пациентов с ишемической болезнью сердца [26], хронической обструктивной болезнью легких [27]. Выявленная нами взаимосвязь качества жизни пациентов с возрастом, полом и заболеванием, подтверждается данными других авторов установивших, что с возрастом у пациентов с хроническими заболеваниями значительно снижается качество жизни, а также имеются гендерные различия: показатели качества жизни у женщин ниже, чем у мужчин [9].

Как можно изменить отношение к болезни пациента и соответственно качество его жизни? По данным К.Л. Petrie и J. Weinman прямые психообразовательные вмешательства могут изменить негативные убеждения о болезни и привести к улучшению по ряду различных результатов в отношении здоровья [25]. Психообразование пациента может происходить как в ходе консультаций с клиническим психологом, так и в ходе взаимодействия с медицинскими сестрами, врачами и родственниками, что особенно важно в процессе госпитализации. Системная психологическая помощь пациенту, который находится на стационарном лечении, включает психологическое консультирование и психокоррекцию. Все компоненты психологической помощи взаимосвязаны между собой и каждый из них имеет свою специфику и содержательную направленность [11]. Психологическое консультирование у пациентов с соматическими заболеваниями должно быть направлено на диагностику степени дезадаптации; в зависимости от результатов должна проводиться психокоррекция, которая способствует формированию адекватного отношения к заболеванию и лечению [11].

Методы психокоррекции, которые используются при работе с пациентами в соматической клинике, должны учитывать тип отношения к болезни. Так, для пациентов с ипохондрическим и апатическим типами отношения к болезни эффективным методом психокоррекции является дыхательно-релаксационный тренинг [18]; для пациентов с неврастеническим и тревожным типами – аутогенные тренировки [7]; для пациентов с дисфорическим и параноидальным типами – когнитивно-поведенческая терапия [11].

Работа психолога с сотрудниками терапевтического стационара должна осуществляться в виде их информирования об особенностях взаимодействия с различными категориями пациентов, а также о способах разрешения конфликтных ситуаций [8].

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют о том, что большинству пациентов кардиологического, пульмонологического, неврологического отделений (пациенты с ишемической болезнью сердца, с хронической обструктивной болезнью легки, с остеохондрозом) свойственны дезадаптивные (интра- и интерпсихические) и неустановленные типы отношения к заболеванию. Качество жизни госпитализированных пациентов с различными заболеваниями существенно не различалось, что, возможно, связано с нахождением в стационаре по поводу обострения хронического заболевания (однотипные условия для всех пациентов, новая обстановка, ограничение физической активности и т.д.) и с длительностью заболевания (стаж не менее 10 лет).

В исследовании было установлена взаимосвязь между типом отношения к болезни и только одним параметром качества жизни – общим состоянием здоровья (физический компонент качества жизни). Были также взаимосвязаны отдельные параметры качества жизни: физический компонент здоровья и физическое функционирование – с полом; социальное функционирование – с заболеванием; психический компонент здоровья, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, психическое здоровье – с возрастом. Данные, полученные в текущем исследовании, нельзя считать надежными и окончательными, поскольку имели место существенные ограничения исследования. Во-первых, значительное число пациентов отказалось принять участие в исследовании, что не позволило сформировать репрезентативную выборку. Во-вторых, внутренний распорядок в стационаре и короткое время пребывания пациента в нем не позволили нам провести диагностические процедуры в первые дни пребывания пациентов в стационаре и сравнить данные при поступлении и выписке.

Участие большего количества респондентов и диагностика типа отношения к болезни и качества жизни с помощью системы методик (общих – Личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ) и Краткого опросника ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF) и специальных – Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и Опросник для оценки качества жизни пациентов с ИБС (HeartQoI)) позволят получить более объективные данные и адекватно оценить взаимосвязь между данными параметрами, что важно для оценки эффективности лечения в условиях стационара.

Также перспективным направлением дальнейших исследований является изучение влияния различных методов психокоррекции на тип отношения к заболеванию и качество жизни госпитализированных пациентов с хроническими заболеваниями.

Литература

1. *Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И. и др.* Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») // Научно-практическая ревматология. 2008. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/populyatsionnye-pokazateli-kachestva-zhizni-po-oprosniku-sf-36-rezultaty-mnogotsentrovogo-issledovaniya-kachestva-zhizni-mirazh> (дата обращения: 21.09.2020).
2. *Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. и др.* Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 32 с.
3. *Гржибовский А.М., Иванов С.В., Горбатова М.А.* Анализ номинальных и ранговых переменных данных с использованием программного обеспечения Statistica и SPSS // Наука и здравоохранение. 2016. № 6. С. 5–39.
4. *Зайцев В.П., Тюрина О.Г., Айвазян Т.А. и др.* Особенности восприятия боли и психологический статус больных остеохондрозом позвоночника с болевым синдромом // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 2002. № 6. С. 30–33.
5. *Кобякова О.С., Куликов Е.С., Малых Р.Д.,* Стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний: современный взгляд на проблему // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019. Том. 18. № 4. С. 92–98. DOI: 10.15829/17288800201949298
6. *Кожевникова О.В., Закирова З.З.* Изучение отношения клиентов к болезни как условие реабилитации // Социальная работа в поликультурном обществе: Материалы Международной научно-практической конференции 30-31 мая 2011 г. / Под ред. О.В. Солодянкиной. Ижевск: Удмуртский университет, 2011. С. 183–188.
7. *Козачун В.Л.* Психологическая коррекция первичного означения в структуре внутренней картины болезни при соматическом заболевании (на примере бронхиальной астмы) // Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского Социология. Педагогика. Психология. 2017. Том 3(69). № 2. С. 37–47.
8. *Куртанова Ю.Е.* Система психологической реабилитации пациентов с различными соматическими заболеваниями // Психологическая наука и образование. 2010. № 5. С. 286–292.
9. *Малыхин Ф.Т.* Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы) // Качественная клиническая практика. 2011. № 1. С. 11–18.
10. *Маль Г.С., Дудка М.В., Бушуева О.Ю. и др.* Изучение показателей качества жизни у больных ИБС с использованием опросника SF-36 // Качественная клиническая практика. 2016. № 2. С. 52–56.
11. *Мамайчук И.И.* Психологическая помощь детям и подросткам с соматическими заболеваниями // Педиатр. 2014. Том 5. № 1. С. 107–118. DOI: 10.17816/PED51107-118
12. *Моисеева М.В., Викторова И.А., Багишева Н.В. и др.* Качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких, легочным туберкулезом и при

Заришняк Н.В., Кулбаисов А.М., Гаврилова Е.В.
Госпитализированные пациенты
терапевтического профиля – взаимосвязь
типа отношения к болезни и качества жизни
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 36–56.

Zarishnyak N.V., Kulbaisov A.M., Gavrilova E.V.
Hospitalized Patients with a Therapeutic Profile:
The Relationship Between the Type of Attitude
Towards Illness and the Quality of Life
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 36–56.

сочетании двух нозологий // Лечащий врач. 2019. № 11. С. 60–63. DOI: 10.26295/OS.2019.60.14.014

13. *Мочалов К.С., Галимова С.Ш., Галимов К.Ш.* Внутренняя картина болезни у лиц с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой: Сравнительное исследование // Инновации в образовании и медицине. Материалы V Всесоюзной научно-практической конференции (г. Махачкала, 29 марта 2018 г.) / Под ред. С.Н. Маммаева и др. Махачкала: Дагестанский государственный медицинский университет, 2018. С. 222.

14. *Основина И.П., Алексеева Н.В., Нежкина Н.Н.* Динамика показателей качества жизни больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника в зависимости от длительности течения заболевания // Курортная медицина. 2018. № 2. С. 55–59.

15. *Прудников А.Р.* Качество жизни пациентов с различными формами ИБС (инфаркт миокарда, стабильная стенокардия напряжения) после стентирования коронарных артерий // Вестник ВГМУ. 2019. Том 18. № 5. С. 45–52. DOI: 10.22263/2312-4156.2019.5.45

16. *Солодухин А.В., Беззубова В.А., Кухарева И.Н. и др.* Взаимосвязь психологических характеристик внутренней картины болезни и копинг-поведения пациентов с ишемической болезнью сердца с параметрами их когнитивного статуса // Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика. 2017. Том 14. № 2. С. 178–189. DOI: 10.22363/2313-1683-2017-14-2-178-189

17. *Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Рахманина А.А. и др.* Испытываемый уровень стресса и тревоги у пациентов многопрофильного медицинского центра // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2019. Том 8. № 4. С. 384–390. DOI: 10.23934/2223-9022-2019-8-4-384-390

18. *Языкова Т.А., Айвазян Т.А., Зайцев В.П.* Влияние дыхательно-релаксационного тренинга на психологические резервы пациентов с хроническими соматическими заболеваниями // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. 2011. № 5. С. 17–21.

19. *Яковлева М.В., Лубинская Е.И., Демченко Е.А.* Внутренняя картина болезни как фактор приверженности лечению после операции коронарного шунтирования // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2015. Том 8. № 2. С. 55–70.

20. *Adrián-Arrieta L., Casas-Fernández de Tejerina J.M.* Self-perception of disease in patients with chronic diseases // Semergen. 2018. Vol. 44. №. 5. P. 335–341. DOI: 10.1016/j.semerg.2017.10.001

21. *Bunevicius A.* Reliability and validity of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with brain tumors: a cross-sectional study // Health and Quality of Life Outcomes. 2017. Vol. 15. № 1. P. 92–98. DOI: 10.1186/s12955-017-0665-1

22. *Dantas I., Santana R., Sarmiento J. et al.* The impact of multiple chronic diseases on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions // BMC Health Services Research. 2016. Vol. 16. № 1. P. 348–356. DOI: 10.1186/s12913-016-1584-2

23. Huber A., Oldridge N., Höfer S. International SF-36 reference values in patients with ischemic heart disease // *Quality of Life Research*. 2016. Vol. 25. № 11. P. 2787–2798. DOI: 10.1007/s11136-016-1316-4

24. Lee J.G., Choi J.H., Kim S.Y. et al. Psychiatric characteristics of the cardiac outpatients with chest pain // *Korean Circulation Journal*. 2016. Vol. 46. № 3. P. 169–178. DOI: 10.4070/kcj.2016.46.2.169

25. Petrie K.J., Weinman J. Patients' perceptions of their illness: the dynamo of volition in health care // *Current Directions in Psychological Science*. 2012. Vol. 1. № 1. P. 60–65. DOI: 10.1177/0963721411429456

26. Sawyer A.T., Harris S.L., Koenig H.G. Illness perception and high readmission health outcomes // *Health psychology open*. 2019. Vol. 6. № 1. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2055102919844504> (дата обращения: 21.09.2020).

27. Tiemensma J., Gaab E., Voorhaar M. et al. Illness perceptions and coping determine quality of life in COPD patients // *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2016. № 11. P. 2001–2007. DOI: 10.2147/COPD.S109227.

References

1. Amirdzhanova V.N., Goryachev D.V., Korshunov N.I. et al. Populyacionny`e pokazateli kachestva zhiznipo oprosniku SF-36 (rezul'taty` mnogocentrovogo issledovaniya kachestva zhizni «MIRAZh») [SF-36 questionnaire population Quality of Life Indices]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya=Rheumatology Science & Practice*, 2008, no. 1, URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/populyatsionnye-pokazateli-kachestva-zhizni-po-oprosniku-sf-36-rezultaty-mnogotsentrovogo-issledovaniya-kachestva-zhizni-mirazh> (data obrashheniya: 17.12.2020) (Accessed: 21.09.2020) (In Russ.; abstr. in Engl.).

2. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B. et al. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: Posobie dlya vrachej [Psychological diagnostics of attitude to disease: A guide for doctor]. Saint-Petesburg: publ. of NIPNI im. V.M. Bekhtereva, 2005. 32 p. (In Russ.).

3. Grzhibovskij A.M., Ivanov S.V., Gorbatova M.A. Analiz nominal'ny`kh i rangovy`kh peremenny`kh danny`kh s ispol'zovaniem programmnoogo obespecheniya Statistica i SPSS [Analysis of nominal data (independent observations)]. *Nauka i zdravookhranenie=Science & Healthcare*, 2016, no. 6, pp. 5–39. (In Russ.; abstr. in Engl.).

4. Zajczev V.P., Tyurina O.G., Ajvazyan T.A. et al. Osobennosti vospriyatiya boli i psikhologicheskij status bol'ny`kh osteokhondrozom pozvonochnika s bolevy`m sindromom [Peculiarities of pain perception and psychological status of patients with osteochondrosis of the spine with pain syndrome]. *Voprosy` kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizkul'tury=Problems of Balneology, Physiotherapy, and Exercise Therapy*, 2002, no. 6, pp. 30–33. (In Russ.; abstr. in Engl.)

5. Kobyakova O.S., Kulikov E.S., Maly`kh R.D. Strategii profilaktiki khronicheskikh neinfekcionny`kh zabolevanij: sovremenny`j vzglyad na problem [Strategies for the

prevention of chronic noncommunicable diseases: a modern look at the problem]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika=Cardiovascular Therapy and Prevention*, 2019, vol. 18, no. 4, pp. 92–98. DOI: 10.15829/1728-8800-2019-4-92-98 (In Russ.; abstr. in Engl.)

6. Kozhevnikova O.V., Zakirova Z.Z. Izuchenie otnosheniya klientov k bolezni kak uslovie reabilitaczii [Studying client attitudes towards illness as a condition for rehabilitation]. In O.V. Solodyankinaya (ed.), *Soczial'naya rabota v polikul'turnom obshhestve: Materialy Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferenczii=Social Work in a Multicultural Society: Materials of the International Scientific and Practical Conference*. Izhevsk: Udmurt University, 2011, pp. 183–188. (In Russ.).

7. Kozachun V.L. Psikhologicheskaya korrekciya pervichnogo oznacheniya v strukture vnutrennej kartiny` bolezni pri somaticheskom zabolevanii (na primere bronkhial'noj astmy`) [Psychological correction of the primary signification in the structure of mental image of illness of somatic disease (on the example of bronchial asthma)]. *Ucheny'e zapiski Kry'mskogo federal'nogo universiteta imeni V.I. Vernadskogo Socziologiya. Pedagogika. Psikhologiya=Scientific Notes of V.I. Vernadsky Crimean Federal University. Sociology. Pedagogy. Psychology*, 2017, vol. 3(69), no. 2. pp. 37–47 (In Russ.; abstr. in Engl.).

8. Kurtanova Yu.E. Sistema psikhologicheskoy reabilitaczii paczientov s razlichny`mi somaticheskimi zabolevaniami [The system of psychological rehabilitation of patients with various somatic diseases]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie=Psychological Science and Education*, 2010, no. 5, pp. 286–292. (In Russ.; abstr. in Engl.).

9. Maly`khin F.T. Kachestvo zhizni, obuslovlennoe sostoyaniem zdorov`ya licz pozhilogo i starcheskogo vozrasta (obzor literatury`) [Quality of life due to the state of health of elderly and senile persons (review of literature)]. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika=High-Quality Clinical Practice*, 2011, no. 1, pp. 11–18. (In Russ.; abstr. in Engl.).

10. Mal` G.S., Dudka M.V., Bushueva O.Yu. i dr. Izuchenie pokazatelej kachestva zhizni u bol'ny`kh IBS s ispol`zovaniem oprosnika SF-36 [The study of quality of life in patients with coronary artery disease using the SF-36 questionnaire]. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika=High-Quality Clinical Practice*, 2016, no. 2, pp. 52–56. (In Russ.; abstr. in Engl.).

11. Mamajchuk I.I. Psikhologicheskaya pomoshh` detyam i podrostkam s somaticheskimi zabolevaniami [Psychological help for children and adolescents with somatic diseases]. *Pediatr=Pediatrician (St. Petersburg)*, 2014, vol. 5, no. 1, pp. 107–118. DOI: 10.17816/PED51107-118 (In Russ.).

12. Moiseeva M.V., Viktorova I.A., Bagisheva N.V. et al. Kachestvo zhizni paczientov s khronicheskoy obstruktivnoj bolezny` legkikh, legochny`m tuberkulezom i pri sochetanii dvukh nozologij [Quality of life for patients with chronic obstructive pulmonary disease, pulmonary tuberculosis and with a combination of two nosologies]. *Lechashhij vrach=Attending Doctor*, 2019, no. 11, pp. 60–63. DOI: 10.26295/OS.2019.60.14.014 (In Russ.; abstr. in Engl.).

13. Mochalov K.S., Galimova S.Sh., Galimov K.Sh. Vnutrennyaya kartina bolezni u licz s khronicheskoy obstruktivnoj bolezny` legkikh i bronkhial'noj astmoj: Sravnitel'noe

issledovanie [Internal picture of the disease in persons with chronic obstructive pulmonary disease and bronchial asthma: a comparative study]. In S.N. Mammaev et al. (eds.), *Innovaczii v obrazovanii i mediczine. Materialy` V Vsesoyuznoj nauchno-prakticheskoy konferenczii=Innovations in education and medicine. Materials of the V All-Union Scientific and Practical Conference*. Makhachkala: publ. of Dagestan State Medical University, 2018, p. 222. (In Russ.).

14. Osnovina I.P., Alekseeva N.V., Nezhkina N.N. Dinamika pokazatelej kachestva zhizni bol`ny`kh osteokhondrozom poyasnichnogo otdela pozvonochnika v zavisimosti ot dlitel`nosti techeniya zabolevaniya [Dynamics of indicators of life quality of patients with osteochondrosis of lumbar spine depending on duration of the course of the disease]. *Kurortnaya mediczina=Resort Medicine*, 2018, no. 2, pp. 55–59. (In Russ.; abstr. in Engl.).

15. Prudnikov A.R. Kachestvo zhizni paczientov s razlichny`mi formami IBS (infarkt miokarda, stabil`naya stenokardiya napryazheniya) posle stentirovaniya koronarny`kh arterij [Life quality of patients with various forms of coronary heart disease (myocardial infarction, effort angina pectoris) after coronary artery stenting]. *Vestnik VGMU=Vitebsk State Medical University Bulletin*, 2019, vol. 18, no. 5, pp. 45–52. DOI: 10.22263/2312-4156.2019.5.45 (In Russ.; abstr. in Engl.).

16. Solodukhin A.V., Bezzubova V.A., Kukhareva I.N. et al. Vzaimosvyaz` psikhologicheskikh kharakteristik vnutrennej kartiny bolezni i koping-povedeniya pacientov s ishemicheskoy bolezny`yu serdca s parametrami ikh kognitivnogo status [The relationship between psychological characteristics of the attitude to the disease, coping behavior of patients with ischemic heart disease, and their cognitive status]. *Vestnik RUDN. Seriya: Psikhologiya i pedagogika=RUDN Journal of Phychology and Pedagogics*, 2017, vol. 14, no. 2, pp. 178–189. DOI: 10.22363/2313-1683-2017-14-2-178-189 (In Russ.; abstr. in Engl.).

17. Holmogorova A.B., Subotich M.I., Rakhmanina A.A. et al. Ispytyvaemyj uroven' stressa i trevogi u pacientov mnogoprofil'nogo medicinskogo centra [The Experienced Level of Stress and Anxiety in Patients of a Multidisciplinary Medical Center]. *Zhurnal im. N.V. Sklifosovskogo «Neotlozhnaya medicinskaya pomoshch'»=Russian Sklifosovsky Journal "Emergency Medical Care"*, 2019, vol. 8, no. 4, pp. 384–390. DOI: 10.23934/2223-9022-2019-8-4-384-390 (In Russ.; abstr. in Engl.).

18. Yazykova T.A., Ajvazyan T.A., Zajcev V.P. Vliyanie dykhatel'n0-relaksacionnogo treninga na psikhologicheskie rezervy pacientov s khronicheskimi somaticheskimi zabolevanijami [The influence of breathing and relaxation training on the psychological reserves of patients with chronic somatic diseases]. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i LFK=Problems of Balneology, Physiotherapy, and Exercise Therapy*, 2011, no. 5, pp. 17–21. (In Russ.; abstr. in Engl.).

19. Yakovleva M.V., Lubinskaya E.I., Demchenko E.A. Vnutrennyaya kartina bolezni kak faktor priverzhennosti lecheniyu posle operacii koronarnogo shuntirovaniya [Internal picture of the disease as a factor of adherence to treatment after coronary bypass surgery].

Заришняк Н.В., Кулбаисов А.М., Гаврилова Е.В.
Госпитализированные пациенты
терапевтического профиля – взаимосвязь
типа отношения к болезни и качества жизни
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 36–56.

Zarishnyak N.V., Kulbaisov A.M., Gavrilova E.V.
Hospitalized Patients with a Therapeutic Profile:
The Relationship Between the Type of Attitude
Towards Illness and the Quality of Life
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 36–56.

Vestnik YUURGU. Seriya "Psikhologiya" = Bulletin of the South Ural State University. Series "Psychology", 2015, vol. 8, no. 2, pp. 55–70. (In Russ.; abstr. in Engl.).

20. Adrián-Arrieta L., Casas-Fernández de Tejerina J.M. Self-perception of disease in patients with chronic diseases. *Semergen*, 2018, vol. 44, np. 5 pp. 335–341. DOI: 10.1016/j.semerg.2017.10.001

21. Bunevicius A. Reliability and validity of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with brain tumors: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2017, vol. 15, no. 1, pp. 92–98. DOI: 10.1186/s12955-017-0665-1

22. Dantas I., Santana R., Sarmiento J. et al. The impact of multiple chronic diseases on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *BMC Health Services Research*, 2016, vol. 16, no. 1, pp. 348–356. DOI: 10.1186/s12913-016-1584-2

23. Huber A., Oldridge N., Höfer S. International SF-36 reference values in patients with ischemic heart disease. *Quality of Life Research*, 2016, vol. 25, no. 11, pp. 2787–2798. DOI: 10.1007/s11136-016-1316-4

24. Lee J.G., Choi J.H., Kim S.Y. et al. Psychiatric characteristics of the cardiac outpatients with chest pain. *Korean Circulation Journal*, 2016, vol. 46, no. 3, pp. 169–178. DOI: 10.4070/kcj.2016.46.2.169

25. Petrie K.J., Weinman J. Patients' perceptions of their illness: the dynamo of volition in health care. *Current Directions in Psychological Science*, 2012, vol. 1, no. 1, pp. 60–65. DOI: 10.1177/0963721411429456

26. Sawyer A.T., Harris S.L., Koenig H.G. Illness perception and high readmission health outcomes. *Health Psychology Open*, 2019, vol. 6, no. 1. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2055102919844504> (Accessed: 21.09.2020).

27. Tiemensma J., Gaab E., Voorhaar M. et al. Illness perceptions and coping determine quality of life in COPD patients. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2016, vol. 11, no. 7, pp. 2001–2007. DOI: 10.2147/COPD.S109227.

Информация об авторах

Заришняк Наталья Владимировна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры сестринского дела, ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Оренбург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2742-3161>, e-mail: wengerenko@mail.ru

Кулбаисов Амыржан Магажанович, кандидат медицинских наук, заведующий пульмонологическим отделением, ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница № 2», г. Оренбург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9676-7713>, e-mail: kul60@yandex.ru

Гаврилова Екатерина Владиславовна, ассистент кафедры сестринского дела, ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Оренбург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9580->

Заришняк Н.В., Кулбаисов А.М., Гаврилова Е.В.
Госпитализированные пациенты
терапевтического профиля – взаимосвязь
типа отношения к болезни и качества жизни
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 36–56.

Zarishnyak N.V., Kulbaisov A.M., Gavrilova E.V.
Hospitalized Patients with a Therapeutic Profile:
The Relationship Between the Type of Attitude
Towards Illness and the Quality of Life
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 36–56.

9045, e-mail: ekaterina2474@mail.ru

Information about the authors

Natalya V. Zarishnyak, PhD (Medicine), Assistant of the Department of Nursing, Orenburg State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Orenburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2742-3161>, e-mail: wengerenko@mail.ru

Amyrzhhan M. Kulbaisov, PhD (Medicine), Head of the Pulmonology Department of the State Health Institution “Orenburg Regional Clinical Hospital № 2”, Orenburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9676-7713>, e-mail: kul60@yandex.ru

Ekaterina V. Gavrilova, Assistant of the Department of Nursing, Orenburg State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Orenburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9580-9045>, e-mail: ekaterina2474@mail.ru

Получена: 16.04.2020

Received: 16.04.2020

Принята в печать: 09.11.2020

Accepted: 09.11.2020

Роль алекситимии и когнитивной регуляции эмоций в развитии агрессивного поведения подростков

Ларионов П.М.

Университет Казимира Великого, г. Быдгощ, Республика Польша

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4911-3984>, e-mail: pavlm@outlook.com

Гречуха И.А.

Житомирский государственный университет имени Ивана Франко, г. Житомир, Украина

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1704-4320>, e-mail: irinagreczucha@gmail.com

В статье рассмотрена роль когнитивной регуляции эмоций и отдельных алекситимических черт в возникновении агрессивного поведения у подростков. Предполагается, что алекситимические черты посредством формирования неадаптивной регуляции эмоций обуславливают агрессию. С целью изучения данного механизма были исследованы 142 подростка в возрасте 12–17 лет. В качестве методов исследования использовались опросники когнитивной регуляции эмоций, алекситимии для детей и опросник агрессии ВРАQ А. Басса и М. Перри. Обнаружено, что использование неадаптивных стратегий регуляции эмоций является наиболее значимым фактором развития агрессивного поведения. Подтверждено, что сниженная способность определять свои чувства связана с риском формирования неадаптивных стратегий регуляции эмоций, что в свою очередь усиливает агрессию. В качестве predisponирующих к агрессии особенностей личности подростка можно отнести склонность к катастрофизации и руминированию, острому и длительному переживанию стрессовых событий, а также проявление враждебности. Эти особенности дисфункциональной регуляции эмоций могут являться мишенями в психотерапевтической работе, и на них также следует обратить особое внимание при проведении психопрофилактики агрессивного поведения подростков.

Ключевые слова: агрессивное поведение, регуляция эмоций, алекситимия, подростки, агрессия, когнитивные копинг-стратегии, катастрофизация, руминация, фактор риска, психопрофилактика.

Благодарности. Авторы выражают благодарность к психол. н. Е.К. Агеенковой за критические замечания к работе.

Для цитаты: Ларионов П.М., Гречуха И.А. Роль алекситимии и когнитивной регуляции эмоций в развитии агрессивного поведения подростков [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 57–98. DOI: 10.17759/cpse.2020090404

Введение

Рассматривая сквозь призму истории проблему агрессии подростков, можно отметить, что к настоящему времени представлено множество теорий агрессии, описывающих природу, формы, функции и механизмы ее формирования [31]. Несмотря на научные достижения, эта проблема не перестала волновать умы современных исследователей; наоборот, научно-практический интерес к подростковой агрессии только возрастает. Это связано в первую очередь с распространением в современном обществе явления, которое можно обозначить как «культура насилия» [12]. Оно отражается в жизни людей в виде высокого уровня противоправных действий в общественной среде, в том числе школьной [47], и связано с появлением и распространением таких форм насилия, как буллинг (школьное насилие), колумбайн (массовые убийства в школах), скулшутинг (вооруженное нападение учащегося или постороннего лица на школьников внутри учебного заведения) [11; 12; 15; 27]. Таким образом, перед представителями психологической науки возникают новые вопросы. Наиболее важными из них являются поиск предрасполагающих к агрессии личностных факторов, изучение социально-психологических факторов, провоцирующих возникновение агрессивных реакций, а также поиск адекватных методов оказания психологической помощи молодым людям, склонным к агрессивному поведению. Реализация этих задач является важным и необходимым шагом для построения здорового общества [27].

Данная работа посвящена рассмотрению личностных факторов подростковой агрессии. Согласно фрустрационной теории Л. Берковица, возникновение агрессии связано с вызывающими психоэмоциональное напряжение стрессорами, особенности когнитивной оценки которых играют определяющую роль в формировании агрессивных реакций [4]. Е.К. Агеенкова и соавторы обнаружили, что подростки реагируют агрессивно не только на фрустрирующие факторы, но и, наблюдая за окружающей действительностью, могут испытывать агрессию к проявляющим неподобающее поведение людям, например, вандалам, садистам, желающим пройти без очереди [2]. Несмотря на то, что некоторые авторы склонны считать современных подростков ответственными в «снижении „планки“ духовных ценностей, пренебрежении позитивными социокультурными целями» [17, с. 106], было выявлено, что подростки осознают свое неправильное поведение по отношению к учителям, родителям и друзьям, испытывают чувства вины и стыда, а эти переживания могут носить аутоагрессивный характер [2]. Таким образом, лица подросткового возраста в процессе своего становления остро переживают некоторые стороны внешнего и внутреннего мира, сталкиваются с негативными и стрессовыми ситуациями, реакция на которые во многом определяет их психологическое благополучие. Исходя из этого, изучение связанных с агрессией процессов регуляции эмоций (РЭ) является важным направлением научно-практических исследований подростковой агрессии в нашем культурном пространстве.

Неадаптивная когнитивная РЭ как фактор риска агрессии у подростков

Исследователи отмечают, что агрессивное поведение является несовершенной формой совладания с негативно окрашенным эмоциональным возбуждением ввиду

наличия трудностей с РЭ [45]. РЭ понимается как система осознаваемых и неосознаваемых психических процессов управления эмоциональным опытом [19]. При использовании различных психодиагностических инструментов было обнаружено, что агрессия у взрослых [34; 36] и детей [38] связана с дисфункциональной РЭ [43]. L. Rey и N. Extremera отмечают, что использование таких стратегий РЭ, как самообвинение и руминация, предрасполагает к физической и вербальной агрессии у мальчиков [41]. По мнению российских исследователей Н.А. Польской и Н.В. Власовой, неадаптивные стратегии РЭ, такие как руминация, самообвинение и обвинение других, играют важную роль в возникновении аутодеструктивных форм поведения и психопатологической симптоматики у подростков и молодых лиц в возрасте от 13 лет до 21 года [22; 23].

Исследование когнитивной РЭ и ее взаимосвязи с агрессией является перспективным подходом ввиду наличия возможностей для корректировки процессов РЭ в процессе оказания психологической помощи. Однако до сих пор неясна роль алекситимии как связанной с процессами РЭ личностной особенности [39].

Конструкт алекситимии и ее составляющие

Конструкт алекситимии является многомерным, так как состоит из различных личностных особенностей, характеризующих *эмоциональный (аффективный)* и *когнитивный* компоненты алекситимии, в основе которых лежат различные нейropsychологические механизмы [49]. *Аффективный* компонент алекситимии представлен низкой эмоциональной возбудимостью, сниженной способностью к символизации, бедностью фантазии и воображения. *Когнитивный* компонент алекситимии выражается в трудностях с определением (идентификацией) чувств и эмоций, в сниженной способности или затрудненности в вербализации собственных эмоциональных состояний, связан с затруднениями в разграничении чувств и телесных ощущений, а также характеризуется утилитарным способом мышления и фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях [7; 49]. Причины развития алекситимии еще до конца не выяснены. Исследователи склонны считать, что существуют две формы алекситимии: первичная (генетически обусловленная, необратимая) и вторичная (сформированная в ходе жизни, обратимая), однако научного консенсуса по этому поводу до сих пор нет [7; 8]. Наиболее вероятно, что основные трудности при исследовании происхождения алекситимии связаны с многомерностью самого конструкта алекситимии.

Алекситимия является неспецифическим фактором риска психосоматических расстройств и затрудняет психосоциальную адаптацию личности [10] ввиду наличия когнитивной дефицитарности и слабой дифференцированности эмоций [25]. Следует обратить внимание, что алекситимия не является психопатологической чертой личности, а сам конструкт алекситимии, по словам Б.Д. Карвасарского, подвергался критике из-за его нерелевантности [16]. Е.К. Агеенкова и П.М. Ларионов отмечают, что конструкт алекситимии включает в себя многомерные характеристики, с помощью которых сложно понять внутриличностные процессы, связанные с возникновением заболеваний психосоматической природы [1]. Наиболее известным опросником алекситимии является Торонтская шкала алекситимии (TAS-20), состоящая из трех

подшкал: трудности в идентификации чувств (ТИЧ), трудности с описанием чувств другим людям (ТОЧ) и внешне-ориентированный (экстернальный) тип мышления (ВОМ). Следует подчеркнуть, что опросник TAS-20 фиксирует *когнитивный* компонент алекситимии [29].

Российская исследовательница Е.Ю. Брель отмечает, что сильная тревожность и высокая агрессия наряду со сниженными эмпатийными способностями являются психологическими компонентами алекситимического пространства личности [5]. На выборке подростков и молодых лиц от 12 до 20 лет при использовании опросника агрессии Басса–Дарки и Торонтской шкалы алекситимии были обнаружены статистически значимые положительные корреляции алекситимии с физической агрессией, раздражением и обидой, но не обнаружена связь алекситимии с косвенной и вербальной агрессией, негативизмом, подозрительностью и чувством вины [5; 6]. Другие исследователи подчеркивают, что подростки с высоким уровнем алекситимии характеризуются высоким уровнем враждебности [30].

Связь алекситимии с когнитивной РЭ

По мнению Н.А. Польской и А.Ю. Развальяевой, которые провели крупный теоретический обзор исследований, неадаптивный копинг и алекситимия являются конструктами, «отражающими работу личности с эмоциональными переживаниями или нарушения в протекании этих переживаний» [24, с. 72]. При исследовании особенностей РЭ у лиц с высоким уровнем алекситимии было обнаружено, что они склонны в большей мере, чем лица с нормальным уровнем алекситимии, к подавлению экспрессии [46], т.е. к сдерживанию внешних проявлений уже возникшего эмоционального ответа [20]. Высокоалекситимичные лица в меньшей мере склонны к использованию адаптивной стратегии РЭ – когнитивной переоценки (cognitive reappraisal) – и характеризуются более низким уровнем эмпатии, чем неалекситимичные лица [46]. Различная степень выраженности алекситимии и ее форм определяет неоднородный характер уровня тревожности, депрессивных симптомов и дисфункциональности РЭ у алекситимичных лиц [33]. У девочек-подростков алекситимические черты способствуют усилению симптомов депрессии и тревоги [48]. Алекситимия предрасполагает к использованию неадаптивных стратегий РЭ у девочек подросткового возраста с нервной анорексией и депрессией, но не играет роль предиктора адаптивных стратегий РЭ [44].

Следует отметить, что совладание с жизненными трудностями у взрослых лиц с высоким уровнем алекситимии связано с выбором копинг-стратегий «дистанцирование», «самоконтроль» и «бегство–избегание» (по Р. Лазарусу) [3]. Использование данных стратегий характеризует уход личности от непосредственного переживания эмоций и способствует их подавлению, что отражает характерные особенности алекситимичной личности. Диагностика стратегий психологической защиты у высокоалекситимичных лиц приводит к подобным выводам [9]. Таким образом, алекситимия, выраженная главным образом в затрудненности распознавания чувств и сужении эмоционального опыта, не позволяет личности адекватно регулировать свои эмоциональное состояние и поведение. Это как

непосредственно, так и посредством формирования негативных эмоциональных состояний приводит к развитию психоэмоциональных нарушений [35].

Российские исследователи Л.А. Северьянова, В.В. Плотников и Д.В. Плотников, проведя исследование на крупной выборке молодых лиц 18–22 лет, выяснили, что лица с высоким уровнем алекситимии характеризовались высоким уровнем тревожности, нервно-психической возбудимости, застенчивости, соматовегетативной нестабильности и низкой самооценкой [28]. С помощью методики Э. Хайма эти исследователи обнаружили, что высокоалекситимичные лица склонны использовать неадаптивные копинг стратегии. Л.А. Северьянова и соавторы считают, что алекситимия – это «интегральный психологический феномен, сопрягающий эмоционально-волевые, личностные, ментальные параметры индивидуальности в единое целое» [28, с. 68]. Подобной точки зрения придерживается и Е.Ю. Брель [5]. Суммируя, можно отметить, что алекситимия связана с дефицитом когнитивно-эмоциональной сферы личности, что согласно приведенным выше российским и зарубежным исследованиям может приводить как к деструктивному совладанию с трудностями, так и к агрессивному поведению.

Цель и гипотезы исследования

Целью исследования стали выявление алекситимических черт и особенностей когнитивной РЭ, которые могут играть роль предикторов агрессии, а также изучение механизмов, посредством которых алекситимические черты и нарушения когнитивной РЭ, могут предрасполагать к агрессивному поведению у подростков.

На основе исследований о том, что алекситимия является сильным прогностическим фактором неадаптивных стратегий РЭ, А. Sfarlea и другие предположили, что алекситимические черты ответственны за неадаптивную когнитивную РЭ, которая может приводить к агрессии [44]. Поскольку алекситимия представляет собой многомерный конструкт, неправомерно делать обобщение, что все измерения являются прогностическими факторами дисфункциональной РЭ и агрессивного поведения. В данном исследовании была проверена гипотеза о том, что алекситимия или же ее отдельные измерения посредством формирования неадаптивной РЭ обуславливают агрессивное поведение подростков. Предполагается, что при наличии *когнитивных дефицитов, вызванных алекситимией, а именно трудностей с пониманием собственного эмоционального опыта* (высокий уровень показатели по ТИЧ), подросток будет склонен использовать *неадаптивные когнитивные стратегии РЭ*, что будет предрасполагать к развитию *агрессии*.

Методы исследования

1. Опросник диагностики агрессии ВРАQ А. Басса и М. Перри в адаптации С.Н. Ениколопова и Н.П. Цибульского, который позволяет количественно оценить уровень агрессии и ее отдельных форм – физической агрессии, гнева и враждебности. ВРАQ содержит 24 утверждения, которые предлагается оценить по пятибалльной шкале от 1 («очень на меня не похоже») до 5 («очень на меня похоже») [13].

2. Опросник когнитивной регуляции эмоций (ОКРЭ, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ), который позволяет оценить частоту использования 9 когнитивных стратегий РЭ (когнитивных копинг-стратегий), среди которых присутствуют как адаптивные (принятие, позитивная перефокусировка, фокусирование на планировании, позитивная переоценка и рассмотрение в перспективе), так и неадаптивные стратегии (самообвинение, руминация, катастрофизация и обвинение других). ОКРЭ содержит 36 утверждений (по 4 на каждую стратегию), которые предлагается оценить по пятибалльной шкале от 1 («никогда») до 5 («почти всегда») [26].

3. Опросник алекситимии для детей (Alexithymia Questionnaire for Children [42]), примененный О.Р. Есиным с соавторами при исследовании подростков с головной болью [14]. Опросник является упрощенной версией TAS-20 и состоит из 20 утверждений, которые необходимо оценить по шкале «неверно», «иногда верно» и «обычно верно». Опросник состоит из трех подшкал, идентичных TAS-20 и представленных в статье выше. Согласно данным разработчиков теста С. Rieffe и др., лишь подшкалы ТИЧ и ТОЧ показывают хороший уровень внутренней согласованности альфа Кронбаха (0,73 и 0,75 соответственно), а WOM характеризуется низкой надежностью – 0,29 [42].

Выборка и процедура исследования

В исследовании приняли участие 142 подростка в возрасте 12–17 лет ($M=15,4$, $SD=1,03$), среди них 102 девочки и 40 мальчиков. Исследование проводилось в Житомирском областном лицее-интернате для одаренных детей Житомирского областного совета, в Житомирской городской гуманитарной гимназии № 23 им. М. Очерета, в лицее № 25 г. Житомира, в общеобразовательной школе I-III ступеней № 26 г. Житомира, в общеобразовательной школе I-III ступеней № 28 г. Житомира им. гетмана И. Выговского и в подростковом клубе «Ровесник» городского культурно-спортивного центра Житомирского городского совета с января по февраль 2020 года.

Исследование проводилось в соответствии с политикой проведения научных исследований в Украине. Для проведения исследовательского проекта были получены согласия руководства учебных заведений и родителей исследуемых подростков. Исследование было добровольным, анонимным и соответствовало принципу конфиденциальности научных исследований. Среди социально-демографических переменных участники исследования сообщали лишь пол и возраст. Респонденты индивидуально в формате «карандаш–бумага» заполняли специальные стандартизированные диагностические бланки опросников ВРАQ, ОКРЭ и опросника алекситимии для детей. Инструкции к каждой методике были в письменном виде представлены в бланках опросников, а также предоставлялись устно исследователем. Время заполнения опросников не было регламентировано. В среднем заполнение одной методики исследуемым занимало не более 10 минут. Заполнение всех методик всеми участниками заняло не более 30 минут.

Статистический анализ был проведен с использованием программ Statistica v. 13.3 и PROCESS macro для SPSS [37]. Применялись методы описательной статистики,

корреляционный анализ Спирмена, критерий Манна–Уитни, множественный регрессионный анализ, анализ медиации с корректировкой бутстрэп-методом с 10000 итераций (техника bias correction), расчет коэффициента альфа Кронбаха, тест Собела [40].

Результаты исследования

В приложении 1 представлены результаты сравнительного анализа степени использования стратегий РЭ, уровня агрессии и алекситимии у мальчиков и девочек, а также коэффициенты альфа Кронбаха (α), рассчитанные для шкал опросников в данном исследовании. Надежность большинства шкал была высокой, кроме некоторых подшкал из опросника ОКРЭ и шкалы ВОМ из опросника алекситимии. С учетом того, что подшкалы ОКРЭ включают в себя по 4 вопроса, а само исследование было проведено среди подростков и не являлось клиническим, относительно невысокую надежность некоторых подшкал ОКРЭ можно считать достаточной. В данном исследовании подшкала ВОМ показала низкую надежность, однако это не является артефактом.

Следует отметить, что разработчики теста алекситимии для детей столкнулись с трудностями при проверке надежности подшкалы ВОМ, в связи с этим рекомендовали осторожно интерпретировать результаты по этой подшкале [42].

За исключением того, что мальчики характеризуются бóльшим уровнем физической агрессии по сравнению с девочками ($p=0,006$), а девочки более склонны к руминации в сравнении с мальчиками ($p=0,003$), отличий по анализируемым параметрам между группами не было обнаружено (использован критерий Манна–Уитни; см. приложение 1).

Проверка нормальности распределения всех включенных в анализ переменных проводилась с помощью метода оценки коэффициентов асимметрии и эксцесса. Было обнаружено, что эти показатели по шкале катастрофизации выходят за пределы допустимых значений (-1; 1). В связи с этим корреляционный анализ был проведен с помощью непараметрического критерия Спирмена. Следует отметить, что среди неадаптивных стратегий РЭ руминация и катастрофизация в большей мере связаны с агрессией и подшкалами алекситимии (табл. 1).

Особо интересны данные, касающиеся нескольких стратегий РЭ. Например, самообвинение положительно коррелирует с враждебностью ($r_s=0,25$), а адаптивная стратегия принятия положительно связана с гневом ($r_s=0,23$). Несколько парадоксально выглядит практически полное отсутствие связи обвинения других с агрессией. Адаптивные стратегии фокусирования на планировании и позитивной переоценки, равно как и неадаптивная стратегия руминации, отрицательно коррелируют с ВОМ ($p<0,001$).

В целом можно отметить, что адаптивные стратегии не связаны с агрессией, а неадаптивные стратегии, кроме обвинения других, характеризуются достаточно сильной положительной связью с агрессией и ее формами.

Таблица 1

Корреляции стратегий РЭ с агрессией, алекситимией и их формами

Переменные	Коэффициент корреляции Спирмена							
	ФА	Гн	В	Аг	ТИЧ	ТОЧ	ВОМ	Ал
Самообвинение	-0,11	0,17	0,25*	0,13	0,34**	0,15	-0,27**	0,13
Принятие	0,07	0,23*	0,19	0,21	0,14	-0,01	-0,17	0,00
Руминация	0,04	0,36**	0,46**	0,36**	0,42**	0,26*	-0,36**	0,19
Позитивная перефокусировка	-0,02	0,14	0,01	0,05	0,01	-0,11	-0,14	-0,07
Фокусирование на планировании	-0,15	0,08	-0,06	-0,05	0,03	-0,17	-0,35**	-0,16
Позитивная переоценка	-0,21	0,00	-0,21	-0,15	-0,10	-0,20	-0,33**	-0,26*
Рассмотрение в перспективе	0,00	0,08	0,08	0,05	0,21	0,05	-0,02	0,18
Катастрофизация	0,30**	0,44**	0,53**	0,50**	0,41**	0,08	0,06	0,28**
Обвинение других	0,10	0,10	0,11	0,13	-0,04	-0,11	0,10	0,02
Неадаптивные стратегии	0,14	0,44**	0,54**	0,46**	0,50**	0,22	-0,23*	0,27**
Адаптивные стратегии	-0,08	0,17	0,00	0,04	0,07	-0,12	-0,29**	-0,10

Примечания. ФА – физическая агрессия, Гн – гнев, В – враждебность, Аг – интегральная шкала агрессии, ТИЧ – трудности в идентификации чувств, ТОЧ – трудности с описанием чувств другим людям, ВОМ – внешне-ориентированный (экстернальный) тип мышления, Ал – интегральная шкала алекситимии. * – $p < 0,01$; ** – $p < 0,001$.

Результаты корреляционного анализа показывают, что агрессия и ее формы, в особенности враждебность, связаны с алекситимией. Враждебность в большей мере, чем другие формы агрессии, связана с алекситимией и ее подшкалами (табл. 2).

Подшкала алекситимии ВОМ не связана с другими измерениями алекситимии и с формами агрессии, за исключением физической агрессии. Это позволяет предположить, что ВОМ является автономным компонентом конструкта алекситимии. Можно отметить, что подшкала ТИЧ в большей мере, чем ТОЧ и ВОМ, связана со гневом и враждебностью, а также с общим показателем агрессии.

Таблица 2

Корреляции агрессии и ее форм с алекситимией и ее подшкалами

Переменные	Коэффициент корреляции Спирмана							
	ФА	Гн	В	Аг	ТИЧ	ТОЧ	ВОМ	Ал
Физическая агрессия (ФА)	-	0,51**	0,41**	0,79**	0,19	0,15	0,27*	0,27*
Гнев (Гн)	0,51**	-	0,54**	0,84**	0,34**	0,19	-0,04	0,25*
Враждебность (В)	0,41**	0,54**	-	0,77**	0,54**	0,29**	-0,03	0,40**
Агрессия (Аг)	0,79**	0,84**	0,77**	-	0,42**	0,27*	0,08	0,37**
ТИЧ	0,19	0,34**	0,54**	0,42**	-	0,49**	-0,01	0,77**
ТОЧ	0,15	0,19	0,29**	0,27*	0,49**	-	0,13	0,78**
ВОМ	0,27*	-0,04	-0,03	0,08	-0,01	0,13	-	0,46**
Алекситимия (Ал)	0,27*	0,25*	0,40**	0,37**	0,77**	0,78**	0,46**	-

Примечания. ТИЧ – трудности в идентификации чувств, ТОЧ – трудности с описанием чувств другим людям, ВОМ – внешне-ориентированный (экстернальный) тип мышления. * – $p < 0,01$; ** – $p < 0,001$.

С целью определения стратегий РЭ и форм алекситимии, способных предсказать уровень агрессии, был проведен множественный регрессионный анализ методом последовательного исключения. Как было отмечено выше, переменная Катастрофизация имеет распределение, отличное от нормального. Был проведен анализ особенностей распределения данной переменной. В итоге из дальнейшего статистического анализа были исключены данные двух исследуемых, формирующих «выбросы». Таким образом, численность анализируемой выборки при проведении серий множественного регрессионного анализа уменьшилась на 2 и составила $N=140$.

В качестве независимых переменных выступили адаптивные и неадаптивные стратегии РЭ и три подшкалы алекситимии, а зависимой переменной был общий уровень агрессии. В результате пошагового исключения переменных, не являющихся статистически значимыми предикторами агрессии, была получена регрессионная модель, которая включала два предиктора: катастрофизацию и ТИЧ (табл. 3). Катастрофизация ($\beta=0,42$) является наиболее сильным предиктором агрессии по сравнению с ТИЧ ($\beta=0,25$). Коэффициент детерминации модели составляет $R^2=0,317$, таким образом, она объясняет 31,7% вариабельности агрессии, что является очень высоким показателем, учитывая, что в модели присутствуют только два предиктора. Это свидетельствует о важной роли данных переменных как предикторов агрессии. Таким образом, чем больше для подростка характерны трудности с пониманием собственного эмоционального опыта и чем больше подросток воспринимает

негативные ситуации как глобальные происшествия, несущие серьезные отрицательные последствия, тем больше у него выражена склонность к агрессии.

Таблица 3

Модель предикции агрессии

Переменные	F(2, 137)=31,7; p<0,001; R ² =0,317					
	β	Ст. ошибка β	b	Ст. ошибка b	t(137)	p
Свободный член			37,799	3,261	11,592	<0,001
Катастрофизация	0,419	0,077	2,250	0,412	5,466	<0,001
ТИЧ	0,247	0,077	1,188	0,369	3,219	0,002

Примечания. ТИЧ – трудности в идентификации чувств, ст. ошибка – стандартная ошибка, β – стандартизированный коэффициент бета, b – нестандартизированный коэффициент b.

С целью определения измерений алекситимии, способных предсказать использование неадаптивных и адаптивных стратегий РЭ, был проведен множественный регрессионный анализ методом последовательного исключения (табл. 4). В результате пошагового исключения статистически незначимых предикторов было обнаружено, что с увеличением показателей ВОМ снижаются показатели использования адаптивных стратегий РЭ (β=-0,28). Регрессионная модель хорошо согласована, однако коэффициент детерминации достаточно низок R²=0,076, поэтому такая модель мало пригодна для объяснения роли ВОМ при рассмотрении процессов РЭ.

Таблица 4

Модель предикции адаптивных стратегий РЭ

Переменная	F(1, 138)=11,292; p<0,001; R ² =0,076					
	β	Ст. ошибка β	b	Ст. ошибка b	t(138)	p
Свободный член			65,363	2,266	28,850	<0,001
ВОМ	-0,275	0,082	-1,276	0,380	-3,360	0,001

Примечания. ВОМ – внешне-ориентированный (экстернальный) тип мышления, ст. ошибка – стандартная ошибка, β – стандартизированный коэффициент бета, b – нестандартизированный коэффициент b.

При построении регрессионной модели предикции неадаптивных стратегий РЭ, где в качестве независимых переменных выступили показатели алекситимии, обнаружено, что только ТИЧ является статистически значимым предиктором (β=0,47), а ТОЧ и ВОМ были исключены из анализа как незначимые предикторы.

Такая модель хорошо согласована и способна объяснить 22,3% вариабельности неадаптивных стратегий РЭ. Коэффициент детерминации в данной модели является очень высоким, учитывая лишь один предиктор в модели. Это свидетельствует о том, что неспособность подростка понять свои собственные эмоции является сильным прогностическим фактором использования неадаптивных стратегий когнитивной РЭ (табл. 5).

Таблица 5

Модель предикции неадаптивных стратегий РЭ

Переменная	F(1, 138)=39,629; p<0,001; R ² =0,223					
	β	Ст. ошибка β	b	Ст. ошибка b	t(138)	p
Свободный член			32,982	1,236	26,695	<0,001
ТИЧ	0,472	0,075	1,253	0,199	6,295	<0,001

Примечания. ТИЧ – трудности в идентификации чувств, ст. ошибка – стандартная ошибка, β – стандартизированный коэффициент бета, b – нестандартизированный коэффициент b.

Изучение механизмов РЭ, посредством которых можно объяснить уровень агрессии, было осуществлено с помощью анализа медиации, основанного на многофакторном регрессионном анализе [37]. Была проверена гипотеза о том, что алекситимия, в частности показатель ТИЧ, может способствовать дисфункциональной РЭ, тем самым содействуя росту агрессии. В приложении 2 представлено несколько серий регрессионного анализа, касающихся анализа медиации. Графическое изображение данной регрессионной модели представлено на рисунке 1.

Анализ медиации был проведен по трехшаговому алгоритму согласно подходу, представленному R.M. Baron и D.A. Kenny [32]. На первом шаге была построена модель регрессии, подтверждающая наличие положительной зависимости между слабым пониманием собственного опыта и агрессией ($\beta=0,41$, $p<0,001$). На втором шаге была проанализирована зависимость между независимой переменной (слабое понимание собственного эмоционального опыта) и медиатором, в роли которого выступили неадаптивные стратегии РЭ. Анализ показал, что слабое понимание собственных эмоций положительно связано с использованием неадаптивных когнитивных стратегии РЭ ($\beta=0,47$, $p<0,001$). Третий шаг включал в себя введение в модель регрессии одновременно независимой переменной и медиатора. Обнаружено, что при введении медиатора в модель сила связи между слабым пониманием собственного эмоционального опыта и агрессией уменьшается с $\beta=0,41$ до $\beta'=0,28$, в то время как медиатор статистически значимо положительно связан с агрессией ($\beta=0,27$, $p<0,01$). Таким образом наблюдается частичный опосредующий эффект неадаптивной когнитивной РЭ на связь слабого понимания собственного эмоционального опыта с агрессией. Проверка достоверности эффекта медиации с помощью теста Собеда [40] подтверждает его статистическую значимость

и наличие частичного медиационного эффекта ($Z=2,895$, $p=0,004$). Также с помощью процедуры проверки достоверности эффекта медиации – корректировки бутстрэп-методом с 10000 итераций и расчета 95% доверительных интервалов (ДИ) с применением техники bias correction – был проверен опосредующий (медиационный) эффект, который оказался статистически значимым (indirect effect (IF)=0,616, standard error (IF)=0,219, $p=0,005$; 95% ДИ: 0,250; 1,109). На основе совокупности проведенных процедур анализа можно сделать вывод, что неадаптивные стратегии РЭ частично опосредуют связь слабого понимания собственных эмоций с агрессией.

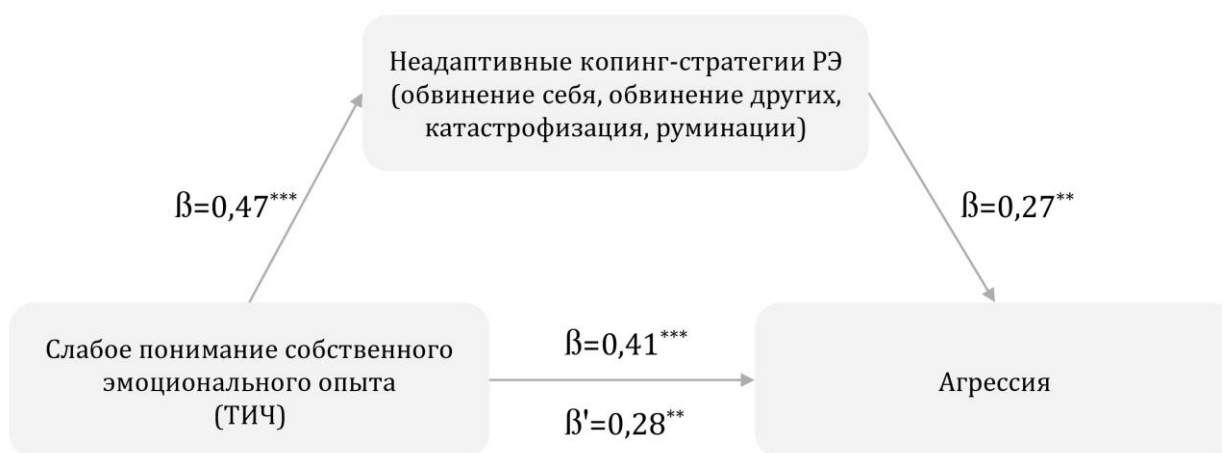


Рис. 1. Регрессионная модель медиации

Примечания. ** – $p<0,01$, *** – $p<0,001$; β – стандартизированный коэффициент бета; β' – стандартизированный коэффициент бета для зависимости между ТИЧ и агрессией со включенным в модель регрессии медиатором (неадаптивные когнитивные стратегии РЭ).

Обсуждение результатов

На основе проведенного исследования можно заключить, что дисфункциональная РЭ, выраженная в виде усиленного использования неадаптивных стратегий РЭ вкупе с алекситимическими чертами, является фактором риска агрессивного поведения у подростков. На уровень агрессии оказывают влияние лишь неадаптивные стратегии РЭ, особенно катастрофизация и руминация. Если интерпретация негативных событий, с которыми встречается подросток в своей жизни, принимает катастрофический характер, такое переживание с большой долей вероятности связано с сильной фрустрацией и внутренним напряжением, что может провоцировать агрессивное поведение у подростка, находящего в невыносимой для него ситуации.

Неадаптивные стратегии РЭ и их роль в развитии агрессии у подростков.

С практической точки зрения при проведении психологического консультирования подростков с высоким уровнем агрессии, а также тех, кто склонен катастрофизировать и руминировать, основной акцент следует направить на редукцию использования неадаптивных стратегий РЭ, в особенности

катастрофизации и руминации. Следует отметить исследования Н.А. Польской, в которых отмечено, что эмоциональная дисрегуляция является предиктором также аутоагрессивного поведения подростков [21]. Хотелось бы отметить, что руминация приобрела характер не просто отдельной стратегии РЭ в концепции Н. Гарнефски с соавторов [26], но и стала самостоятельным психологическим конструктом. Расширение представлений о руминации выглядит обоснованным, так как руминацию скорее можно рассматривать не только как стратегию РЭ, но и как процесс более высокого порядка, связанный с застреванием («заикливанием») на чем-либо. Таким образом, возникают два связанных между собой вопроса: руминирует ли человек и с чем связана его руминация? Ответы на эти вопросы определяют последствия для психологического функционирования человека.

Отдельные алекситимические черты как предикторы агрессии у подростков. Хотелось бы отметить, что ТИЧ как компонент алекситимии, выраженный в трудностях с пониманием собственного эмоционального опыта и отражающий дефицит когнитивно-эмоциональной сферы, является основополагающей характеристикой конструкта алекситимии, образуя его ядро. Другие два измерения алекситимии вряд ли можно назвать релевантными. Оценка сознательно фиксируемых респондентом черт, относящихся к подшкале ТОЧ, неоднозначна с методологической точки зрения, а сами вопросы этой подшкалы характеризуются спорным содержанием. Именно сложности с пониманием собственных эмоций (ТИЧ) в большей мере связаны с агрессией и ее формами, чем другие измерения алекситимии.

Неоднозначна роль внешне-ориентированного (экстернального) типа мышления (ВОМ) в агрессивном поведении подростков. Наблюдаемые отрицательные значимые связи ВОМ с руминацией, самообвинением, фокусированием на планировании и позитивной переоценкой предположительно отражают двоякую роль ВОМ. С одной стороны, ВОМ может предотвращать погружение в процесс руминации («мыслительную жвачку») и самообвинения, тем самым уменьшая эмоциональное возбуждение, с другой стороны, чрезмерная ориентация на внешний мир не способствует переоценке проблемы и ее разрешению. Наличие слабой положительной связи ВОМ с физической агрессией ($r_s=0,27$, $p<0,01$) при отсутствии значимых связей ВОМ с гневом, враждебностью и общим показателем агрессии, дает возможность высказать предположение о роли ВОМ в контексте рассмотрения проблемы агрессии. Наиболее вероятно, что внешне-ориентированное мышление позволяет стабилизировать эмоциональное состояние через возможное снижение психоэмоционального напряжения посредством взаимодействия с внешним миром, которое в неблагоприятных случаях может принимать форму физической агрессии. Говорить об адаптивном или неадаптивном характере ВОМ можно лишь сравнивая последствия, которые связаны с усилением или снижением выраженности этой черты. Предположительно, ВОМ в большей мере играет адаптивную роль, защищая психику подростка от неблагоприятного воздействия руминации и самообвинения, хоть и ценой ухода от переоценки проблемы во время совладания с трудностями.

С целью предостережения исследователей от рассмотрения алекситимии как одномерного конструкта, по крайней мере при изучении ее в контексте агрессии,

стоит подчеркнуть, что алекситимия является многомерным конструктом, а ее измерения (подшкалы) неоднородны по своему содержанию, поэтому только анализ отдельных подшкал может быть методологически обоснован.

Изучение стратегий РЭ отражает в какой-то мере статичную модель РЭ, не позволяя изучить степень гибкости эмоциональной регуляции. Алекситимические черты и стратегии РЭ могут играть как адаптивную, так и неадаптивную роль в зависимости от ситуации. Дальнейшее рассмотрение РЭ и ее связи с агрессией может быть существенно раскрыто благодаря изучению флексибельности, которая «рассматривается как специфическая способность личности, позволяющая ей организовывать свою познавательную деятельность и интеллектуальное поведение в зависимости от изменившихся условий» [18, с. 128].

Ограничения исследования

Несмотря на ограничения исследования, к которым можно отнести неравномерное распределение участников по половому признаку, построение корреляционной модели исследования, относительно небольшой (N=140) объем выборки, значимым является вывод, что эмоциональная дисрегуляция, проявляемая в виде сниженной способности к пониманию и определению собственных чувств и эмоций, а также выраженная в виде использования неадаптивных стратегий РЭ, в особенности катастрофизации, является прогностическим фактором агрессивного поведения подростков.

Выводы и заключение

1. Мальчики характеризуются бóльшим уровнем физической агрессии по сравнению с девочками. Девочки более склонны использовать неадаптивную стратегию РЭ – руминацию.

2. Адаптивные стратегии когнитивной РЭ не коррелируют с агрессией, а неадаптивные стратегии, кроме обвинения других, сильно и положительно коррелируют с агрессией и ее формами.

3. Внешне-ориентированный тип мышления является отрицательным предиктором адаптивных стратегий когнитивной РЭ, а трудности с идентификацией чувств являются положительным предиктором использования неадаптивных стратегий когнитивной РЭ.

4. Роль алекситимических черт как предикторов агрессии у подростков неоднородна. Трудности с идентификацией чувств и катастрофизация являются сильными предикторами агрессии у подростков.

5. Неадаптивные стратегии РЭ служат медиатором взаимосвязи между трудностями с пониманием собственных эмоций и агрессией (наблюдается частичный медиационный эффект). Трудности с пониманием своих собственных эмоций у подростка способствуют использованию неадаптивных когнитивных

стратегий совладания со стрессом, что, в свою очередь, предрасполагает к агрессивному поведению.

6. При проведении психопрофилактики агрессивного поведения следует обратить внимание на подростков, которые остро переживают негативные ситуации, склонных к катастрофизации, длительному руминированию и вспоминаящих случившиеся события в негативном ключе, а также проявляющих враждебность. Эти особенности являются предвестниками агрессивного поведения.

Резюмируя полученные результаты, можно отметить, что проведенное исследование согласуется с представлениями как российских, так и зарубежных авторов о роли алекситимии и неадаптивных стратегий РЭ как предикторов агрессивного поведения подростков. В исследовании подтверждена выдвинутая гипотеза о том, что когнитивный дефицит, выраженный в алекситимии и связанный со сложностями с определением и пониманием своих чувств и эмоций, не позволяет подростку адекватно оценить, что происходит в его эмоциональной сфере. Это в свою очередь способствует агрессивному поведению за счет усиления использования неадаптивных когнитивных стратегий РЭ.

Литература

1. Агеенкова Е.К., Ларионов П.М. Новые возможности исследования жизненного сценария в процессе психологического консультирования // Диалог. 2018. Том 50. № 3. С. 18–31.
2. Агеенкова Е.К., Ларионов П.М., Волчек В.А. Личностные детерминанты агрессивности подростков // Психотерапия. 2019. Том 194. № 2. С. 86–94.
3. Акименко А.К. Взаимосвязь алекситимии, копинг-стратегий и стиля саморегуляции личности // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика. 2016. Том 16. Вып. 3. С. 311–316. DOI: 10.18500/1819-7671-2016-16-3-311-316
4. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. СПб.: Прайм-Еврознак, 2001. 512 с.
5. Брель Е.Ю. Алекситимия в норме и патологии: психологическая структура и возможности превенции: автореферат дисс. ... докт. психол. наук. Томск, 2018. 40 с.
6. Брель Е.Ю. Алекситимия в структуре «практически здоровой» личности // Сибирский психологический журнал. 2018. № 67. С. 89–101. DOI: 10.17223/17267080/67/7
7. Брель Е.Ю., Стоянова И.Я. Феномен алекситимии в клинико-психологических исследованиях (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. Том 97. № 4. С. 74–81. DOI: 10.26617/1810-3111-2017-4(97)-74-81

8. Брель Е.Ю., Стоянова И.Я., Чеканова М.О. и др. Проблема алекситимии в контексте медико-психологических исследований. Часть 1. Содержательные характеристики феномена алекситимии в контексте психических и соматических нарушений [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2019. Том 57. № 4. URL: http://medpsy.ru/mprij/archiv_global/2019_4_57/nomer04.php (дата обращения: 02.06.2020).
9. Васильева О.С., Гаус Э.В. Взаимосвязь уровня алекситимии с уровнем психологических защит и составляющими психологического благополучия // Северо-Кавказский психологический вестник. 2017. № 15/1. С. 5–16.
10. Гаус Э.В., Проненко Е.А., Васильева О.С. Мишени психологической работы с людьми, имеющими высокий уровень алекситимии // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2019. Том 16. № 1. С. 55–70. DOI: 10.22363/2313-1683-2019-16-1-55-70
11. Гребень Н.Ф. Буллинг среди белорусских подростков и возможности его диагностирования // Адукацыя і выхаванне. 2017. Том 310. № 10. С. 47–53.
12. Давыдов Д.Г., Хломов К.Д. Массовые убийства в образовательных учреждениях: механизмы, причины, профилактика // Национальный психологический журнал. 2018. Том 32. № 4. С. 62–76. DOI: 10.11621/prj.2018.0406
13. Ениколопов С.Н., Цибульский Н.П. Психометрический анализ русскоязычной версии опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри // Психологический журнал. 2007. Т. 28. № 1. С. 115–124.
14. Есин О.Р., Горобец Е.А., Хайруллин И.Х. Алекситимия у подростков с головной болью напряжения // Неврологический вестник. 2018. Вып. 4. С. 40–43.
15. Карпов В.О. Культ Колумбайна: основные детерминанты массовых убийств в школах // Вестник Казанского юридического института МВД России. 2018. Том 9. № 4. С. 442–446. DOI: 10.24420/KUI.2018.49.27.001
16. Клиническая психология: Учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2011. 864 с.
17. Меньшикова Т.И. Специфика агрессивного поведения подростков // Вестник Таганрогского института имени А.П. Чехова. 2017. № 2. С. 106–115.
18. Осаволук Е.Ю., Кургинян С.С. Когнитивная флексибельность личности: теория, измерение, практика // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2018. Том 15. № 1. С. 128–144. DOI: 10.17323/1813-8918-2018-1-128-144
19. Падун М.А. Регуляция эмоций и ее нарушения [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2015. Том 8. № 39. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n39/1089-padun39.html> (дата обращения: 02.06.2020).
20. Панкратова А.А., Корниенко Д.С. Русскоязычная адаптация опросника ERQ (Emotion Regulation Questionnaire) Дж. Гросса // Вопросы психологии. 2017. № 5. С. 139–149.

Ларионов П.М., Гречуха И.А.
Роль алекситимии и когнитивной
регуляции эмоций в развитии
агрессивного поведения подростков
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 57–98.

Larionov P.M., Grechukha I.A.
The Role of Alexithymia and Cognitive Emotion
Regulation in the Development
of Aggressive Behavior in Adolescents
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 57–98.

21. Польская Н.А. Факторы риска и направления профилактики самоповреждающего поведения подростков // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 2. С. 1–20. DOI: 10.17759/psyclin.2018070201
22. Польская Н.А. Эмоциональная регуляция у подростков с суицидальными попытками и самоповреждениями // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 2 (Приложение). С. 191–193.
23. Польская Н.А., Власова Н.В. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Том 23. № 4. С. 176–190. DOI: 10.17759/cpp.2015230411
24. Польская Н.А., Развальяева А.Ю. Разработка опросника эмоциональной дисрегуляции // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Том 25. № 4. С. 71–93. DOI: 10.17759/cpp.2017250406
25. Потапова Н.А., Грехов Р.А., Сулейманова Г.П., и др. Проблемы изучения феномена алекситимии в психологии // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 11: Естественные науки. 2016. Том 16. № 2. С. 65–73.
26. Рассказова Е.И., Леонова А.Б., Плужников И.В. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2011. № 4. С. 161–179.
27. Реан А.А. Профилактика агрессии и асоциальности несовершеннолетних // Национальный психологический журнал. 2018. Том 30. № 2. С. 3–12. DOI: 10.11621/npj.2018.0201
28. Северьянова Л.А., Плотников В.В., Плотников Д.В. Интегративные основы алекситимии // Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова. 2013. Том 20. № 3. С. 65–68.
29. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных / Е.Г. Старостина [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. № 4. С. 31–38.
30. Федоренко В.В., Белов В.Г. Соотношение агрессивности, алекситимии и типа поведения у подростков // Мир психологии. 2017. № 1. С. 153–158.
31. Фурманов И.А. Детская агрессивность: психодиагностика и коррекция. Минск: Ильин В.П., 1996. 192 с.
32. Baron R.M., Kenny D.A. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations // Journal of Personality and Social Psychology. 1986. Vol. 51. № 6. P. 1173–1182. DOI: 10.1037//0022-3514.51.6.1173
33. Chen J., Xu T., Jing J., et al. Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach // BMC Psychiatry. 2011. Vol. 11. № 33. DOI: 10.1186/1471-244X-11-33

34. *Contardi A., Imperatori C., Penzo I., et al.* The association among difficulties in emotion regulation, hostility, and empathy in a sample of young Italian adults // *Frontiers in Psychology*. 2016. Vol. 7. Article 1068. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01068
35. *Dubey A., Pandey R.* Mental health problems in alexithymia: Role of positive and negative emotional experiences // *Journal of Projective Psychology & Mental Health*. 2013. Vol 20. № 2. P. 128–136.
36. *Ghabeshi M.B., Ghasemi M., Hashemi H.M.* Moderator effects of cognitive emotion regulation skills on the relationship between aggression and physical health // *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*. 2016. Vol. 6 (3S). P. 273–276.
37. *Hayes A.F.* Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis, Second Edition. New York: Guilford Publications, 2018. 692 p.
38. *Helmsen J., Koglin U., Petermann F.* Emotion regulation and aggressive behavior in preschoolers: The mediating role of social information processing // *Child Psychiatry & Human Development*. 2012. Vol. 43. № 1. P. 87–101. DOI: 10.1007/s10578-011-0252-3
39. *Hemming L., Haddock G., Shaw J., et al.* Alexithymia and its associations with depression, suicidality, and aggression: An overview of the literature // *Frontiers in Psychiatry*. 2019. № 10. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00203
40. *Preacher K.J., Leonardelli G.J.* Calculation for the Sobel test: An interactive calculation tool for mediation tests. URL: <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm> (дата обращения: 01.06.2020).
41. *Rey L., Extremera N.* Physical-verbal aggression and depression in adolescents: The role of cognitive emotion regulation strategies // *Universitas Psychologica*. 2012. Vol. 11. № 4. P. 1245–1254.
42. *Rieffe C., Oosterveld P., Meerum Terwogt M.* An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results // *Personality and Individual Differences*. 2006. № 40. P. 123–133. DOI: 10.1016/j.paid.2005.05.013
43. *Roberton T., Daffern M., Bucks R.S.* Emotion regulation and aggression // *Aggression and Violent Behavior*. 2012. Vol. 17. № 1. P. 72–82. DOI: 10.1016/j.avb.2011.09.006
44. *Sfärlea A., Dehning S., Keller L.K., et al.* Alexithymia predicts maladaptive but not adaptive emotion regulation strategies in adolescent girls with anorexia nervosa or depression // *Journal of Eating Disorders*. 2019. № 7. DOI: 10.1186/s40337-019-0271-1
45. *Sołtys M., Grzankowska I.* Emocjonalność rodziców a natężenie zachowań agresywnych u dzieci // *Polskie Forum Psychologiczne*. 2015. Vol. 20. № 2. P. 201–215. DOI: 10.14656/PFP20150204
46. *Swart M., Kortekaas R., Aleman A.* Dealing with feelings: characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing // *PLoS ONE*. 2009. № 4. P. 255–262. DOI: 10.1371/journal.pone.0005751

Ларионов П.М., Гречуха И.А.
Роль алекситимии и когнитивной
регуляции эмоций в развитии
агрессивного поведения подростков
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 57–98.

Larionov P.M., Grechukha I.A.
The Role of Alexithymia and Cognitive Emotion
Regulation in the Development
of Aggressive Behavior in Adolescents
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 57–98.

47. United Nations Children’s Fund. A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents [Электронный ресурс]. New York: UNICEF, 2017. 96 p. // UNICEF Data and Analytics Section, Division of Data, Research and Policy. URL: <https://www.refworld.org/docid/5a0b00e34.html> (дата обращения: 12.01.2020).

48. *van der Cruijssen R., Murphy J., Bird G.* Alexithymic traits can explain the association between puberty and symptoms of depression and anxiety in adolescent females // PLoS ONE. 2019. Vol. 14. № 1. DOI: 10.1371/journal.pone.0210519

49. *Vorst H.C.M., Bermond B.* Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire // Personality and Individual Differences. 2001. Vol. 30. № 3. P. 413–434. DOI: 10.1016/S0191-8869(00)00033-7.

Приложение 1

Гендерные различия в уровне агрессии, алекситимии и когнитивной РЭ

Переменные	Среднее (станд. откл.)			p
	Вся выборка	Юноши	Девушки	
Самообвинение ($\alpha=0,75$)	11,4 (3,5)	10,9 (3,7)	11,7 (3,4)	0,179
Принятие ($\alpha=0,65$)	11,2 (3,4)	10,8 (3,1)	11,3 (3,5)	0,511
Руминация ($\alpha=0,79$)	12,4 (3,8)	11,0 (3,5)	13,0 (3,8)	0,003*
Позитивная перефокусировка ($\alpha=0,55$)	10,6 (2,9)	10,6 (3,0)	10,7 (2,8)	0,815
Фокусирование на планировании ($\alpha=0,65$)	12,6 (3,2)	12,7 (3,4)	12,5 (3,1)	0,760
Позитивная переоценка ($\alpha=0,71$)	12,8 (3,4)	12,4 (3,4)	13,0 (3,4)	0,267
Рассмотрение в перспективе ($\alpha=0,65$)	11,0 (3,3)	10,5 (3,1)	11,2 (3,4)	0,303
Катастрофизация ($\alpha=0,69$)	8,1 (3,0)	7,9 (2,4)	8,2 (3,2)	0,960
Обвинение других ($\alpha=0,56$)	8,2 (2,4)	9,1 (2,8)	7,9 (2,1)	0,064
Неадаптивные стратегии ($\alpha=0,78$)	40,1 (8,4)	38,8 (8,1)	40,7 (8,5)	0,234
Адаптивные стратегии ($\alpha=0,84$)	58,2 (11,5)	57,0 (11,6)	58,6 (11,4)	0,394
Физическая агрессия ($\alpha=0,81$)	19,1 (6,4)	21,4 (5,4)	18,3 (6,6)	0,006*
Гнев ($\alpha=0,80$)	21,2 (5,8)	19,7 (4,0)	21,8 (6,3)	0,068
Враждебность ($\alpha=0,73$)	22,2 (5,9)	21,2 (5,0)	22,6 (6,2)	0,291
Агрессия ($\alpha=0,88$)	62,5 (14,7)	62,2 (11,0)	62,6 (16,0)	0,847
ТИЧ ($\alpha=0,72$)	5,5 (3,0)	5,3 (2,7)	5,6 (3,2)	0,632
ТОЧ ($\alpha=0,68$)	4,2 (2,3)	4,1 (2,3)	4,2 (2,4)	0,869
ВОМ ($\alpha=0,45$)	5,5 (2,5)	5,9 (2,6)	5,3 (2,4)	0,156
Алекситимия ($\alpha=0,72$)	15,1 (5,5)	15,2 (5,0)	15,1 (5,7)	0,677

Примечания: ТИЧ – трудности в идентификации чувств, ТОЧ – трудности с описанием чувств другим людям, ВОМ – внешне-ориентированный (экстернальный) тип мышления. * – $p < 0,01$.

Приложение 2

Регрессионные модели анализа медиации

Модели предикции	Параметры переменных-предикторов в регрессионных моделях				Параметры моделей	
	β (ст. ош. β)	b (ст. ош. b)	t	p	Статистика F	R ²
Модель 1 (шаг 1 анализа медиации): предиктор – слабое понимание собственного эмоционального опыта; зависимая переменная – агрессия	0,41 (0,08)	1,97 (0,37)	5,28	<0,001	F(1,138)=27,85, p<0,001	0,168
Модель 2 (шаг 2): предиктор – слабое понимание собственного эмоционального опыта (ТИЧ); зависимая переменная – неадаптивные стратегии РЭ	0,47 (0,08)	1,25 (0,20)	6,30	<0,001	F(1,138)=39,63, p<0,001	0,223
Модель 3 (шаг 3): предикторы – слабое понимание собственного эмоционального опыта (ТИЧ) и неадаптивные стратегии РЭ (НСРЭ); зависимая переменная – агрессия	ТИЧ 0,28 (0,09)	1,36 (0,41)	3,30	0,001	F(2,137)=19,87, p<0,001	0,225
	НСРЭ 0,27 (0,09)	0,49 (0,15)	3,17	0,002		

Примечание. ТИЧ – трудности в идентификации чувств, ст. ошибка – стандартная ошибка, β – стандартизированный коэффициент бета, b – нестандартизированный коэффициент b.

The Role of Alexithymia and Cognitive Emotion Regulation in the Development of Aggressive Behavior in Adolescents

Pavel M. Larionov

Kazimierz Wielki University, Bydgoszcz, Poland,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4911-3984>, e-mail: pavlm@outlook.com

Iryna A. Grechukha

Zhytomyr Ivan Franko State University, Zhytomyr, Ukraine,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1704-4320>, e-mail: irinagreczucha@gmail.com

The article discusses the role of cognitive emotion regulation (ER) as well as of individual alexithymic traits in the emergence of adolescents' aggressive behavior. It is assumed that alexithymic traits cause aggression by developing maladaptive ER. 142 adolescents aged 12–17 were examined in order to study this mechanism, such questionnaires as Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), the Alexithymia Questionnaire for Children and the Buss–Perry Aggression Questionnaire (BPAQ) were used as research methods. It has been discovered that the use of maladaptive ER strategies is a significant factor in the development of aggressive behavior. It was confirmed that the reduced ability to identify one's feelings is associated with the risk of developing maladaptive ER strategies, which in its turn enhances aggression. An inclination to catastrophize and ruminate, experiencing stressful events acutely and continuously, as well as showing hostility are the traits of a teenager's character which can be considered as predisposing to aggressive behavior. These features of dysfunctional ER can serve as targets in psychotherapeutic work and they should also be paid special attention to while conducting psycho-prophylaxis of aggressive behavior with adolescents.

Keywords: aggressive behavior, emotion regulation, alexithymia, adolescents, aggression, cognitive coping strategies, catastrophizing, rumination, risk factor, psycho-prophylaxis.

Acknowledgements. The authors are grateful to Ekaterina K. Ageenkova (PhD in Psychology) for critical comments on the manuscript.

For citation: Larionov P.M., Grechukha I.A. The Role of Alexithymia and Cognitive Emotion Regulation in the Development of Aggressive Behavior in Adolescents. *Klinicheskaia i spetsial'naia psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 4, pp. 57–98. DOI: 10.17759/cpse.2020090404

Introduction

Considering the problem of aggression with adolescents over time, it should be noted that so far many theories of aggression have been presented as those describing the nature, forms, functions, and mechanisms of its development [31]. Despite these scientific achievements, this problem has not stopped bothering the minds of modern researchers, but, on the contrary, scientific and practical interest in teenage aggression has only been growing. This is primarily due to spreading of the phenomenon which can be described as a “culture of violence” in modern society [12]. In people's lives it is reflected in the form of the high level of adolescents' wrongful acts committed in the public sphere, including school environment [47]. This fact is associated with the development and spreading of such forms of violence as bullying (school violence) [11], Columbine (massacre at schools) [15] and school shooting (armed attack on schoolchildren committed by a student or an intruder inside an educational institution), etc. [12; 27]. Thus, new questions arise with the representatives of the psychological science. The most important of them are the search for personal factors predisposing to aggression, the study of social and psychological factors provoking the development of aggressive reactions, as well as the search for adequate methods of providing psychological assistance to certain young people who are prone to aggressive behavior. The implementation of these objectives is an important and necessary step for building a healthy society [27].

This work considers personal factors causing teenage aggression. According to the frustration-aggression theory by L. Berkowitz's, the development of aggression is associated with some stressors causing psycho-emotional stress, whose cognitive assessment peculiarities play a major role in the development of aggressive reactions [4]. E.K. Ageenkova et al. have found that adolescents respond aggressively not only to frustrating factors, but may also feel aggression towards people showing inappropriate behavior, for example, vandals, sadists, those who jump in a queue, etc., while watching the environment [2]. Despite the fact that some scholars tend to consider modern adolescents being responsible for “lowering the standards of spirituality, neglecting positive socio-cultural goals”, etc. [17, p. 106], the research has found out that adolescents are aware of their inappropriate behavior toward their teachers, parents and friends, as well as feel guilty and ashamed, whereas these feelings can be auto-aggressive in their nature [2]. Thus, adolescents in the process of their character building handle some aspects of the external and internal worlds acutely. They also face some negative or stressful situations, the response to which largely determines their psychological well-being. Therefore, studying emotion regulation (ER) processes associated with aggression is an important area of scientific and empirical teenage aggression research in our cultural space.

Maladaptive Cognitive ER as a Risk Factor of Adolescents' Aggression

Researchers consider aggressive behavior to be an imperfect form of coping with negative emotional strain due to some difficulties with ER [45]. ER is defined as a system of conscious and unconscious mental processes regulating emotional experience [19]. While using various psychodiagnostic tools, it was found that aggression with adults [34; 36] and children [38] is associated with dysfunctional ER [43]. L. Rey and N. Extremera noted that the use of such ER strategies as self-blame and rumination predisposes boys to physical

and verbal aggression [41]. According to Russian researchers N.A. Polskaya and N.V. Vlasova, maladaptive ER strategies, namely, rumination, self-blame and blaming others, play an important role in the development of self-destructive forms of behavior and psychopathological symptomatology with adolescents and young people aged 13 to 21 [22; 23]. The research of cognitive ER, considering its relationship with aggression, seems a promising approach if to take into account available opportunities for adjusting the ER processes during psychological assistance. However, the role of alexithymia as a personal trait connected with ER processes is still unclear [39].

The Construct of Alexithymia and Its Components

The construct of alexithymia is multidimensional, as it consists of various personal traits characterizing emotional (affective) and cognitive components of alexithymia, which are based on various neuropsychological mechanisms [49]. The affective component of alexithymia is represented by low emotional arousability, reduced ability to symbolize, poverty of fantasy and imagination. The cognitive component of alexithymia results in difficulties identifying feelings and emotions and in the low cognitive awareness of or difficulty verbalizing and describing one's own emotional states. It is associated with low cognitive awareness of feelings and bodily sensations and difficulty differentiating them, and is also characterized by concrete thinking and focusing on external events rather than on internal experiences [7; 49]. The causes of alexithymia are still not fully understood. Researchers tend to believe that there exist two forms of alexithymia: primary (genetically determined, irreversible) and secondary (formed during life, reversible), but there is still no scientific consensus on this point [7; 8]. Most likely, the main difficulties in studying the causes of alexithymia are related to the multidimensionality of the alexithymia construct itself.

Alexithymia is a nonspecific risk factor for psychosomatic disorders, which makes the psychosocial adaptation of the individual more complicated [10] due to cognitive deficiency and low emotion differentiation [25]. It should be highlighted that alexithymia is not a psychopathological personal trait, and, according to B.D. Karvasarskij, the construct of alexithymia itself has been criticized because of its irrelevance [16]. E.K. Ageenkova and P.M. Larionov noted that the alexithymia construct includes multidimensional characteristics making it difficult to understand the intrapersonal processes associated with the development of psychosomatic disorders [1]. The most famous alexithymia questionnaire is the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), which consists of three subscales: difficulty identifying feelings (DIF), difficulty describing feelings (DDF), Externally-Oriented Thinking (EOT). It should be emphasized that the TAS-20 questionnaire features only the cognitive alexithymia component [29].

Russian researcher E.Yu. Brel' mentions that severe anxiety and high level of aggression, along with reduced empathic skills, are psychological components of a "person's alexithymic space" [5]. Using the Buss–Durkee Hostility Inventory and the Toronto Alexithymia Scale, a statistically significant positive correlation between alexithymia and physical aggression, irritation and resentment has been found with a sample of adolescents and young people aged 12 to 20, but no correlation between alexithymia and indirect and verbal aggression, negativity, suspicion and guilt could be

found [5; 6]. Other researchers emphasize that adolescents with high alexithymia levels are also characterized by a high level of hostility [30].

The Relationship Between Alexithymia and Cognitive ER

According to N.A. Polskaya and A.Ju. Razvaliaeva, who conducted a major theoretical review of many studies on alexithymia, maladaptive coping and alexithymia are the constructs “reflecting either the functioning of an individual with emotional experiences or some disturbances in the course of these experiences” [24, p. 72]. The studies of ER peculiarities among individuals with the high level of alexithymia have shown that they are more prone to expressive suppression than the individuals with a normal level of alexithymia [46], i.e. to restraining the external manifestation of the arisen emotional response [20]. Highly alexithymic individuals are less likely to use the adaptive ER strategy of cognitive reappraisal and are characterized by lower empathy levels than non-alexithymic individuals [46]. The heterogeneous nature of the anxiety levels, symptoms of depression and dysfunctional ER with alexithymic individuals are caused by the differences of alexithymic forms in terms of their severity [33]. Among teenage girls, alexithymic traits contribute to the increase in the symptoms of depression and anxiety [48]. Alexithymia predisposes to the use of maladaptive ER strategies among adolescent girls with anorexia nervosa and depression, but does not act as a predictor of adaptive ER strategies [44].

It should be noted that coping with life difficulties among adults with the high level of alexithymia is associated with the choice of such coping strategies as “distancing”, “self-control” and “escape/avoidance” (according to R. Lazarus) [3]. Using these strategies characterizes the individual’s escape from the very fact of emotion experiencing and contributes to emotion suppression, which reflects the characteristic features of an alexithymic individual. Diagnosis of psychological defense strategies among highly alexithymic individuals leads to similar conclusions [9]. Thus, alexithymia, expressed mainly as difficulty identifying feelings and narrowing of emotional experience, does not allow a person to regulate their emotional state and behavior adequately, which leads to the development of psycho-emotional disorders both directly and through the development of negative emotional states [35].

Russian scholars L.A. Severyanova, V.V. Plotnikov and D.V. Plotnikov, conducted a research with a large sample of young people aged 18–22, and noted that people with the high level of alexithymia were characterized by a high level of anxiety, neuropsychic arousability, shyness, somatovegetative instability and low self-esteem [28]. Using E. Heim’s methods, these researchers found that highly alexithymic individuals tend to use maladaptive coping strategies. L.A. Severyanova et al. consider that alexithymia is “an integral psychological phenomenon that combines emotional-volitional and personal traits as well as mental individual’s features into a coherent whole” [28, p. 68]. The similar point of view is shared by E.Yu. Brel' [5].

To sum up, it can be noted that alexithymia is associated with some deficit in individual’s cognitive and emotional sphere, which, according to the above mentioned Russian and foreign studies, can lead to both using destructive coping strategies and to aggressive behavior.

Aims and Hypotheses of the Research

The aim of the research is to identify alexithymic traits and characteristics of cognitive ER that can play the role of aggression predictors, as well as to study the mechanisms with which alexithymic traits and cognitive impairment can predispose to aggressive behavior with adolescents. On the basis of research conclusions that alexithymia is a strong prognostic factor of maladaptive ER strategies, A. Sfarlea et al. suggested that alexithymic traits are responsible for maladaptive cognitive ER, which can lead to aggression [44]. Due to the fact that alexithymia is a multidimensional construct, it is wrong to generalize that all dimensions of alexithymia are prognostic factors of dysfunctional ER and aggressive behavior. In this study the hypothesis that alexithymia or its individual dimensions cause aggressive behavior with adolescents through the development of maladaptive ER is verified. It is assumed that in the presence of cognitive impairments caused by alexithymia, namely, difficulties identifying emotional experience (high level of DIF), a teenager is inclined to use maladaptive cognitive ER strategies, which can predispose to the development of aggression

Research Methods

1. The Buss–Perry Aggression *Questionnaire* (BPAQ) adapted in Russia by S.N. Enikolopov and N.P. Tsibul'skii, which provides the opportunity to quantify the level of aggression and its individual forms – physical aggression, anger and hostility. BPAQ contains 24 statements that are asked to be evaluated on a five-point scale from 1 (“uncharacteristic of me”) to 5 (“very characteristic of me”) [13].

2. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), which allows one to evaluate the frequency of using 9 cognitive ER strategies (cognitive coping strategies), among which there are adaptive (acceptance, positive refocusing, refocusing on planning, positive reappraisal and putting into perspective), as well as maladaptive strategies (self-blame, rumination, catastrophizing and blaming others). The CERQ contains 36 statements (4 for each strategy), which are asked to be evaluated on a 5-point scale from 1 (“never”) to 5 (“almost always”) [26].

3. Alexithymia Questionnaire for Children [42], the Russian version of which was used by O.R. Esin et al. in the study of adolescents with tension headaches [14]. The questionnaire is a simplified version of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and consists of 20 statements that are asked to be evaluated with the options “not true”, “a bit true” and “true”. The questionnaire consists of three subscales identical to the TAS-20. According to the questionnaire developers S. Rieffe et al., only the DIF and DDF subscales show a high Cronbach’s alpha coefficient equal to 0,73 and 0,75 accordingly, whereas the EOT subscale is characterized by low reliability – 0,29 [42].

Sample and Research Procedure

142 adolescents aged 12–17, including 102 girls and 40 boys were involved in the study ($M=15,4$, $SD=1,03$). The study was conducted in Zhytomyr (Ukraine) in the Regional Boarding School for gifted children, humanitarian gymnasium No. 23, lyceum No. 25, secondary school No. 26, secondary school No. 28, and in the Zhytomyr community center’s

club for adolescents from January to February 2020. The survey was carried out in accordance with the policy of conducting scientific studies in Ukraine. The approval by the management of educational institutions and by the parents of the surveyed adolescents was obtained for the research project. The study was voluntary, anonymous and in accordance with the principles of scientific research confidentiality. As for the sociodemographic variables, the survey participants reported only gender and age. The respondents filled out special standardized diagnostic forms of the BPAQ, CERQ and the Alexithymia Questionnaire for Children individually, using the paper-and-pencil format. Instructions for each technique were presented in writing on the questionnaire forms and were also provided orally by the investigator. The time for filling out the questionnaires was not regulated. On average, it took no more than 10 minutes for subjects to fill out one questionnaire. It took no more than 30 minutes for all participants to complete all questionnaires.

The statistical analysis was performed using program Statistica version 13.3 and PROCESS macro for SPSS [37]. There were used the methods of descriptive statistics, Spearman's correlation, Mann-Whitney U test, multiple regression analysis, mediation analysis adjusted in accordance with bootstrap bias correction method with 10000 iterations, Cronbach's alpha coefficient, Sobel test [40].

Results

Appendix 1 presents the results of the comparative analysis of the utilization rate of ER strategies, the level of aggression and alexithymia among boys (M) and girls (F), as well as Cronbach's alpha coefficient (α) calculated for the questionnaire scales of this study. The reliability of most of the scales was high, except for some subscales from the CERQ questionnaire and the EOT subscale from the Alexithymia Questionnaire for Children. Taking into consideration the fact that the CERQ subscales include 4 questions each, and the survey itself was conducted on adolescents and was not clinical, the relatively low reliability of some CERQ subscales can be considered sufficient. In this study, the EOT subscale showed low reliability, but this is not an artifact. It should be noted that the developers of the Alexithymia Questionnaire for Children encountered some difficulties verifying the reliability of the EOT subscale; therefore, they recommended to interpret the results on this subscale with caution [42].

The verification of the normality of distribution for all the variables included in the analysis was accomplished by evaluating the coefficients of skewness and kurtosis. It was discovered that these indicators on the scale 'catastrophizing' lie beyond the permissible values range of -1 to 1. In this regard, the correlation analysis was carried out using the Spearman's correlation. Except for the fact that boys are characterized by a higher level of physical aggression compared to girls ($p=0,006$), and girls are more prone to rumination than boys ($p=0,003$), it can be noted that there were no differences in the analyzed parameters between the groups (Mann-Whitney U test was used; see Appendix 1).

It should be noted that among the maladaptive ER strategies, rumination and catastrophizing are more associated with aggression and alexithymia subscales (see Table 1).

Table 1

Relationship of ER strategies with aggression, alexithymia and their forms

Variables	The Spearman rank-order correlation coefficients							
	PA	Ang	H	Agg	DIF	DDF	EOT	Alex
Self-blame	-0,11	0,17	0,25*	0,13	0,34**	0,15	-0,27**	0,13
Acceptance	0,07	0,23*	0,19	0,21	0,14	-0,01	-0,17	0,00
Rumination	0,04	0,36**	0,46**	0,36**	0,42**	0,26*	-0,36**	0,19
Positive refocusing	-0,02	0,14	0,01	0,05	0,01	-0,11	-0,14	-0,07
Refocusing on planning	-0,15	0,08	-0,06	-0,05	0,03	-0,17	-0,35**	-0,16
Positive reappraisal	-0,21	0,00	-0,21	-0,15	-0,10	-0,20	-0,33**	-0,26*
Putting into perspective	0,00	0,08	0,08	0,05	0,21	0,05	-0,02	0,18
Catastrophizing	0,30**	0,44**	0,53**	0,50**	0,41**	0,08	0,06	0,28**
Blaming others	0,10	0,10	0,11	0,13	-0,04	-0,11	0,10	0,02
Maladaptive strategies	0,14	0,44**	0,54**	0,46**	0,50**	0,22	-0,23*	0,27**
Adaptive strategies	-0,08	0,17	0,00	0,04	0,07	-0,12	-0,29**	-0,10

Notes. PA – physical aggression, Ang – anger, H – hostility, Agg – the general level of aggression, DIF – difficulty identifying feelings, DDF – difficulty describing feelings, EOT – externally-oriented thinking, Alex – the general level of alexithymia. * – $p < 0,01$; ** – $p < 0,001$.

The data regarding several ER strategies are of some particular interest. For example, self-blame is positively related with hostility ($r_s = 0,25$), and the acceptance as an adaptive strategy is positively related with anger ($r_s = 0,23$). The fact that there is almost no correlation between blaming others and aggression looks somewhat paradoxical. Such adaptive strategies as refocusing on planning and positive reappraisal, as well as maladaptive rumination strategy, negatively correlate with EOT ($p < 0,001$). In general, it can be noted that adaptive strategies are not related with aggression, whereas maladaptive strategies, except blaming others, are characterized by quite a strong positive correlation with aggression and its forms.

The results of correlation analysis show that aggression and its forms, especially hostility, are related with alexithymia. Hostility is related with alexithymia and its subscales to a greater extent than other forms of aggression (see Table 2).

Table 2

Correlation of aggression and its forms with alexithymia and its subscales

Variables	The Spearman rank-order correlation coefficients							
	PA	Ang	H	Agg	DIF	DDF	EOT	Alex
Physical Aggression (PA)	–	0,51**	0,41**	0,79**	0,19	0,15	0,27*	0,27*
Anger (Ang)	0,51**	–	0,54**	0,84**	0,34**	0,19	-0,04	0,25*
Hostility (H)	0,41**	0,54**	–	0,77**	0,54**	0,29**	-0,03	0,40**
Aggression (Agg)	0,79**	0,84**	0,77**	–	0,42**	0,27*	0,08	0,37**
DIF	0,19	0,34**	0,54**	0,42**	–	0,49**	-0,01	0,77**
DDF	0,15	0,19	0,29**	0,27*	0,49**	–	0,13	0,78**
EOT	0,27*	-0,04	-0,03	0,08	-0,01	0,13	–	0,46**
Alexithymia (Alex)	0,27*	0,25*	0,40**	0,37**	0,77**	0,78**	0,46**	–

Notes. DIF – difficulty identifying feelings, DDF – difficulty describing feelings, EOT – externally-oriented thinking. * – $p < 0,01$; ** – $p < 0,001$.

The EOT subscale is not related with other dimensions of alexithymia, neither with any forms of aggression, except physical aggression. This suggests that EOT is an autonomous component of the alexithymia construct. It can be noted that the DIF subscale is related with anger and hostility, as well as with general aggression level to a greater extent than DDF and EOT.

Multiple regression analysis was carried out using sequential exclusion of alternatives method in order to determine the ER strategies and alexithymia forms which can predict the aggression level. As it was noted above, the catastrophizing variable has the distribution beyond the normal one. The analysis of the distribution of this variable was carried out. As a result, the data collected from the two respondents (outliers) were excluded from further statistical analysis. Thus, the number of the analyzed sample carrying out multiple regression analysis was decreased by 2 and amounted to $N=140$.

The adaptive and maladaptive ER strategies as well as three alexithymia subscales were taken as independent variables and the general aggression level was taken as the dependent variable. As a result of the backward selection of variables which were not statistically significant predictors of aggression, the regression model that included two predictors: catastrophizing and DIF – was received (see Table 3). Catastrophizing ($\beta=0,42$) is the more powerful aggression predictor compared to DIF ($\beta=0,25$). The coefficient of the model determination is $R^2=0,317$, thus, it explains the variability level of aggression which amounts to 31,7%, which is a very high indicator, considering the fact that only two

predictors are present in the model. This indicates the important role of these variables as aggression predictors. Therefore, the more difficulties with emotional experience awareness a teenager has and the more a teenager perceives the negative situations in their life as global incidents, the more serious the negative consequences are, the more they are prone to aggression.

Table 3

Prediction model for aggression

Variables	F(2,137)=31,7; p<0,001; R ² =0,317					
	β	St. error β	b	St. error b	t(137)	p
Constant term			37,799	3,261	11,592	<0,001
Catastrophizing	0,419	0,077	2,250	0,412	5,466	<0,001
DIF	0,247	0,077	1,188	0,369	3,219	0,002

Notes. DIF – difficulty identifying feelings, st. error – standard error, β – standardized beta coefficient, b – unstandardized coefficient b.

In order to determine alexithymia dimensions which are capable of predicting the use of maladaptive and adaptive ER strategies, multiple regression analysis was performed using sequential exclusion of alternatives method (see Table 4). As a result of backward selection of statistically insignificant predictors, it was found that the use of adaptive ER strategies decreases ($\beta=-0,28$) with the increase in EOT. The regression model is significant, however, the determination indicator is rather low R²=0,076; therefore, such a model is of little use for explaining the role of the EOT in studying ER processes.

Table 4

Prediction model for adaptive ER strategies

Variable	F(1,138)=11,292; p<0,001; R ² =0,076					
	β	st. error β	b	st. error b	t(138)	p
Constant term			65,363	2,266	28,850	<0,001
EOT	-0,275	0,082	-1,276	0,380	-3,360	0,001

Notes. EOT – externally-oriented thinking, st. error – standard error, β – standardized beta coefficient, b – unstandardized coefficient b.

While creating a prediction regression model for maladaptive ER strategies, where alexithymia dimensions were taken as independent variables, it was found that only DIF is a statistically significant predictor ($\beta=0,47$), whereas DDF and EOT were excluded from the analysis as insignificant predictors. Such a model is significant and is able to explain 22,3%

of the variability with maladaptive ER strategies. The determination indicator is very high in this model, taking into consideration the fact that there is only one predictor in the model. This suggests that the low cognitive awareness of emotions with a teenager is a very strong prognostic factor for the use of maladaptive strategies of cognitive ER (see Table 5).

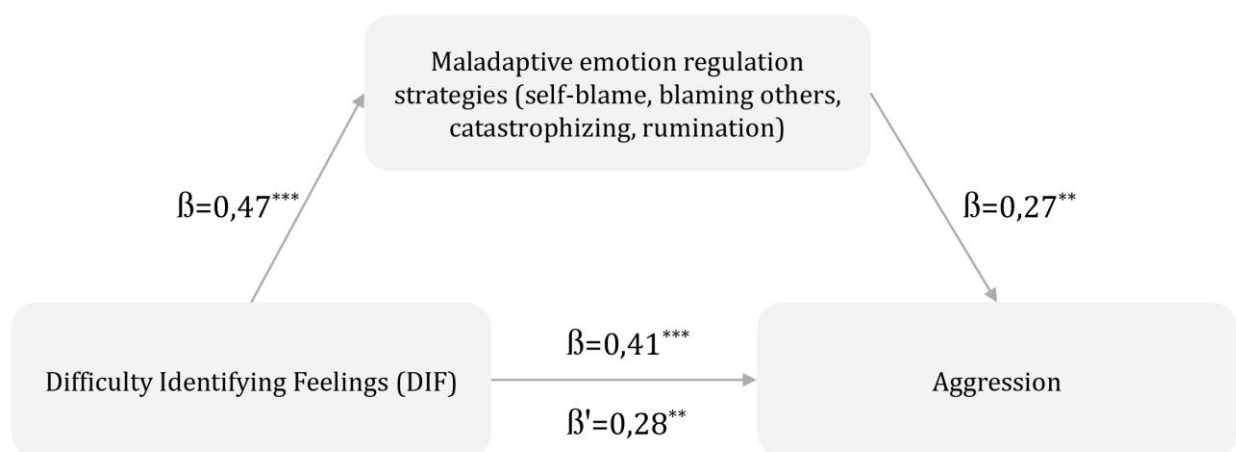
Table 5

Prediction model for maladaptive ER strategies

Variable	F(1,138)=39,629; p<0,001; R ² =0,223					
	β	st. error β	b	st. error b	t(138)	p
Constant term			32,982	1,236	26,695	<0,001
DIF	0,472	0,075	1,253	0,199	6,295	<0,001

Notes. DIF – difficulty identifying feelings, st. error – standard error, β – standardized beta coefficient, b – unstandardized coefficient b.

The study of ER mechanisms, with the help of which the aggression level can be explained, was carried out using mediation analysis based on multivariate regression [37]. The hypothesis that alexithymia, in particular its DIF dimension, can contribute to dysfunctional ER, thereby contributing to the growth of aggression, was verified. Appendix 2 presents several series of regression analysis related to mediation analysis. The graphic representation of this regression model is presented in Picture 1.



Picture 1. Mediation model

Notes. ** – p<0,01; *** – p<0,001; β – standardized beta coefficient; β' – standardized beta coefficient for relation between DIF and aggression with the mediator (maladaptive emotion regulation strategies) included into the model.

The mediation analysis was carried out in three steps using the approach developed by R.M. Baron and D.A. Kenny [32]. The first step was to create a regression model, confirming the existence of the positive relationship between DIF and aggression ($\beta=0,41$,

$p < 0,001$). The second step was to analyse the relationship between the independent variable (DIF) and a mediator, which was presented by maladaptive ER strategies. The analysis showed that DIF is positively correlated with the use of maladaptive cognitive ER strategies ($\beta = 0,47$, $p < 0,001$). The third step meant the introduction of both the independent variable and the mediator into the regression model. It has been discovered that when a mediator is introduced into the model, the strength of the relationship between DIF and aggression decreases from $\beta = 0,41$ to $\beta' = 0,28$, whereas the mediator is significantly positively associated with aggression ($\beta = 0,27$, $p < 0,01$). Thus, maladaptive ER strategies have a partial mediating effect on the relationship between DIF and aggression. The significance of the mediation effect was proved using the Sobel test [40], which confirmed its statistical significance and the existence of the partial mediation effect ($Z = 2,895$, $p = 0,004$). Besides, the mediation effect was checked with the help of bootstrap method (bias correction) with 10000 iterations and calculating 95% confidence intervals (CI); it turned out to cause indirect effect (IF) = 0,616, standard error (IF) = 0,219, $p = 0,005$; 95% CI: 0,250; 1,109). Based on the range of the analysis procedures performed, it can be concluded that maladaptive ER strategies partially mediate the relationship between DIF and aggression.

Discussion

Based on the research done, it can be concluded that dysfunctional ER, expressed in the form of the increased use of maladaptive ER strategies, together with alexithymic traits, is a risk factor for the development of adolescents' aggressive behavior. The level of aggression is influenced only by maladaptive ER strategies (but not adaptive ER strategies), especially catastrophizing and rumination. In case the interpretation of the negative events which a teenager encounters is catastrophized, such an experience is most likely related with severe frustration and internal stress, which can provoke aggressive behavior with a teenager being in an unbearable situation.

Maladaptive ER strategies and their role in the development of aggression with adolescents. From the practical point of view, while providing psychological counseling to adolescents with high levels of aggression, as well as for those who are inclined to catastrophize and ruminate, the main emphasis should be put on reducing the use of maladaptive ER strategies, especially catastrophizing and rumination. In connection with this, the research conducted by N.A. Polskaya, in which it was noted that emotional dysregulation is also a predictor of self-aggressive behavior with adolescents, should be mentioned [21]. Besides, in the concept of N. Garnefski et al. rumination not only acquired the character of just being a separate strategy of ER [26], but also became an independent psychological construct. The broadening of ideas about rumination seems reasonable, since rumination can be considered not only as a strategy for ER, but also as a process of the higher order associated with obsession (fixedness on something). Thus, two related questions arise, if a person is ruminating and what the reason for rumination is. The answer to these questions determines the consequences for the psychological functioning of a person.

Certain alexithymic traits as predictors of adolescents' aggression. It should be acknowledged that the DIF dimension of alexithymia, embodied in low cognitive awareness

of emotional experience and reflecting the deficient cognitive-emotional sphere, is a fundamental characteristic of the alexithymia construct, which forms its core. The two other dimensions of alexithymia are hardly relevant. The evaluation of the traits related to the DDF subscale which are consciously recorded by the respondent is not only ambiguous from the methodological point of view, but also the items of this subscale are characterized by contentious content. It is the DIF that is more associated with aggression and its forms than other dimensions of alexithymia.

The effect made by externally-oriented thinking (EOT) on aggression is also ambiguous. The observed significant negative relationship between EOT and rumination, self-blame, refocusing on planning and positive reappraisal presumably reflects the dual role of EOT. On the one hand, EOT can prevent immersion in the process of rumination (“mental chewing gum”) and self-blame, thereby reducing emotional strain, on the other hand, excessive orientation to the external world does not contribute to the reappraisal of the problem and trying to resolve it. The existence of a weak positive correlation between EOT and physical aggression ($r_s=0,27$, $p<0,01$) alongside with the absence of significant relationship between EOT and anger, hostility and the general level of aggression, makes it possible to speculate on the role of the EOT in considering the problem of aggression. It is most likely that external thinking allows one to stabilize the emotional state through a possible decrease in psycho-emotional stress through interaction with the outside world, which can take the form of physical aggression in unfavorable cases. It is only possible to talk about the adaptive or maladaptive nature of the EOT by comparing the consequences that are related with an increase or decrease in the severity of this trait. In considering aggression, it can be suggested that EOT plays an adaptive role to a great extent, protecting the teenager’s mental state from such adverse effects as rumination and self-blame, though at the cost of avoiding reappraisal of the problem while coping with difficulties.

In order to prevent researchers from considering alexithymia as a one-dimensional construct, at least while studying it in the context of aggression, it is worth emphasizing that alexithymia is a multidimensional construct, and its dimensions (subscales) are heterogeneous in content, therefore only the analysis of individual subscales can be methodologically substantiated.

The study of ER strategies reflects to some extent the static ER model, not allowing studying the flexibility of emotional regulation. Like alexithymic traits, ER strategies can play both an adaptive and maladaptive role depending on the situation. Further consideration of ER and its relationship with aggression can be significantly extended through the study of flexibility, which is considered as a “specific ability of the individual, allowing them to organize their cognitive activity and intellectual behavior depending on changing conditions” [18, p. 128].

Limitations of the Study

Despite some limitations of the study, which include the uneven distribution of participants by gender, the construction of a correlation model of the study, relatively small ($N=140$), but sufficient sample, the significant conclusion can be drawn that emotional dysregulation, demonstrated as difficulty identifying and describing feelings, and

expressed in the form of using maladaptive ER strategies, in particular of catastrophizing, is a prognostic factor for adolescents' aggressive behavior.

Findings and Conclusion

1. Boys are characterized by a higher level of physical aggression compared to girls. Girls are more likely to use such maladaptive ER strategy as rumination.
2. Adaptive cognitive ER strategies do not relate with aggression, whereas maladaptive strategies, except for blaming others, have a strong positive relationship with aggression and its forms.
3. The external-oriented thinking is a negative predictor for adaptive cognitive ER strategies, whereas the difficulty identifying feelings is a positive predictor for the use of maladaptive ER strategies.
4. The role of alexithymic traits as adolescents' aggression predictors is heterogeneous. Difficulty identifying feelings and such maladaptive ER strategy as catastrophizing are strong predictors of adolescents' aggression.
5. Maladaptive ER strategies serve as the mediator for the relationship between difficulty identifying feelings and aggression (partial mediation effect is observed). Difficulty identifying emotions among adolescents promotes the use of maladaptive cognitive coping strategies, which, in its turn, predisposes to aggressive behavior.
6. While conducting psychoprophylaxis of aggressive behavior, attention should be paid to adolescents who experience negative situations acutely, are prone to catastrophizing, prolonged rumination and recalling past events in a negative way, as well as to showing hostility. These features are the precursors of aggressive behavior.

To sum up, we should note that the study is consistent with the ideas of both Russian and foreign authors about the role of alexithymia and maladaptive ER strategies as predictors of aggressive behavior among adolescents. The research confirms the original hypothesis that cognitive deficit, embodied in alexithymia and related to difficulty identifying and describing feelings or emotions, does not allow an adolescent to assess what is happening in their emotional sphere adequately. Consequently, it promotes aggressive behavior through increasing the use of maladaptive cognitive ER strategies.

References

1. Ageenkova E.K., Larionov P.M. Novye vozmozhnosti issledovaniya zhiznennogo stseneriya v protsesse psikhologicheskogo konsul'tirovaniya [New opportunities for studying the life scenario in the process of psychological counseling]. *Dialog=Dialogue*, 2018, vol. 50, no. 3, pp. 18–31. (in Russ., abstr. in Russ.).
2. Ageenkova E.K., Larionov P.M., Volchek V.A. Lichnostnye determinanty agressivnosti podrostkov [Personality determinants of adolescent aggression]. *Psikhoterapiya=Psychotherapy*, 2019, vol. 194, no. 2, pp. 86–94. (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Akimenko A.K. Vzaimosvyaz' aleksitimii, koping-strategii i stilya samoregulyatsii lichnosti [Relationship between Alexithymia, Coping Strategies and a Self-regulation Style]. *Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya Filosofiya. Psikhologiya. Pedagogika=Izvestiya of Saratov University. New Series. Series: Philosophy. Psychology. Pedagogy*, 2016, vol. 16, no. 3, pp. 311–316. DOI: 10.18500/1819-7671-2016-16-3-311-316 (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Berkowitz L. Agressiya: prichiny, posledstviya i kontrol' [Aggression: Its Causes, Consequences, and Control]. Saint-Petersburg: Praim-Evroznak, 2001. 512 p. (In Russ.).
5. Brel' E.Yu. Aleksitimiya v norme i patologii: psikhologicheskaya struktura i vozmozhnosti preventsii: avtoreferat diss. ... dokt. psikhol. nauk [Alexithymia in norm and pathology: psychological structure and possibilities of prevention. Dr. Sci. (Psychology) Thesis]. Tomsk, 2018. 40 p.
6. Brel' E.Yu. Aleksitimiya v strukture «prakticheski zdorovoi» lichnosti [Alexithymia in the structure of "apparently healthy" personality]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal=Siberian Journal of Psychology*, 2018, no. 67, pp. 89–101. DOI: 10.17223/17267080/67/7 (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Brel' E.Yu., Stoyanova I.Ya. Fenomen aleksitimii v kliniko-psikhologicheskikh issledovaniyakh (obzor literatury) [Phenomenon of alexithymia in clinical-psychological studies (literature review)]. *Sibirskii vestnik psikhiatrii i narkologii=Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*, 2017, vol. 97, no. 4, pp. 74–81. DOI: 10.26617/1810-3111-2017-4(97)-74-81 (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Brel' E.Yu. et al. Problema aleksitimii v kontekste mediko-psikhologicheskikh issledovaniy. Chast' 1. Soderzhatel'nye kharakteristiki fenomena aleksitimii v kontekste psikhicheskikh i somaticheskikh narushenii [The problem of alexithymia in the context of medical and psychological research. Part 1. Content characteristics of the phenomenon of alexithymia in the context of mental and somatic disorders]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii=Medical Psychology in Russia*, 2019, vol. 57, no. 4. URL: http://medpsy.ru/mprij/archiv_global/2019_4_57/nomer04.php (Accessed 02.06.2020). (In Russ., abstr. in Engl.).
9. Vasilyeva O.S., Gaus E.V. Vzaimosvyaz' urovnya aleksitimii s urovnem psikhologicheskikh zashchit i sostavlyayushchimi psikhologicheskogo blagopoluchiya [The interrelation of alexithymia level with the level of psychological protections and components of psychological well-being]. *Severo-Kavkazskii psikhologicheskii vestnik=North-Caucasian Psychological Bulletin*, 2017, no. 15/1, pp. 5-16. (In Russ., abstr. in Engl.).
10. Gaus E.V., Pronenko E.A., Vasilyeva O.S. Misheni psikhologicheskoi raboty s lyud'mi, imeyushchimi vysokii uroven' aleksitimii [Targets of psychological work for high alexithymia people]. *Vestnik Rossiiskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Psikhologiya i pedagogika=RUDN Journal of Psychology and Pedagogics. Series: Psychology and Pedagogy*, 2019, vol. 16, no. 1, pp. 55–70. DOI: 10.22363/2313-1683-2019-16-1-55-70 (In Russ., abstr. in Engl.).

11. Greben' N.F. Bulling sredi belorusskikh podrostkov i vozmozhnosti ego diagnostirovaniya [Bullying among Belarusian teenagers and the possibility of its diagnosis]. *Adukatsyya i vykhavanne=Education and Upbringing*, 2017, vol 310, no. 10, pp. 47–53. (In Russ., abstr. in Engl.).
12. Davydov D.G., Khlomov K.D. Massovye ubiistva v obrazovatel'nykh uchrezhdeniyakh: mekhanizmy, prichiny, profilaktika [Massacres in educational institutions: mechanisms, causes, prevention]. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal=National Psychological Journal*, 2018, vol. 32, no. 4, pp. 62–76. DOI: 10.11621/npj.2018.0406 (in Russ., abstr. in Engl.).
13. Enikolopov S.N., Tsibul'skii N.P. Psikhometricheskii analiz russkoyazychnoi versii oprosnika diagnostiki agressii A. Bassa i M. Perri [The psychometric analysis of the Russian Version of the Aggression Questionnaire (Buss & Perry)]. *Psikhologicheskii zhurnal=Psychological Journal*, 2007, vol. 28, no. 1, pp. 115–124. (In Russ., abstr. in Engl.).
14. Esin O.R., Gorobets E.A., Khairullin I.K. Aleksitimiya u podrostkov s golovnoi bol'yu napryazheniya [Diagnosis of alexithymia in adolescents with tension-type headache]. *Nevrologicheskii vestnik=Neurological Bulletin*, 2018, vol. 4, pp. 40-43. (In Russ., abstr. in Engl.).
15. Karpov V.O. Kul't Kolumbaina: osnovnye determinanty massovykh ubiistv v shkolakh [Cult of columbine: Main reasons for school shooting]. *Vestnik Kazanskogo yuridicheskogo instituta MVD Rossii=Bulletin of the Kazan Law Institute of the MIA of Russia*, 2018, vol. 9, no. 4, pp. 442–446. DOI: 10.24420/KUI.2018.49.27.001 (in Russ., abstr. in Engl.).
16. Klinicheskaya psikhologiya: Uchebnik dlya vuzov. 4-e izd. [Clinical Psychology: Textbook for Universities. 4th ed.]. In B.D. Karvasarskij (ed.). Saint-Petersburg: Piter, 2011. 864 p. (In Russ.).
17. Menshikova T.I. Spetsifika agressivnogo povedeniya podrostkov [Specific of aggressive behaviour of adolescents]. *Vestnik Taganrogskogo instituta imeni A.P. Chekhova=Bulletin of the Taganrog Institute named after A.P. Chekhov*, 2017, no. 2, pp. 106–115. (In Russ., abstr. in Engl.).
18. Osavoliuk E.Yu., Kurginyan S.S. Kognitivnaya fleksibil'nost' lichnosti: teoriya, izmerenie, praktika [Person's cognitive flexibility: Theory, measurement, and practice]. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki=Psychology. Journal of the Higher School of Economics*, 2018, vol. 15, no. 1, pp. 128–144. DOI: 10.17323/1813-8918-2018-1-128-144 (In Russ., abstr. in Engl.).
19. Padun M.A. Regulyatsiya emotsii i ee narusheniya [Emotion regulation and its disorders]. *Psikhologicheskie issledovaniya=Psychological Studies*, 2015, vol. 8, no. 39. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n39/1089-padun39.html> (Accessed: 02.06.2020). (In Russ., abstr. in Engl.).
20. Pankratova A.A., Kornienko D.S. Russkoyazychnaya adaptatsiya oprosnika ERQ (Emotion Regulation Questionnaire) Dzh. Grossa [A Russian adaptation of the Emotional

Regulation Questionnaire (J. Gross)]. *Voprosy psikhologii=Questions of Psychology*, 2017, no. 5, pp. 139–149. (In Russ., abstr. in Engl.).

21. Polskaya N.A. Faktory riska i napravleniya profilaktiki samopovrezhdayushchego povedeniya podrostkov [Risk Factors and Approaches to Preventing Self-Injurious Behavior in Adolescents]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2018, vol. 7, no. 2, pp. 1–20. DOI: 10.17759/cpse.2018070201 (In Russ., abstr. in Engl.).

22. Polskaya N.A. Emotsional'naya regulyatsiya u podrostkov s suitsidal'nymi popytkami i samopovrezhdeniyami (Prilozhenie) [Emotional regulation in adolescents with suicidal attempts and self-injuries (Supplement)]. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov=Journal of Mental Health of Children and Adolescent*, 2017, no. 2, pp. 191–193. (In Russ., abstr. in Engl.).

23. Polskaya N.A., Vlasova N.V. Autodestruktivnoe povedenie v podrostkovom i yunosheskom vozraste [Self-destructive behavior in adolescence and youth]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya=Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2015, vol. 23, no. 4, pp. 176–190. DOI: 10.17759/cpp.2015230411 (In Russ., abstr. in Engl.).

24. Polskaya N.A., Razvaliaeva A.Ju. Razrabotka oprosnika emotsional'noi disregulyatsii [Elektronnyi resurs] [The development of the Emotion Dysregulation Questionnaire]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya=Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2017, vol. 25, no. 4, pp. 71–93. DOI: 10.17759/cpp.2017250406 (In Russ., abstr. in Engl.).

25. Potapova N.A., Grekhov R.A., Suleymanova G.P., et al. Problemy izucheniya fenomena aлекситимии v psikhologii [Problems of studying alexithymia phenomenon in psychology]. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 11: Estestvennye nauki=Science Journal of Volgograd State University. Natural Sciences*, 2016, vol. 16, no. 2, pp. 65–73. DOI: 10.15688/jvolsu11.2016.2.8 (In Russ., abstr. in Engl.).

26. Rasskazova E.I., Leonova A.B., Pluzhnikov I.V. Razrabotka russkoyazychnoi versii oprosnika kognitivnoi regulyatsii emotsii [Development of the Russian version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya=Moscow University Psychology Bulletin*, 2011, no. 4, pp. 161–179. (In Russ., abstr. in Engl.).

27. Rean A.A. Profilaktika agressii i asotsial'nosti nesovershennoletnikh [Prevention of aggression and antisocial behaviour in adolescents]. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal=National Psychological Journal*, 2018, vol. 30, no. 2, pp. 3–12. DOI: 10.11621/npj.2018.0201 (In Russ., abstr. in Engl.).

28. Severyanova L.A., Plotnikov V.V., Plotnikov D.V. Integrativnye osnovy aлекситимии [The integrative fundamentals of alexithymia]. *Uchenye zapiski SPbGMU im. I.P. Pavlova=The Record of the I.P. Pavlov St. Petersburg State Medical University*, 2013, vol. 20, no. 3, pp. 65–68. (In Russ., abstr. in Engl.).

29. Starostina E.G., et al. Torontskaya shkala aлекситимии (20 punktov): validizatsiya russkoyazychnoi versii na vyborke terapevticheskikh bol'nykh [A new 20-item version of

the Toronto Alexithymia Scale: validation of the russian language translation in a sample of medical patients]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya=Social and Clinical Psychiatry*, 2010, no. 4. pp. 31–38. (in Russ., abstr. in Engl.).

30. Fedorenko V.V., Belov V.G. Sootnoshenie agressivnosti, aleksitimii i tipa povedeniya u podroستkov [The relations between aggression, alexithymia and types of behavior in adolescents]. *Mir psikhologii=World of Psychology*, 2017, no. 1, pp. 153–158. (In Russ., abstr. in Engl.).

31. Furmanov I.A. Detskaya agressivnost': psikhodiagnostika i korrektsiya [Children's Aggression: Psychodiagnosics and Correction]. Minsk: Il'in V.P., 1996. 192 p. (in Russ.).

32. Baron R.M., Kenny D.A. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, vol. 51, no. 6, pp. 1173–1182. DOI: 10.1037//0022-3514.51.6.1173

33. Chen J., Xu T., Jing J., et al. Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach. *BMC Psychiatry*, 2011, vol. 11, no. 33. DOI: 10.1186/1471-244X-11-33

34. Contardi A., Imperatori C., Penzo I., et al. The association among difficulties in emotion regulation, hostility, and empathy in a sample of young Italian adults. *Frontiers in Psychology*, 2016, vol. 7, article 1068. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01068

35. Dubey A., Pandey R. Mental health problems in alexithymia: Role of positive and negative emotional experiences. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 2013, vol. 20, no. 2, pp. 128–136.

36. Ghabeshi M.B., Ghasemi M., Hashemi H.M. Moderator Effects of Cognitive Emotion Regulation Skills on the Relationship between Aggression and Physical Health. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 2016, vol. 6(3S), pp. 273–276.

37. Hayes A.F. Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis, Second Edition. New York: Guilford Publications, 2018. 692 p.

38. Helmsen J., Koglin U., Petermann F. Emotion Regulation and Aggressive Behavior in Preschoolers: The Mediating Role of Social Information Processing. *Child Psychiatry & Human Development*, 2012, vol. 43, no. 1, pp. 87–101. DOI: 10.1007/s10578-011-0252-3

39. Hemming L., Haddock G., Shaw J., et al. Alexithymia and its associations with depression, suicidality, and aggression: An overview of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 2019, no. 10. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00203

40. Preacher K.J., Leonardelli G.J. Calculation for the Sobel test: An interactive calculation tool for mediation tests. URL: <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm> (Accessed: 01.06.2020).

41. Rey L., Extremera N. Physical-verbal aggression and depression in adolescents: The role of cognitive emotion regulation strategies. *Universitas Psychologica*, 2012, vol. 11, no. 4, pp. 1245–1254.

42. Rieffe C., Oosterveld P., Meerum Terwogt M. An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and Individual Differences*, 2006, no. 40, pp. 123–133. DOI: 10.1016/j.paid.2005.05.013
43. Robertson T., Daffern M., Bucks R.S. Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 2012, vol. 17, no. 1, pp. 72–82. DOI: 10.1016/j.avb.2011.09.006
44. Sfarlea A., Dehning S., Keller L.K., et al. Alexithymia predicts maladaptive but not adaptive emotion regulation strategies in adolescent girls with anorexia nervosa or depression. *Journal of Eating Disorders*, 2019. № 7. DOI: 10.1186/s40337-019-0271-1
45. Sołtys M., Grzankowska I. Emocjonalność rodziców a natężenie zachowań agresywnych u dzieci [Emotionality of parents and aggressive behaviour among children]. *Polskie Forum Psychologiczne=Polish Psychological Forum*, 2015, vol. 20, no. 2, pp. 201–215. DOI: 10.14656/PFP20150204 (in Polish, abstr. in Engl.).
46. Swart M., Kortekaas R., Aleman A. Dealing with feelings: Characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. *PLoS ONE*, 2009, no. 4, pp. 255–262. DOI: 10.1371/journal.pone.0005751
47. United Nations Children’s Fund. A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents. New York: UNICEF, 2017. 96 p. *UNICEF Data and Analytics Section, Division of Data, Research and Policy*. URL: <https://www.refworld.org/docid/5a0b00e34.html> (Accessed: 12.01.2020).
48. van der Crujisen R., Murphy J., Bird G. Alexithymic traits can explain the association between puberty and symptoms of depression and anxiety in adolescent females. *PLoS ONE*, 2019, vol. 14, no. 1. DOI: 10.1371/journal.pone.0210519
49. Vorst H.C.M., Bermond B. Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 2001, vol. 30, no. 3, pp. 413–434. DOI: 10.1016/S0191-8869(00)00033-7

Appendix 1

Gender differences in the level of aggression, alexithymia and ER functioning

Variables	Average (standard deviation)			p-value
	Total sample	Male	Female	
Self-blame ($\alpha=0,75$)	11,4 (3,5)	10,9 (3,7)	11,7 (3,4)	0,179
Acceptance ($\alpha=0,65$)	11,2 (3,4)	10,8 (3,1)	11,3 (3,5)	0,511
Rumination ($\alpha=0,79$)	12,4 (3,8)	11,0 (3,5)	13,0 (3,8)	0,003*
Positive refocusing ($\alpha=0,55$)	10,6 (2,9)	10,6 (3,0)	10,7 (2,8)	0,815
Refocusing on planning ($\alpha=0,65$)	12,6 (3,2)	12,7 (3,4)	12,5 (3,1)	0,760
Positive reappraisal ($\alpha=0,71$)	12,8 (3,4)	12,4 (3,4)	13,0 (3,4)	0,267
Putting into perspective ($\alpha=0,65$)	11,0 (3,3)	10,5 (3,1)	11,2 (3,4)	0,303
Catastrophizing ($\alpha=0,69$)	8,1 (3,0)	7,9 (2,4)	8,2 (3,2)	0,960
Blaming others ($\alpha=0,56$)	8,2 (2,4)	9,1 (2,8)	7,9 (2,1)	0,064
Maladaptive strategies ($\alpha=0,78$)	40,1 (8,4)	38,8 (8,1)	40,7 (8,5)	0,234
Adaptive strategies ($\alpha=0,84$)	58,2 (11,5)	57,0 (11,6)	58,6 (11,4)	0,394
Physical aggression ($\alpha=0,81$)	19,1 (6,4)	21,4 (5,4)	18,3 (6,6)	0,006*
Anger ($\alpha=0,80$)	21,2 (5,8)	19,7 (4,0)	21,8 (6,3)	0,068
Hostility ($\alpha=0,73$)	22,2 (5,9)	21,2 (5,0)	22,6 (6,2)	0,291
Aggression ($\alpha=0,88$)	62,5 (14,7)	62,2 (11,0)	62,6 (16,0)	0,847
DIF ($\alpha=0,72$)	5,5 (3,0)	5,3 (2,7)	5,6 (3,2)	0,632
DDF ($\alpha=0,68$)	4,2 (2,3)	4,1 (2,3)	4,2 (2,4)	0,869
EOT ($\alpha=0,45$)	5,5 (2,5)	5,9 (2,6)	5,3 (2,4)	0,156
Alexithymia ($\alpha=0,72$)	15,1 (5,5)	15,2 (5,0)	15,1 (5,7)	0,677

Notes. DIF – difficulty identifying feelings, DDF – difficulty describing feelings, EOT – externally-oriented thinking. * – $p < 0,01$.

Regression models of mediation analysis

Prediction models	Parameters of predictor variables in regression models				Model parameters		
	β (st. error β)	b (st. error b)	t	p	F statistics	R ²	
Model 1 (step 1 of the mediation analysis): The predictor is DIF, the dependent variable is aggression	0,41 (0,08)	1,97 (0,37)	5,28	<0,001	F(1,138)=27,85, p<0,001	0,168	
Model 2 (step 2): The predictor is DIF, the dependent variable is maladaptive ER strategies (MERS)	0,47 (0,08)	1,25 (0,20)	6,30	<0,001	F(1,138)=39,63, p<0,001	0,223	
Model 3 (step 3): The predictors are DIF and MERS, the dependent variable is aggression	DIF	0,28 (0,09)	1,36 (0,41)	3,30	0,001	F(2,137)=19,87, p<0,001	0,225
	MERS	0,27 (0,09)	0,49 (0,15)	3,17	0,002		

Notes. DIF – difficulty identifying feelings, st. error – standard error, β – standardized beta coefficient, b – unstandardized coefficient b.

Информация об авторах

Ларионов Павел Михайлович, докторант, специалист лаборатории психологических тестов, кафедры психологии здоровья, факультет психологии, Университет Казимира Великого, г. Быдгощ, Республика Польша, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4911-3984>, e-mail: pavlm@outlook.com

Гречуха Ирина Анатольевна, аспирантка, кафедра психологии развития и консультирования, социально-психологический факультет, Житомирский государственный университет имени Ивана Франко, г. Житомир, Украина, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1704-4320>, e-mail: irinagreczucha@gmail.com

Information about the authors

Pavel M. Larionov, Doctoral student, Specialist of Psychological Tests Lab, Department of Health Psychology, Faculty of Psychology, Kazimierz Wielki University, Bydgoszcz, Poland, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4911-3984>, e-mail: pavlm@outlook.com

Ларионов П.М., Гречуха И.А.
Роль алекситимии и когнитивной
регуляции эмоций в развитии
агрессивного поведения подростков
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 57–98.

Larionov P.M., Grechukha I.A.
The Role of Alexithymia and Cognitive Emotion
Regulation in the Development
of Aggressive Behavior in Adolescents
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 57–98.

Iryna A. Grechukha, Postgraduate student, Department of Developmental Psychology and Counseling, The Socio-psychological Faculty, Zhytomyr Ivan Franko State University, Zhytomyr, Ukraine, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1704-4320>, e-mail: irinagreczucha@gmail.com

Получена: 06.03.2020

Received: 06.03.2020

Принята в печать: 16.10.2020

Accepted: 16.10.2020

Половая специфика диагностики флюидного интеллекта

Николаева А.Ю.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7323-8528>; e-mail: nikolaevaayu@mgppu.ru*

Бурдукова Ю.А.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4827-2040>; e-mail: julia_burd@inbox.ru*

Алексеева О.С.

*Психологический институт Российской академии образования (ФГБНУ ПИ РАО),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0794-2327>; e-mail: olga_alexeeva@mail.ru*

Ржанова И.Е.

*научный сотрудник, Психологический институт Российской академии образования
(ФГБНУ ПИ РАО), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8100-8917>; e-mail: irinarzhanova@mail.ru*

Бритова В.С.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0001-3576>; e-mail: vsbritova@gmail.com*

Исследование флюидного интеллекта имеет долгую историю. Сам термин был предложен Р. Кеттелом в 40-х годах прошлого века. По мнению Р. Кеттелла, флюидный и кристаллизованный интеллекты являлись основополагающими факторами в структуре интеллекта. С дальнейшим развитием науки и совершенствованием методов анализа данных были предложены другие модели интеллектуальных способностей, однако почти все включали как одну из основных составляющих фактор флюидного интеллекта. В работах разных авторов была продемонстрирована связь флюидного интеллекта с рабочей памятью и префронтальными отделами коры головного мозга, доказано влияние флюидного интеллекта на успешность обучения. Однако до сих пор не прояснен вопрос о том имеет ли структура связей флюидного интеллекта с другими когнитивными характеристиками. В представленном исследовании для диагностики флюидного интеллекта использовались пятая редакция детского теста Векслера и вторая редакция детского теста Кауфманов. Выборку составили 48 московских школьников. Все дети проходили полностью оба теста интеллекта. Сравнение результатов тестирования не выявило половых

различий в показателях флюидного интеллекта ни по одному из тестов. Однако картина корреляций результатов обоих тестов в группе мальчиков и девочек различается: в группе мальчиков было выявлено существенно больше взаимосвязей, чем в группе девочек. Это может свидетельствовать в пользу предположения о зависимости структуры связей флюидного интеллекта с другими когнитивными характеристиками от пола.

Ключевые слова: флюидный интеллект, тест Векслера, тест Кауфманов, половые различия.

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

Для цитаты: Николаева А.Ю., Бурдукова Ю.А., Алексеева О.С., Ржанова И.Е., Бритова В.С. Половая специфика диагностики флюидного интеллекта [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 99–114. DOI: 10.17759/cpse.2020090405

Gender Aspect of Fluid Intelligence Diagnostics

Anastasiya Yu. Nikolaeva

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7323-8528>; e-mail: nikolaevaayu@mgppu.ru

Yulia A. Burdukova

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4827-2040>; e-mail: julia_burd@inbox.ru

Olga S. Alekseeva

Psychological Institute of Russian Academy of Education, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0794-2327>; e-mail: olga_alexeeva@mail.ru

Irina E. Rzhanova

Psychological Institute of Russian Academy of Education, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8100-8917>; e-mail: irinarzhanova@mail.ru

Viktoriya S. Britova

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0001-3576>; e-mail: vsbritova@gmail.com

The study of fluid intelligence has a long history. The term “fluid intelligence” was proposed by R. Cattell in the 40s of the last century. According Cattell, fluid intelligence, along with crystallized intelligence, were fundamental factors in the structure of intelligence. With the further development of psychological science and the improvement of data analysis methods, other schemes of cognitive abilities were proposed, however, almost all of them included fluid intelligence as one of the main factor. In many studies the connection of fluid intelligence, working memory and the prefrontal cortex was demonstrated, the influence of fluid intelligence on the success of learning was proved. However, the question about gender differences in fluid intelligence is still open. In the presented study, two tests were selected for the diagnosis of fluid intelligence – Wechsler Intelligence Scale for Children – 5th edition – WISC–V and the Kaufman Assessment Battery for Children – 2nd edition KABC–II. Both of these tests contain fluid intelligence scales. In the WISC–V, the Fluid Reasoning Index includes two subtests: Matrix Reasoning, Figure Weights; in the KABC–II, the Gf Scale also consists of two subtests: Story Completion and Pattern Reasoning. The sample include 48 children. The average age was 9,5 years, 52% were boys. All children passed both intelligence tests completely. Comparison of the test results did not reveal gender differences in the fluid intelligence index. However, the correlation structure of the results of both tests was different in the group of boys compared with the group of girls (in the group of boys, significantly more relationships were found out than in the group of girls), which confirms the hypothesis that the structure of fluid intelligence is dependent on gender.

Keywords: fluid intelligence, WISC–V, KABC–II, gender.

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

For citation: Nikolaeva A.Yu., Burdukova Yu.A., Alekseeva O.S., Rzhanova I.E., Britova V.S. Gender Aspect of Fluid Intelligence Diagnostics. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 4, pp. 99–114. DOI: 10.17759/cpse.2020090405 (In Russ.)

Введение

Проблема интеллектуального развития имеет богатую историю изучения. Еще в 60-х годах Р. Кеттел разработал трехуровневую модель интеллекта, в которой на первый уровень он поместил флюидный и кристаллизованный интеллект. Они обуславливаются индивидуальными различиями в строении и функционирования головного мозга и вовлечены во все познавательные процессы [5; 6].

По определению Р. Кеттела флюидный интеллект является свойственной индивиду способностью мыслить логически и находить решения проблем и задач в нестандартных условиях и вне зависимости от наличествующих знаний и навыков. Решая с его помощью встречающиеся на жизненном пути задачи, индивид приобретает различные общие и специализированные знания, и таким образом происходит формирование кристаллизованного интеллекта [5]. Таким образом, исходя из теории Р. Кеттела, на показатель общего интеллекта влияют врожденные задатки, опыт человека, а также социальная, образовательная и культурная среды,

в которой он пребывал с момента своего рождения. [6]. Ключевая сложность проверки теории интеллекта Р. Кеттела состояла в фактической невозможности разделения флюидного и кристаллизованного интеллекта, так как на практике указанные компоненты интеллекта имели очень высокие коэффициенты интеркорреляций, сливаясь в единый фактор. В 1949 году Р. Кеттел разработал тест, который позволил их разделять. Тест был разработан в трех вариантах и включал задания как для взрослых, так и для детей [5].

Впоследствии его теоретическая модель была дополнена Д. Хорном. Он подробнее описывает первый уровень факторов и относит к нему кратковременную и долговременную память, переработку визуальной и слуховой информации, скорость переработки информации, скорость принятия решений, способность к чтению и письму и способность к оперированию числами [11]. Это привело к тому, что флюидный интеллект стал пониматься довольно широко и включал в себя обучаемость, память, определенные грани мышления, становясь интегральной характеристикой.

Альтернативная модель интеллекта была разработана Д. Кэрролом, она также описывала три уровня факторов. Первый уровень – уровень общей способности – соответствовал сформулированному Ч. Спирменом понятию о факторе «g». Вторым уровнем составляли несколько широких способностей, среди которых флюидный и кристаллизованный интеллект, способности к зрительному и слуховому восприятию, скорость обработки информации, способности научения и памяти, извлечения информации из памяти. Третий уровень – уровень узких способностей – включал в себя специфические навыки, приобретаемые в течение жизни. Вследствие концептуальной близости моделей, их объединяют в единую иерархическую модель Кеттела–Хорна–Кэррола [21; 22].

Согласно модели Кеттела–Хорна–Кэррола флюидный интеллект представляет собой способность решать новые нестандартные задачи и лежит в основе множества мыслительных операций, обеспечивая гибкость в адаптации к вновь возникающим трудностям, а также в поиске путей их разрешения. Среди таких операций логические умозаключения, понимание скрытых смыслов, индуктивное и дедуктивное мышление и др.

Флюидный интеллект как любая комплексная характеристика когнитивной деятельности испытывает влияние различных факторов. К таким факторам прежде всего относятся возраст и пол. Своего пикового значения флюидный интеллект достигает в раннем взрослом возрасте, при этом неоднократно было показано, что с возрастом происходит снижение флюидного интеллекта, в отличие от кристаллизованного интеллекта. Так, например, в исследовании Дж. Хорна приняли участие 297 добровольцев, которых поделили на пять возрастных групп: 14–17 лет, 18–20 лет, 21–28 лет, 29–39 лет и 40–61 лет [12]. Применение дисперсионного анализа позволило выявить, что средний уровень флюидного интеллекта был систематически выше у молодых людей (по сравнению со взрослыми), а средний уровень кристаллизованного интеллекта был систематически выше у пожилых людей (относительно молодых людей). Данные относительно возрастных изменений флюидного интеллекта в целом подтверждаются различными исследовательскими

группами [3; 4]. Полноценное понимание флюидного интеллекта и его возрастной динамики невозможно без понимания о том, как протекают обеспечивающие его нейрофизиологические процессы. Согласно результатам современных исследований с применением методов нейровизуализации особо значимый вклад во флюидный интеллект вносят префронтальные зоны коры головного мозга [1; 7; 8; 16; 24]. Таким образом, причина возрастных изменений флюидного интеллекта – общее снижение когнитивных функций, прежде всего памяти, на которую он в большой степени опирается [26].

Что касается половых различий во флюидном интеллекте, то здесь согласованности в исследовательских данных существенно меньше. Например, в работе Р. Колома и коллег были собраны данные более чем четырех тысяч испытуемых, однако систематических различий по флюидному интеллекту между мужчинами и женщинами выявлено не было [9]. Исследование проведено на высоком методическом уровне и является достаточно убедительным. Однако в ряде работ были получены противоположные результаты, где утверждается, что мужчины имеют более высокие результаты по показателю флюидного интеллекта, чем женщины [19]. Это противоречие в результатах может свидетельствовать о наличии скрытых факторов, которые могут влиять на степень проявления флюидного интеллекта, что может объяснить полученную разницу между мужчинами и женщинами на более маленькой выборке в исследовании К. МакКан, и которые могут «маскироваться» в больших выборках, как в исследовании Р. Колома.

Для дальнейшей дискуссии по этому вопросу ключевым является исследование К-П. Данга и коллег [10], в котором была выявлена связь флюидного интеллекта и зрительно-пространственной рабочей памяти. Здесь важно отметить, что пространственные способности мужчин выражены лучше, чем у женщин, в то время как женщины чаще лидируют в зрительном поиске и вербальных способностях [9; 20].

Таким образом, на основании данных литературы, нами была сформулирована гипотеза, что при среднем одинаковом значении флюидного интеллекта у мальчиков и девочек, он может в разной степени опираться на различные когнитивные навыки в зависимости от пола, то есть, по сути, обладать разной структурой связей.

Методы

Выборка. Выборку составили 48 детей в возрасте от 8 лет до 11 лет ($M=9,55$ лет, $SD=0,82$), из них 25 человек – мальчики. Все испытуемые являлись учениками одной общеобразовательной школы. В исследовании приняли участие дети узкого возрастного диапазона (от 8 до 11 лет), учащиеся физико-математического лицея. Тестирование проводилось в школе с согласия родителей и по официальному договору с администрацией.

Методики. Для проверки нашего предположения нам необходима была методика, оценивающая не просто общий показатель флюидного интеллекта, а позволяющая по отдельности оценивать составляющие его факторы. Для надежности в нашем исследовании использовались два наиболее известных теста

общего интеллекта: тест А. и Н. Кауфманов второй редакции [14] и детский тест Векслера пятой версии [27]. Оба теста сконструированы на основе модели интеллекта Кеттела–Хорна–Кэррола. Каждая методика имеет свои уникальные задания, предназначенные для измерения флюидного интеллекта.

В тесте Векслера (WISC-V) анализировался индекс флюидного интеллекта, который измеряется субтестами «Матрицы» и «Вес фигур» [27]. Для того, чтобы оценить связь флюидного интеллекта с другими когнитивными характеристиками, нами были взяты следующие шкалы: Индекс вербальной понятливости (субтесты «Словарный» и «Сходство»); Зрительно-пространственный индекс (субтесты «Кубики Коса» и «Визуальные пазлы»); Индекс рабочей памяти (субтесты «Повторение цифр» и «Запоминание картинок»); Индекс скорости обработки информации (субтесты «Кодировка» и «Поиск символа»), а также общий балл IQ–основная оценка уровня когнитивного развития ребенка, которая учитывает результаты всех проведенных субтестов.

В тесте Кауфманов (КАВС-II) [14] также анализировалась шкала флюидного интеллекта, в которую входят субтесты «Завершение истории» и «Завершение логической последовательности». Кроме того, для оценки связи флюидного интеллекта с другими параметрами были взяты интегральные шкалы кратковременной памяти (субтесты «Запоминание цифр» и «Порядок слов»); визуального мышления (субтесты «Ровер» и «Треугольники»; долговременной памяти (субтесты «Атлантис» и «Ребус»); показатель общего интеллекта.

Процедура. Процедура тестирования проходила в два этапа. Чтобы избежать эффекта порядка вопросов, на одной половине выборки на первой встрече применялся тест Кауфманов, а на второй – тест Векслера; для второй половины выборки был обратный порядок. Интервал между проведением методик составлял от 3 до 75 дней, средний интервал – 21 день.

Статистический анализ данных. Для обнаружения связей между интересующими нас шкалами и субтестами был использован коэффициент корреляции Пирсона. Для оценки нормальности распределения использовался критерий Лиллиефорса, значимых отклонений от нормального распределения обнаружено не было ($p > 0,2$). Для выявления половых различий для различных шкал и субтестов использовался t-критерий Стьюдента. Обработка данных осуществлялась в программе SPSS v. 23.0.

Результаты

Прежде всего необходимо было проверить, насколько согласованы между собой выбранные нами методики. Для этого были рассчитаны коэффициенты корреляции Пирсона между общим результатом по каждому из тестов, а также между результатами по шкалам флюидного интеллекта и входящими в них субтестами. Полученные коэффициенты корреляции представлены в таблице 1. Как видно из таблицы, оба теста, их шкалы и субтесты имеют умеренные корреляции, однако связи для субтеста «Завершение историй» менее значимы, чем для субтеста «Завершение логической последовательности».

Таблица 1

**Значения коэффициентов корреляция между
 интегральными показателями для КАВС-II и WISC-V и между субшкалами
 флюидного интеллекта и их субтестами**

	Завершение историй	Завершение логической последовательности	Флюидный интеллект (КАВС-II)	Общий балл (КАВС-II)
Матрицы	0,27	0,54**	0,49**	0,53**
Вес фигур	0,31*	0,49**	0,51**	0,56**
Индекс флюидного интеллекта (WISC-V)	0,35*	0,63**	0,60**	0,65**
Общий балл (WISC-V)	0,37*	0,56**	0,57**	0,76**

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

Для общего анализа половых различий нами был использован t-критерий Стьюдента. Полученные значения t-критерий Стьюдента представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Различия между мальчиками и девочками для тестов КАВС-II и WISC-V,
 а также субшкал флюидного интеллекта и их субтестов**

Показатели	M±SD мальчики	M±SD девочки	t-критерий Стьюдента	p
Завершение историй	11,1±2,3	12,4±1,41	-1,55	0,13
Завершение логической последовательности	11,8±2,0	12,7±0,92	-0,98	0,33
Флюидный интеллект (КАВС-II)	108,4±13,45	115,5±17,6	-1,52	0,14
Общий балл (КАВС-II)	115,4±18,6	111,2±14,96	1,12	0,27
Матрицы	11,5±11,74	12,3±14,43	-0,89	0,38
Вес фигур	13,1±10,83	12,3±12,32	1,23	0,23
Индекс флюидного интеллекта (WISC-V)	113,5±20,54	113,2±15,31	0,07	0,94
Общий балл (WISC-V)	116,8±17,49	117,6±15,23	-0,23	0,82

Значимых различий при выполнении субтестов, входящих в шкалы флюидного интеллекта КАВС-II и WISC-V, а также различий в итоговых баллах по собственно шкалам флюидного интеллекта и шкалам общего интеллекта между испытуемыми мужского и женского пола не обнаружено.

Также мы проанализировали структуру связей шкал флюидного интеллекта отдельно на выборках мальчиков и девочек. При детальном анализе половых различий мы обнаружили, что из шестнадцати коэффициентов корреляции между КАВС-II и WISC-V, рассчитанных для испытуемых мужского пола, почти все оказались статистически значимыми (табл. 3). Однако в группе девочек картина корреляций была совершенно другой (табл. 4).

Таблица 3

Корреляции между шкалами КАВС-II и WISC-V в группе мальчиков

	Завершение историй	Завершение логической последовательности	Флюидный интеллект (КАВС-II)	Общий балл (КАВС-II)
Матрицы	0,54**	0,61**	0,72**	0,77**
Вес фигур	0,28	0,57**	0,56**	0,61**
Индекс флюидного интеллекта (WISC-V)	0,46*	0,66**	0,71**	0,77**
Общий балл (WISC-V)	0,54**	0,57**	0,68**	0,86**

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

Таблица 4

Корреляции между шкалами КАВС-II и WISC-V в группе девочек

	Завершение историй	Завершение логической последовательности	Флюидный интеллект (КАВС-II)	Общий балл (КАВС-II)
Матрицы	-0,17	0,41	0,14	0,18
Вес фигур	0,48*	0,49*	0,59**	0,47*
Индекс флюидного интеллекта (WISC-V)	0,21	0,61**	0,49*	0,42*
Общий балл (WISC-V)	0,11	0,52**	0,41	0,59**

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

Мы сопоставили результаты статистического анализа и обнаружили, что у девочек показатели по субтесту «Матрицы» значимо не коррелируют ни с одним из показателей флюидного интеллекта теста Кауфманов, тогда как у мальчиков именно этот субтест дает самые высокие корреляции. Субтест «Завершение историй» в группе девочек оказывается связан только с субтестом «Вес фигур». У мальчиков наблюдается противоположная картина: субтест «Завершение историй» значимо коррелирует со всеми показателями шкалы флюидного интеллекта теста Векслера, кроме субтеста «Вес фигур». Подобные результаты соответствуют гипотезе о наличии различий в структуре когнитивных связей детей мужского и женского пола.

Различные картины корреляций в группах мальчиков и девочек по субтестам, составляющим показатели флюидного интеллекта, позволили предположить, что разные связи будут наблюдаться и при анализе корреляций с другими интегральными показателями. Было выявлено, что в группе мальчиков показатели по субтестам, измеряющим флюидный интеллект, демонстрируют корреляции со зрительно-пространственными индексами как теста Кауфманов, так и теста Векслера, а также с баллами по индексу рабочей памяти и вербальным показателем. В группе девочек значимых взаимосвязей было обнаружено существенно меньше: показатели по субтестам «Завершение логической последовательности» и «Вес фигур» связаны с вербальным индексом, по субтесту «Матрицы» – со зрительно пространственным индексом. Для субтеста «Завершение историй» значимых взаимосвязей обнаружено не было.

Таблица 5

Корреляции между субтестами «Завершение историй» и «Матрицы» и интегральными шкалами тестов КАВС-II и WISC-V

	Завершение историй		Завершение логической последовательности		Матрицы		Вес фигур	
	М	Д	М	Д	М	Д	М	Д
Шкала кратковременной памяти (КАВС-II)	0,19	-0,17	0,33	-0,02	0,54**	-0,24	0,36	-0,04
Шкала визуального мышления (КАВС-II)	0,47*	-0,02	0,41*	0,18	0,60**	0,36	0,50*	0,26
Шкала долговременной памяти (КАВС-II)	0,09	0,12	0,35	0,37	0,22	0,08	0,29	0,14
Индекс вербальной понятливости (WISC-V)	0,51**	0,24	0,24	0,45*	0,60**	0,19	0,48*	0,46*
Зрительно-пространственный индекс (WISC-V)	0,50*	0,12	0,46*	0,36	0,59**	0,63**	0,55**	0,18
Индекс рабочей памяти (WISC-V)	0,48*	-0,05	0,46*	0,26	0,61**	0,19	0,35	0,00
Индекс скорости обработки информации (WISC-V)	0,22	-0,02	0,41*	0,04	0,27	-0,10	0,29	0,15

Примечание. * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$. М – мальчики, Д – девочки.

Таким образом, полученные в исследовании результаты подтверждают предположение о наличии различий в структуре когнитивных связей у детей разных полов.

Обсуждение результатов

Два самых популярных теста интеллекта – тест Кауфманов и тест Векслера широко применяются в мировом сообществе, однако не проходили полноценной адаптации на русском языке. Мы сравнили полученные нами результаты с аналогичным исследованием, проведенным на американской выборке [27]. Результаты нашего исследования согласуются с результатами аналогичных проводившихся ранее исследований с использованием предшествующих редакций тестов Кауфманов и Векслера: коэффициенты корреляции между субтестами, измеряющими аналогичные когнитивные факторы, оказались высоки (табл. 6). В американском исследовании приняли участие 89 детей от 6 до 16 лет; минимальный интервал между этапами исследования составил 14 дней, максимальный – 70 дней, средний интервал – 22 дня. Для выборки размером $N=89$ при $p=0,05$ вывод о статистической значимости полученного коэффициента корреляции можно сделать при $r \geq 0,21$.

Таблица 6

Корреляции между субтестами KABC-II и WISC-V (американское исследование)

	Завершение истории	Завершение логической последовательности	Флюидный интеллект (KABC-II)	Общий балл (KABC-II)
Матрицы	0,15	0,57	0,45	0,55
Вес фигур	0,24	0,37	0,37	0,43
Индекс флюидного интеллекта (WISC-V)	0,24	0,57	0,5	0,6
Общий балл (WISC-V)	0,26	0,6	0,54	0,77

Любопытным представляется тот факт, что результаты по субтесту «Завершение истории» теста Кауфманов как на нашей, так и на американской выборке имеют более низкие корреляции с остальными показателями (табл. 1 и 6). Можно предположить, что навык построения истории по незавершенным картинкам сильно отличается от остальных когнитивных навыков, входящих во флюидный интеллект. Например, он в большей степени может задействовать понимание социальных ситуаций, которые практически не требуются в решении остальных задач.

Анализ основных связей между двумя тестами и их шкалами позволяет предположить, что большинство связей на смешанной выборке объясняются результатами, полученными на выборке мальчиков (табл. 1 и 3). Притом что

структура связей между различными блоками флюидного интеллекта у мальчиков более выражена, а в группе девочек показатели по отдельным шкалам ведут себя независимо друг от друга, и для мальчиков, и для девочек общие показатели по флюидному интеллекту для обоих тестов сильно скоррелированы. Это дает основание предполагать, что блоки флюидного интеллекта имеют разную структуру связей для мальчиков и девочек при отсутствии различий в показателях самого флюидного интеллекта.

В мировой научной литературе нам не удалось найти аналогичных исследований. Мы можем только предполагать, что наши результаты объясняются различиями в структуре когнитивных характеристик у мальчиков и девочек. В исследовании Р. Колома и О. Гарсия-Лопеца было показано, что наличие или отсутствие половых различий во флюидном интеллекте определяется используемым методом диагностики [9]. Если при тестировании флюидного интеллекта предъявляются не только зрительно-пространственные, но и вербальные задания, то женщины показывают более высокие результаты. Наши результаты среди немногочисленных когнитивных связей обнаружили на выборке девочек связь флюидного интеллекта с вербальной компетентностью. Различия в картине взаимосвязей в группах мальчиков и девочек позволяет выдвинуть предположение, что пол является определяющим фактором того, с какими именно когнитивными способностями связан флюидный интеллект. Мальчики при равных по сравнению с девочками показателях флюидного интеллекта скорее опираются на зрительно-пространственные функции и различные виды памяти. В то время как в группе девочек возможна опора на вербальные способности. Такие различия могут быть связаны с влиянием пола на другие когнитивные характеристики. Например, в ряде исследований было показано, что у девочек выше вербальные способности, в то время как у мальчиков выше способности к абстрактному мышлению [13; 15; 18; 23; 25]. Еще одно объяснение связано с возрастом испытуемых: известно, что развитие мальчиков и девочек происходит неравномерно, в определенные возрастные периоды то девочки, то мальчики опережают друг друга по ряду когнитивных способностей, что может оказать влияние на полученные различия в организации структуры флюидного интеллекта [17].

Таким образом, мы обнаружили, что существует согласованность показателей флюидного интеллекта, полученных с помощью двух самых широко распространенных тестов интеллекта, теста Кауфман второй редакции и теста Векслера пятой редакции. Как и предполагалось, не было обнаружено различий в показателях флюидного интеллекта у девочек и мальчиков, но были выявлены расхождения в структуре когнитивных связей в разнополых выборках. Наше исследование является пилотным, и проведено на определенной выборке, что может влиять на результаты, однако уже можно предполагать, что выбор диагностического инструментария может оказывать существенное влияние исследуемые характеристики в разнополых группах. Безусловно, вопрос межполовых различий структуры когнитивных характеристик нуждается в дальнейших исследованиях. Это довольно специфическая выборка, которая не может отражать всю популяцию, поэтому результаты, полученные на текущей выборке, нуждаются в дополнительной проверке с привлечением большего числа испытуемых разных возрастных групп.

Литература

1. Ржанова И.Е., Бритова В.С., Алексеева О.С. и др. Флюидный интеллект: обзор зарубежных исследований [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 4. С. 19–43. DOI: 10.17759/psyclin.2018070402 (дата обращения 20.12.2020)
2. Bors D.A., Forrin B. Age, speed of information processing, recall, and fluid intelligence // Intelligence. 1995. Vol. 20. № 3. P. 229–248. DOI: 10.1016/0160-2896(95)90009-8
3. Bugg J.M., Zook N.A., De Losh E.L. et al. Age differences in fluid intelligence: contributions of general slowing and frontal decline // Brain and cognition. 2006. Vol. 62. № 1. P. 9–16. DOI: 10.1016/j.bandc.2006.02.006
4. Cattell R.B. Culture Free Intelligence Test. Champaign, IL: Institute of Personality and Ability Testing, 1949. 87 p.
5. Cattell R.B. Intelligence: Its structure, growth and action. New York: Elsevier, 1987. 693 p.
6. Cattell R.B. The theory of fluid and crystallized intelligence: A critical experiment // Journal of Educational Psychology. 1963. Vol. 54. № 1. P. 1–22.
7. Christoff K., Prabhakaran V., Dorfman J. et al. Rostrolateral prefrontal cortex involvement in relational integration during reasoning // Neuroimage. 2001. Vol. 14. № 5. P. 1136–1149. DOI: 10.1006/nimg.2001.0922
8. Christoff K., Ream J.M., Geddes L.P. et al. Evaluating self-generated information: anterior prefrontal contributions to human cognition // Behavioral Neuroscience. 2003. Vol. 117. № 6. P. 1161–1168. DOI: 10.1037/0735-7044.117.6.1161
9. Colom R., García-López O. Sex differences in fluid intelligence among high school graduates // Personality and Individual Differences. 2002. Vol. 32. № 3. P. 445–451. DOI: 10.1016/S0191-8869(01)00040-X
10. Dang C-P., Braeken J., Ferrer E. et al. Unitary or non-unitary nature of working memory? Evidence from its relation to general fluid and crystallized intelligence // Intelligence. 2012. Vol. 40. № 5. P. 499–508. DOI: 10.1016/j.intell.2012.05.002
11. Horn J.L., Blankson N. Foundations for a better understanding of cognitive abilities // In D.P. Flanagan, P.L. Harrison (Eds.), Contemporary Intellectual Assessment: Theories, Tests, and Issues. New York: Guilford Press, 2005. P. 41–68.
12. Horn J.L., Cattell R.B. Age differences in fluid and crystallized intelligence // Acta Psychologica. 1967. Vol. 26. P. 107–129. DOI: 10.1016/0001-6918(67)90011-X
13. Huang J. An investigation of gender differences in cognitive abilities among Chinese high school students // Personality and Individual Differences. 1993. Vol. 15. № 6. P. 717–719. DOI: 10.1016/0191-8869(93)90012-R
14. Kaufman A.S., Kaufman N.L. Kaufman Assessment Battery for Children. 2nd ed. Circle Pines, MN: American Guidance Service, 2004. 153 p.

15. *Kimura D., Hampson E.* Neural and hormonal mechanisms mediating sex differences in cognition // In P.A. Vernon (Ed.), *Biological approaches to the study of human intelligence*. New Jersey: Ablex Publishing, 1993. 412 p.
16. *Kroger J.K., Sabb F.W., Fales C.L. et al.* Recruitment of anterior dorsolateral prefrontal cortex in human reasoning: a parametric study of relational complexity // *Cerebral Cortex*. 2002. Vol. 12. № 5. P. 477–485. DOI: 10.1093/cercor/12.5.477
17. *Lynn R.* Sex differences in brain size and intelligence. A paradox resolved // *Personality and Individual Differences*. 1994. Vol. 17. P. 257–271. DOI: 10.1016/0191-8869(94)90030-2
18. *Lynn R., Allik J., Pullmann H. et al.* Sex differences on the progressive matrices among adolescents: Some data from Estonia // *Personality and Individual Differences*. 2004. Vol. 36. P. 1249–1255. DOI: 10.1016/S0191-8869(02)00240-4
19. *MacCann C.* Further examination of emotional intelligence as a standard intelligence: A latent variable analysis of fluid intelligence, crystallized intelligence, and emotional intelligence // *Personality and Individual Differences*. 2010. Vol. 49. № 5. P. 490–496. DOI: 10.1016/j.paid.2010.05.010
20. *Maitland S.B., Intrieri R.C., Schaie K.W. et al.* Gender differences and changes in cognitive abilities across the adult life span // *Aging, Neuropsychology, and Cognition*. 2000. Vol. 7. № 1. P. 32–53. DOI: 10.1076/anec.7.1.32.807
21. *McGrew K.S.* CHC theory and the human cognitive abilities project: Standing on the shoulders of the giants of psychometric intelligence research // *Intelligence*. 2009. Vol. 37. № 1. P. 1–10. DOI: 10.1016/j.intell.2008.08.004
22. *McGrew K.S.* The Cattell–Horn–Carroll theory of cognitive abilities: Past, present, and future // In D.P. Flanagan, P.L. Harrison (Eds.), *Contemporary Intellectual Assessment: Theories, Tests, and Issues* / New York: Guilford Press, 2005. P. 136–181.
23. *Saucier D.M., Elias L.J., Nylen K.* Are colours special? An examination of the female advantage for speeded colour naming // *Personality and Individual Differences*. 2002. Vol. 32. № 1. P. 27–35. DOI: 10.1016/S0191-8869(00)00234-8
24. *Smith R., Keramatian K., Christoff K.* Localizing the rostrolateral prefrontal cortex at the individual level // *Neuroimage*. 2007. Vol. 36. № 4. P. 1387–1396. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2007.04.032
25. *Steinmayr R., Beauducel A., Spinath B.* Do sex differences in a faceted model of fluid and crystallized intelligence depend on the method applied? // *Intelligence*. 2010. Vol. 38. P. 101–110. DOI: 10.1016/j.intell.2009.08.001
26. *Verhaeghen P., Salthouse T.A.* Meta-analyses of age–cognition relations in adulthood: Estimates of linear and nonlinear age effects and structural models // *Psychological Bulletin*. 1997. Vol. 122. № 3. P. 231. DOI: 10.1037/0033-2909.122.3.231
27. *Wechsler D.* Wechsler Intelligence Scale for Children. Fifth Edition. San Antonio, TX: Pearson, 2014. 267 p.

References

1. Rzhanova I.E., Britova V.S., Alekseeva O.S. et al. Fljuidnyj intellekt: obzor zarubezhnyh issledovanij [Fluid Intelligence: Review of Foreign Studies]. *Klinicheskaja i special'naja psihologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2018, vol. 7, no. 4, pp. 19–43. DOI: 10.17759/psycljn.2018070402 (In Russ., abstr. In Engl.). (Accessed 20.12.2020).
2. Bors D.A., Forrin B. Age, speed of information processing, recall, and fluid intelligence. *Intelligence*, 1995, vol. 20, no. 3, pp. 229–248. DOI: 10.1016/0160-2896(95)90009-8
3. Bugg J.M., Zook N.A., De Losh E.L. et al. Age differences in fluid intelligence: contributions of general slowing and frontal decline. *Brain and Cognition*, 2006, vol. 62, no. 1, pp. 9–16. DOI: 10.1016/j.bandc.2006.02.006
4. Cattell R.B. Culture Free Intelligence Test. Champaign, IL: Institute of Personality and Ability Testing, 1949. 87 p.
5. Cattell R.B. Intelligence: Its structure, growth and action. New York: Elsevier, 1987. 693 p.
6. Cattell R.B. The theory of fluid and crystallized intelligence: A critical experiment. *Journal of Educational Psychology*, 1963, vol. 54, no. 1, pp. 1–22.
7. Christoff K., Prabhakaran V., Dorfman J. et al. Rostrolateral prefrontal cortex involvement in relational integration during reasoning. *Neuroimage*, 2001, vol. 14, no. 5, pp. 1136–1149. DOI: 10.1006/nimg.2001.0922
8. Christoff K., Ream J.M., Geddes L.P. et al. Evaluating self-generated information: anterior prefrontal contributions to human cognition. *Behavioral Neuroscience*, 2003, vol. 117, no. 6, pp. 1161–1168. DOI: 10.1037/0735-7044.117.6.1161
9. Colom R., García-López O. Sex differences in fluid intelligence among high school graduates. *Personality and Individual Differences*, 2002, vol. 32, no. 3, pp. 445–451. DOI: 10.1016/S0191-8869(01)00040-X
10. Dang C-P., Braeken J., Ferrer E. et al. Unitary or non-unitary nature of working memory? Evidence from its relation to general fluid and crystallized intelligence. *Intelligence*, 2012, vol. 40, no. 5, pp. 499–508. DOI: 10.1016/j.intell.2012.05.002
11. Horn J.L., Blankson N. Foundations for a better understanding of cognitive abilities. In D.P. Flanagan, P.L. Harrison (eds.), *Contemporary Intellectual Assessment: Theories, Tests, and Issues*. New York: Guilford Press, 2005, pp. 41–68.
12. Horn J.L., Cattell R.B. Age differences in fluid and crystallized intelligence. *Acta Psychologica*, 1967, vol. 26, pp. 107–129. DOI: 10.1016/0001-6918(67)90011-X
13. Huang J. An investigation of gender differences in cognitive abilities among Chinese high school students. *Personality and Individual Differences*, 1993, vol. 15, no. 6, pp. 717–719. DOI: 10.1016/0191-8869(93)90012-R

14. Kaufman A.S., Kaufman N.L. Kaufman Assessment Battery for Children. 2nd ed. Circle Pines, MN: American Guidance Service, 2004. 153 p.
15. Kimura D., Hampson E. Neural and hormonal mechanisms mediating sex differences in cognition. In P.A. Vernon (ed.), *Biological Approaches to the Study of Human Intelligence*. New Jersey: Ablex Publishing, 1993. 412 p.
16. Kroger J.K., Sabb F.W., Fales C.L. et al. Recruitment of anterior dorsolateral prefrontal cortex in human reasoning: a parametric study of relational complexity. *Cerebral Cortex*, 2002, vol. 12, no. 5, pp. 477–485. DOI: 10.1093/cercor/12.5.477
17. Lynn R. Sex differences in brain size and intelligence. A paradox resolved. *Personality and Individual Differences*, 1994, vol. 17, pp. 257–271. DOI: 10.1016/0191-8869(94)90030-2
18. Lynn R., Allik J., Pullmann H. et al. Sex differences on the progressive matrices among adolescents: Some data from Estonia. *Personality and Individual Differences*, 2004, vol. 36, pp. 1249–1255. DOI: 10.1016/S0191-8869(02)00240-4
19. MacCann C. Further examination of emotional intelligence as a standard intelligence: A latent variable analysis of fluid intelligence, crystallized intelligence, and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 2010, vol. 49, no 5, pp. 490–496. DOI: 10.1016/j.paid.2010.05.010
20. Maitland S.B., Intrieri R.C., Schaie K.W., et al. Gender differences and changes in cognitive abilities across the adult life span. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 2000, vol. 7, no. 1, pp. 32–53. DOI: 10.1076/anec.7.1.32.807
21. McGrew K.S. CHC theory and the human cognitive abilities project: Standing on the shoulders of the giants of psychometric intelligence research. *Intelligence*, 2009, vol. 37, no. 1, pp. 1–10. DOI: 10.1016/j.intell.2008.08.004
22. McGrew K.S. The Cattell–Horn–Carroll theory of cognitive abilities: Past, present, and future. In P.D. Flanagan, P.L. Harrison (eds.), *Contemporary Intellectual Assessment: Theories, Tests, and Issues*. New York: Guilford Press, 2005, pp. 136–181.
23. Saucier D.M., Elias L.J., Nylén K. Are colours special? An examination of the female advantage for speeded colour naming. *Personality and Individual Differences*, 2002, vol. 32, no. 1, pp. 27–35. DOI: 10.1016/S0191-8869(00)00234-8
24. Smith R., Keramatian K., Christoff K. Localizing the rostrolateral prefrontal cortex at the individual level. *Neuroimage*, 2007, vol. 36, no. 4, pp. 1387–1396. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2007.04.032
25. Steinmayr R., Beauducel A., Spinath B. Do sex differences in a faceted model of fluid and crystallized intelligence depend on the method applied? *Intelligence*, 2010, vol. 38, pp. 101–110. DOI: 10.1016/j.intell.2009.08.001
26. Verhaeghen P., Salthouse T.A. Meta-analyses of age–cognition relations in adulthood: Estimates of linear and nonlinear age effects and structural models. *Psychological Bulletin*, 1997, vol. 122, no. 3, pp. 231. DOI: 10.1037/0033-2909.122.3.231

Николаева А.Ю., Бурдукова Ю.А., Алексеева О.С. и др.
Половая специфика диагностики флюидного интеллекта
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 99–114.

Nikolaeva A.Yu., Burdukova Yu.A., Alekseeva O.S. et al.
Gender Aspect of Fluid Intelligence Diagnostics
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 99–114.

27. Wechsler D. Wechsler Intelligence Scale for Children. Fifth Edition. San Antonio, TX: Pearson, 2014. 267p.

Информация об авторах

Николаева Анастасия Юрьевна, научный сотрудник, Научно-образовательный центр нейрокогнитивных исследований, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7323-8528>; e-mail: nikolaevaayu@mgppu.ru

Бурдукова Юлия Андреевна, кандидат психологических наук, доцент, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4827-2040>; e-mail: julia_burd@inbox.ru

Алексеева Ольга Сергеевна, научный сотрудник, Психологический институт Российской академии образования (ФГБНУ ПИ РАО), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0794-2327>; e-mail: olga_alexeeva@mail.ru

Ржанова Ирина Евгеньевна, научный сотрудник, Психологический институт Российской академии образования (ФГБНУ ПИ РАО), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8100-8917>; e-mail: irinarzhanova@mail.ru

Бритова Виктория Сергеевна, студент, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0001-3576>; e-mail: vsbritova@gmail.com

Information about the authors

Anastasiya Yu. Nikolaeva, Research Associate, Center for Neurocognitive Research, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7323-8528>; e-mail: nikolaevaayu@mgppu.ru

Yulia A. Burdukova, PhD (Psychology), Assistant Professor, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4827-2040>; e-mail: julia_burd@inbox.ru

Olga S. Alekseeva, Research Fellow, Psychological Institute of Russian Academy of Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0794-2327>; e-mail: olga_alexeeva@mail.ru

Irina E. Rzhanova, Research Fellow, Psychological Institute of Russian Academy of Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0794-2327>; e-mail: irinarzhanova@mail.ru

Viktoriya S. Britova, Student, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0001-3576>; e-mail: vsbritova@gmail.com

Получена: 16.06.2020

Received: 16.06.2020

Принята в печать: 11.11.2020

Accepted: 11.11.2020

Снижение уровня агрессивности и тревожности приемных детей подросткового возраста методом сказкотерапии

Стишенок И.В.

*Гомельский областной институт развития образования, г. Гомель, Беларусь
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2826-0114>; e-mail: irina.stishenok@mail.ru*

В статье приводятся результаты эмпирического исследования снижения уровня агрессивности и тревожности приемных детей подросткового возраста методом сказкотерапии. Актуальность обусловливается увеличением количества приемных семей и недостаточной изученностью методов психокоррекции негативных проявлений в эмоциональной и поведенческой сферах у приемных детей. В исследовании участвовали 62 подростка в возрасте 12–16 лет ($M=13,4$; $SD=1,2$), из которых 23 мальчика и 39 девочек), проживающих в приемных семьях в г. Гомель. В экспериментальную группу вошел 31 подросток из приемных семей, с каждым из которых проводилась коррекционная работа методом сказкотерапии. Контрольную группу составил 31 подросток из приемных семей. В исследовании использовались опросник «Диагностика состояния агрессии» А. Басса, А. Дарки (в адаптации А.К. Осницкого, 1998 г.), Тест школьной тревожности Б. Филлипса (в адаптации Н.П. Кондратьевой, 1995 г.). На основании полученных результатов делается вывод о том, что достоверно снизились средние значения по таким шкалам, как физическая агрессия и индекс враждебности. В экспериментальной группе по сравнению с контрольной на III диагностическом срезе значительно снизились средние значения по таким шкалам агрессии, как подозрительность и индекс враждебности. Подростки экспериментальной группы чувствуют уверенность в общении с учителями, волнение при ответе учителю у подростков данной группы находится в пределах нормы. При этом число подростков экспериментальной группы после коррекционного воздействия, которые адекватно и спокойно реагируют на взаимоотношения со взрослыми в школе, увеличилось.

Ключевые слова: подросток, приемные дети, тревожность, агрессивность, сказкотерапия.

Для цитаты: Стишенок И.В. Снижение уровня агрессивности и тревожности приемных детей подросткового возраста методом сказкотерапии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 115–127. DOI: 10.17759/cpse.2020090406

Normalization of Aggressiveness and Anxiety of Foster Children of Adolescent Age Through the Method of Fairy-Tale Therapy

Iryna V. Stsishanok

Gomel Regional Institute of Educational Development, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2826-0114>; e-mail: irina.stishenok@mail.ru

The article presents the results of an empirical study of reducing the level of aggressiveness and anxiety in foster adolescents by fairy-tale therapy. The relevance is due to the increase in the number of foster families and the lack of knowledge of methods of psychological correction of negative manifestations in the emotional and behavioral spheres in foster children. The study involved 62 adolescents aged 12–16 years ($M=13,4$; $SD=1,2$), among which 23 boys and 39 girls) living in foster homes in Gomel. The experimental group included 31 teenagers from foster families, with each of whom correctional work was carried out by the method of fairy-tale therapy. The control group consisted of 31 teenagers from foster families. The study used the questionnaire “Diagnosis of the State of Aggression” by A. Bass, A. Darki (adapted by A.K. Osnitsky, 1998), the B. Phillips School Anxiety Test (adapted by N.P. Kondratieva, 1995). Based on the results obtained, it is concluded that the average values for such scales as physical aggression and hostility index significantly decreased. In the experimental group, compared with the control group, the average values for such scales of aggression as suspicion and hostility index significantly decreased at the III diagnostic cross-section. Adolescents of the experimental group feel confident in communicating with teachers, and the excitement of answering the teacher in adolescents of this group is within the normal range. At the same time, the number of adolescents of the experimental group after corrective action, who adequately and calmly respond to relationships with adults at school, increased.

Keywords: teenager, foster children, anxiety, aggression, fairy-tale therapy.

For citation: Stsishanok I.V. Normalization of Aggressiveness and Anxiety of Foster Children of Adolescent Age Through the Method of Fairy-Tale Therapy. *Klinicheskaiia i spetsial'naiia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 4, pp. 115–127. DOI: 10.17759/cpse.2020090406 (In Russ.)

Введение

В данной статье мы сосредоточились на изучении эффективности применения метода сказкотерапии в отношении психокоррекции негативных проявлений

агрессивности и тревожности у подростков, попавших в приемные семьи и относящихся к двум категориям: дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей. Стоит обозначить, что в соответствии с Законом Республики Беларусь «О гарантиях по социальной защите детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, а также лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» [5], дети-сироты – это «лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель», а также дети, оставшиеся без попечения родителей – это «лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного или обоих родителей вследствие лишения родителей родительских прав» [5].

Влияние поведения родителей и их отношения на личность ребенка считаются ключевыми [19]. Одним из важных факторов, влияющих на развитие детей-сирот, является проживание в детских домах и воспитание сменяющими друг друга педагогическими работниками [1]. Поэтому у детей, проживающих в детских домах, происходят изменения в эмоциональной сфере, сопровождаемые чувствами тревоги и агрессии, меняются их поведение, взгляды на мир и отношения с окружающими. Вопросы нарушения поведения детей-сирот, манифестирующие в форме агрессивного поведения и повышенной тревожности, изучали К. Обуховский, Дж. Уотсон и К. Рэйми, К. Хорни. В 80–90-х гг. прошлого столетия были проведены исследования М.И. Лисиной, В.С. Мухиной, А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых и других ученых, каждое из которых подчеркивает факт негативных последствий институционального воспитания.

Вопрос психологического сопровождения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, отражен в работах А.А. Аладьина, В.Н. Ослон, И.А. Фурманова, Н.В. Фурмановой. В них были описаны специфические проблемы, свойственные данной категории детей: отсутствие увлечений, интересов, способности к эмоциональному контакту с другими, активности и самостоятельности и, наоборот, наличие избыточной тревожности и враждебности [13; 21].

Сегодня в Республике Беларусь благодаря социальной политике, ориентированной на поддержку детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также на распространение семейного воспитания, осуществляется плановое закрытие государственных интернатных учреждений. Развивается система замещающей семейной заботы, где в условиях поддержки приемных родителей дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, получают возможность удовлетворять целый комплекс необходимых для их гармоничного развития потребностей, главными из которых являются потребности в любви и безопасности. Приемная семья позволяет вовремя оказать необходимую помощь и поддержку ребенку-сироте [13]. Однако ранний детский опыт такого сироты формирует один из серьезнейших феноменов сиротства – «утрату базового доверия к миру», которая проявляется в агрессивности, подозрительности, неспособности к автономной жизни [14]. Этот феномен отражается на психоэмоциональном благополучии подростков и даже при проживании в приемной семье может вызвать у них негативные личностные изменения, привести к неконструктивным формам поведения. Так же сильно выраженной может быть и агрессивность подростков в отношении взрослых [20].

А.И. Малинок отмечает, что «процесс вхождения ребенка в замещающую семью можно охарактеризовать как период формирования психологической и эмоциональной защищенности, основанного на доверии ребенка к родителям» [9, с. 83]. При этом уже имеющиеся нарушения привязанности, приобретенные психологические травмы и трудности социально-психологического характера являются основными проблемами при адаптации подростка к новой семье [9].

Очевидно, что просто помещения подростка в приемную семью оказывается недостаточно, т.к. требуется специальная психологическая работа, направленная на создание у него целостного позитивного субъективного опыта и изменение неконструктивных форм поведения [21]. Поэтому изучение и коррекция негативных проявлений в эмоциональной и поведенческой сферах приемных детей является задачей первостепенной важности. Как отмечает И.Б. Умняшова, «понимание личностных особенностей каждого ребенка, учет этих особенностей при выборе тактики взаимодействия с ним поможет специалистам, осуществляющим психолого-педагогическое сопровождение в образовательной организации, подобрать верную стратегию профессиональных действий» [20, с. 37].

Для коррекции и минимизации проблем психологического характера у приемных детей используются различные методы. Одним из них является метод сказкотерапии, который позволяет «мягко» проводить коррекционную работу и способствует внутренней гармонизации ребенка и гармонизации его отношений с социальной средой [12]. Метод сказкотерапии имеет 22-летнюю историю в психологической практике. Институт сказкотерапии был основан в 1998 году в России, в Санкт-Петербурге. Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, автор метода комплексной сказкотерапии, определяет сказкотерапию как «набор способов передачи знаний о духовном пути души и социальной реализации человека, как воспитательную систему, сообразную духовной природе человека» [7, с. 8], как процесс образования связи между сказочными событиями и поведением в реальной жизни; процесс поиска смысла, расшифровки знаний о мире и системе взаимоотношений в нем [6].

Руководитель международного Сообщества сказкотерапевтов И.В. Вачков называет разрабатываемое им направление практической психологии интегративной сказкотерапией. «Интегративная сказкотерапия, используя метафорические ресурсы сказки (и близких ей жанров), позволяет людям развить самосознание и построить особые уровни взаимодействия друг с другом, что создает условия для становления их субъектности» [2, с. 61]. И.В. Вачков, Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева использовали психологические сказки в коррекционных и развивающих занятиях с детьми и подростками, отмечая способность сказки воздействовать одновременно на два уровня психики: сознания и подсознания [3; 4; 7]. Нами были разработаны универсальные рабочие каталоги авторских сказок с методическими указаниями, ориентированными на работу с наиболее характерными проблемами подростков и взрослых [16]. Отдельного внимания заслуживают труды А.Е. Наговицына и В.И. Пономаревой, в которых систематизируется метафорический материал, оптимизируется классификация сказок, а также разрабатывается теория и методология сказкотерапии [10; 11]. Сегодня сказкотерапия активно развивается, создаются новые техники использования сказок в психологической работе, с помощью которых возможно

решить такие социально-психологические проблемы, как трудности построения коммуникации, высокая тревожность, враждебность и т.д. [17; 18].

Цель данного исследования – изучение эффективности метода сказкотерапии в отношении коррекции агрессивности и тревожности приемных детей подросткового возраста. Мы предположили, что коррекционная программа, построенная на применении техник сказкотерапии, будет способствовать снижению уровня агрессивности и тревожности приемных детей подросткового возраста.

Процедура исследования

С 2017 по 2019 годы нами проводилось исследование личностных и поведенческих особенностей приемных детей подросткового возраста. Базой исследования стали ГУО «Средняя школа №15 г. Гомеля» и ГУО «Гомельский городской социально-педагогический центр». В число респондентов на основе письменного согласия родителей вошли 62 подростка в возрасте 12–16 лет, проживающих в приемных семьях на территории г. Гомеля. Респонденты были поделены на две группы: экспериментальная группа (15 мальчиков и 16 девочек) – 31 подросток ($M=13,0$; $SD=1,1$; $Me=13,0$) и контрольная группа (8 мальчиков и 23 девочки) – 31 подросток ($M=13,8$; $SD=1,2$; $Me=14,0$).

Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе проводилась диагностика агрессивных и тревожных реакций участников экспериментальной и контрольной групп (I срез). На втором этапе с приемными детьми экспериментальной группы проводилась коррекционная работа методом сказкотерапии (восемь занятий) и повторная диагностика всех подростков (II срез). Программа снижения уровня агрессивности и тревожности приемных детей подросткового возраста рассчитана на 8 занятий или 12 часов, один раз в две недели, продолжительность одной встречи – 90 минут. Методами программы являются сказкотерапия, арт-терапия, ролевые игры, метод беседы. Средствами и приемами сказкотерапевтических занятий являются чтение и последующее обсуждение сказок, рассказывание сказок, изменение конца сказки, характеристика героев с формированием своего отношения к ним, сочинение сказок с помощью метафорических карт, рисование, изготовление героев из пластилина, драматизация.

На третьем этапе, с интервалом в шесть месяцев, проводилась третья диагностика всех подростков (III срез). Для измерения агрессивности и тревожности подростков были использованы следующие методики:

- опросник «Диагностика состояния агрессии» А. Басса, А. Дарки (в адаптации А.К. Осницкого, 1998 г.), α -Кронбаха=0,86–0,89[15];

- тест школьной тревожности Б. Филлипса (в адаптации Н.П. Кондратьевой, 1995 г.), α -Кронбаха=0,78–0,83[15].

Для статистической обработки полученных данных была использована программа IBM SPSS Statistics v. 23.0. В ходе анализа данных использовались критерий Колмогорова–Смирнова, критерий Манна–Уитни, критерий Фишера.

В результате проверки нормальности распределения с помощью критерия Колмогорова–Смирнова было установлено, что распределение по выборке отличается от нормального. Ограничением исследования явилось использование U-критерия Манна–Уитни без поправки на множественность сравнений.

Результаты исследования и их обсуждение

С целью оценки различий между диагностическими срезами по уровню показателей опросника «Диагностика состояния агрессии» использовался непараметрический U-критерий Манна–Уитни.

Таблица 1

Средние значения шкал опросника диагностики состояния агрессии в экспериментальной и контрольной группах на I, II и III диагностических срезах

Шкалы	Экспериментальная группа				Контрольная группа			
	Между I и III		Между II и III		Между I и III		Между II и III	
	I срез	III срез	II срез	III срез	I срез	III срез	II срез	III срез
Физическая агрессия	4,8*	3,2*	3,3	3,2	3,6	3,5	3,4	3,5
Косвенная агрессия	3,5	3,1	3,1	3,1	3,3	3,0	3,4	3,0
Раздражение	4,2	2,9	3,9	2,9	3,3	3,3	3,9	3,3
Негативизм	2,7	1,9	2,3	1,9	2,2	2,1	2,7	2,1
Обида	3,5	2,7	3,0	2,7	2,8	3,1	2,8	3,1
Подозрительность	4,5*	1,6*	2,3*	1,6*	3,9	3,9	4,2	3,9
Вербальная агрессия	5,5	4,3	4,3	4,3	5,1	5,4	6,8	5,4
Чувство вины	5,2	4,8	5,0	4,8	5,4	4,7	5,4	4,7
Индекс агрессивности	14,5	10,7	12,8	10,7	12,0	12,3	14,2	12,3
Индекс враждебности	7,9*	4,3*	6,5*	4,3*	6,6	7,4	6,9	7,4

Примечание: * – различия на уровне значимости $p \leq 0,01$.

Согласно результатам в экспериментальной группе между I и III диагностическими срезами были выявлены значимые различия по шкале *Физической агрессии* ($U=311,0$, при $p \leq 0,01$), *Подозрительности* ($U=32,5$, при $p \leq 0,01$) и *Индексу враждебности* ($U=184,0$ при $p \leq 0,01$). Между II и III диагностическими срезами были выявлены значимые различия по шкале *Подозрительности* ($U=260,5$, при $p \leq 0,01$) и *Индексу враждебности* ($U=247,0$, при $p \leq 0,01$). При этом в контрольной

группе между I и III, а также II и III диагностическими срезами значимых различий выявлено не было, что может свидетельствовать об отсутствии динамики состояний агрессии. Также был приведен анализ различий между экспериментальной и контрольной группами на III диагностическом срезе по уровню показателей опросника диагностики состояния агрессии. Результаты показывают, что между экспериментальной и контрольной группами на I диагностическом срезе значимых различий выявлено не было. Но при этом на III диагностическом срезе были выявлены значимые различия по показателям *Подозрительности* ($U=105,0$, при $p \leq 0,01$) и *Индекса враждебности* ($U=180,5$, при $p \leq 0,01$). Следовательно, подростки экспериментальной группы по сравнению с контрольной менее подозрительны, они меньше проявляют враждебность, которая может спровоцировать конфликт.

Далее приведем результаты экспериментальной группы по Тесту школьной тревожности по трем диагностическим срезам в (табл. 2).

Таблица 2

Оценка различий между I, II и III диагностическими срезами в экспериментальной группе по шкалам школьной тревожности, %

Шкалы	Между I и III срезом						Между II и III срезом					
	I	III	I	III	I	III	II	III	II	III	II	III
	Норма	Повышенная тревожность	Повышенная тревожность	Высокая тревожность	Норма	Повышенная тревожность	Высокая тревожность	Норма	Повышенная тревожность	Высокая тревожность	Норма	Повышенная тревожность
Общая тревожность в школе	67,7	83,9	19,4	16,1	12,9*	0*	77,4	83,9	16,1	16,1	6,5*	0*
Переживание социального стресса	77,4	87,1	16,1	12,9	6,5*	0*	90,3	87,1	9,7	12,9	0	0
Фрустрация потребности в достижении успеха	74,2*	90,3*	19,3	9,7	6,5*	0*	83,9	90,3	16,1	9,7	0	0
Страх самовыражения	58,1*	83,9*	29,0*	16,1*	12,9*	0*	58,1*	83,9*	35,4	16,1	6,5*	0*
Страх ситуации проверки знаний	38,7*	70,9*	35,5*	22,6*	25,8*	6,5*	45,2*	70,9*	38,7*	22,6*	16,1	6,5
Страх не соответствовать ожиданиям окружающих	54,8	58,1	25,8*	38,7*	19,4*	3,2*	64,5	58,1	22,6*	38,7*	12,9*	3,2*
Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу	74,2	93,6*	9,7*	3,2*	16,1*	3,2*	87,0	93,6	6,5	3,2	6,5	3,2
Проблемы и страхи в отношениях с учителем	58,1	90,3*	35,4*	9,7*	6,5*	0*	83,9	90,3	16,1	9,7	0	0

Примечание: * – различия на уровне значимости $p \leq 0,01$.

В экспериментальной группе на III диагностическом срезе по сравнению с I и II диагностическими срезами достоверно уменьшилось число подростков, имеющих высокую *Общую тревожность в школе*. При этом стоит отметить постепенное увеличение числа подростков, у которых от I к III диагностическому срезу была диагностирована норма, а, следовательно, уменьшилось количество подростков, у которых ранее была диагностирована повышенная или высокая тревожность. Можно предположить, что общее эмоциональное состояние подростков экспериментальной группы, связанное с различными формами его включения в жизнь школы, стабилизируется и эти изменения носят плавный и постепенный характер.

Переживание социального стресса на III срезе по сравнению с I срезом значительно снизилось. Можно предположить, что подростки экспериментальной группы после коррекционного воздействия стали чувствовать себя более уверенно в ситуации общения со сверстниками. Рассматривая значимые различия по шкале *Фрустрации потребности в достижении успеха*, отметим, что на III диагностическом срезе по сравнению с I диагностическим срезом достоверно уменьшилось число подростков, имеющих высокую фрустрацию потребности в достижении успеха, т.е. подростки экспериментальной группы прилагают усилия, чтобы достичь успеха, они стремятся выстроить в системе отношений благоприятный психологический фон для саморазвития, что позволяет удовлетворять свои потребности в успехе.

Также произошло значимое уменьшение числа подростков, имевших повышенный и высокий уровень страха самовыражения, что свидетельствует о положительной динамике и стремлении подростков к самораскрытию, предъявлению себя другим, демонстрации своих возможностей. При этом количество подростков экспериментальной группы на III срезе по сравнению с I срезом, не испытывающих страха в ситуации проверки знаний или публичного выступления, значительно увеличилось. Для них сама ситуация оценки и то, что это оценивание происходит публично, не представляет серьезной проблемы. Можно предположить, что подростки осознают, что в ситуации проверки происходит не оценка их личности, а оценивание уровня готовности к уроку.

Высокий уровень по шкале *Страха не соответствовать ожиданиям окружающих* в экспериментальной группе на III срезе по сравнению с I срезом значительно снизился, но при этом остается повышенная тревожность, что свидетельствует о все еще имеющейся ориентации подростков на мнение окружающих. Но можно предположить, что ввиду увеличения числа подростков по шкале *Низкой физиологической сопротивляемости стрессу* на III диагностическом срезе по показателю «Норма», респонденты экспериментальной группы выработали приспособляемость к ситуациям стрессогенного характера, что повышает вероятность адекватного, конструктивного реагирования на тревожные факторы среды.

Программа снижения уровня агрессивности и тревожности приемных детей подросткового возраста методом сказкотерапии предполагает, что ряд факторов (агрессивность, трудности в общении и во взаимоотношениях с окружающими, заниженная самооценка, тревога) может стать препятствием на пути личностного

развития подростков из приемных семей. Поэтому целью программы выступает снижение уровня агрессивности и тревожности приемных детей подросткового возраста.

Перспективой дальнейшего исследования является включение в общую выборочную совокупность подростков из приемных семей из других областей Республики Беларусь, а также расширение программы снижения уровня агрессивности и тревожности приемных детей подросткового возраста за счет увеличения количества занятий используемых методов. Тема снижения уровня негативных проявлений в эмоциональной и поведенческой сферах приемных детей представляется весьма актуальной потребностью сегодняшнего времени и является важной задачей. Помощью в решении этих вопросов могут быть групповые коррекционно-развивающие занятия с приемными детьми.

При этом ограничением проведенного исследования стала небольшая по объему выборка исследования ввиду ограниченного числа приемных детей подросткового возраста, живущих в городе Гомеле на период эксперимента, а также использование U-критерия Манна-Уитни без поправки на множественность сравнений.

Заключение

На основе полученных результатов мы заключаем, что гипотеза нашего исследования подтвердилась. Так, в экспериментальной группе на III диагностическом срезе по сравнению с I, по опроснику Диагностики состояния агрессии, достоверно снизились средние значения по таким шкалам, как физическая агрессия и индекс враждебности. При этом сравнение одновременно трех диагностических срезов подтверждает положительную динамику в изменении подозрительности и индекса враждебности. В контрольной группе значимых различий между результатами I и III диагностических срезов, а также II и III диагностических срезов выявлено не было. В экспериментальной группе по сравнению с контрольной на III диагностическом срезе значимо снизились средние значения по таким шкалам агрессии, как подозрительность и индекс враждебности.

Подростки экспериментальной группы чувствуют уверенность в общении с учителями, волнение при ответе учителю у подростков данной группы находится в пределах нормы. При этом число подростков экспериментальной группы после коррекционного воздействия, которые адекватно и спокойно реагируют на взаимоотношения со взрослыми в школе, увеличилось.

Литература

1. *Авакян Т.В., Воликова С.В., Сорокова М.Г.* Влияние социальной ситуации развития на социальное познание у детей-сирот [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. URL: <https://clck.ru/STwPd> (дата обращения: 26.11.2020).

Стишенок И.В. Снижение уровня агрессивности и тревожности приемных детей подросткового возраста методом сказкотерапии
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 115–127.

Stsishanok I.V. Normalization of Aggressiveness and Anxiety of Foster Children of Adolescent Age Through the Method of Fairy-Tale Therapy
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 115–127.

2. *Вачков И.В.* Введение в сказкотерапию, Или избушка, избушка повернись ко мне передом... 3-е изд. М.: Генезис, 2017. 285с.

3. *Вачков И.В.* Сказкотерапия: развитие самосознания через психологическую сказку. М.: Ось-89, 2007. 144 с.

4. *Вачков И.В.* Метафора как средство психологической работы в тренинге с педагогами // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. 2015. № 5. С. 68–74.

5. Закон Республики Беларусь О гарантиях по социальной защите детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, а также лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей № 73-З от 21.12.2005. URL: <https://etalonline.by/document/?regnum=N10500073> (дата обращения: 11.09.2020).

6. *Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.* Основы сказкотерапии. СПб.: Речь, 2010.172 с.

7. *Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.* Тренинг по сказкотерапии. СПб.: Речь, 2010. 169 с.

8. *Кузьмин Д.А.* Сказкотерапия как метод культурно-психологического воздействия на личность: история и эволюция // Вестник МГУКИ. 2015. Том 67. № 5. С. 159–164.

9. *Малинок А.И.* Психологические особенности подростков из замещающих семей // Материалы VIII Всероссийской научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Социально-психологические проблемы современной семьи» / Под общ. ред. И.В. Ткаченко. Армавир, 2018. С. 83–88.

10. *Наговицын А.Е., Пономарева В.И.* Атлас сказочного мира. М.: Генезис, 2011. 320 с.

11. *Наговицын А.Е., Пономарева В.И.* Симвология: от философских теорий до практики сказкотерапии. М.: Генезис, 2014. 305 с.

12. *Осипова А.А.* Общая психокоррекция. М.: Сфера, 2007. 512 с.

13. *Ослон В.Н.* Жизнеустройство детей-сирот: профессиональная замещающая семья. М.: Генезис, 2006. 368 с.

14. *Прихожан А.М., Толстых Н.Н.* Психология сиротства. 3-е изд. СПб.: Питер, 2007. 413 с.

15. Психологические тесты для профессионалов / авт. сост. Н.Ф. Гребень. Минск: Современная школа, 2007. 496 с.

16. *Стишенок И.В.* Из гусеницы в бабочку: Психологические сказки, притчи, метафоры в индивидуальной и групповой работе. М.: Генезис, 2019. 368 с.

17. *Стишенок И.В.* Сказкотерапия как метод гармонизации эмоциональной сферы учащихся // Материалы сборника научных статей «Научные труды Республиканского института высшей школы. Исторические и психолого-педагогические науки» / под ред. Н.В. Бояровой. Минск: РИВШ, 2019. С. 380–386.

18. Стишенок И.В. Использование метода сказкотерапии в нормализации личностных особенностей приемных детей подросткового возраста // Материалы сборника научных статей «Научные труды Республиканского института высшей школы. Исторические и психолого-педагогические науки» / под ред. Н.В. Бояровой. Минск: РИВШ, 2020. С. 368–376.

19. Тимур О.Ю. Самооценка и саморегуляция подростков-воспитанников интернатных учреждений // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 2. С. 77–96. URL: <https://clck.ru/SUEW2> (дата обращения: 27.10.2020).

20. Умняшова И.Б. Психолого-педагогическая профилактика и коррекция агрессивного поведения у детей и подростков в образовательной организации // Вестник практической психологии образования. 2019. Том 16. № 2. С. 37–41.

21. Фурманов И.А., Фурманова Н.В. Психология депривированного ребенка. М.: Владос, 2004. 319 с.

22. Lehmann S., Havik O.E., Havik T. et al. Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors // Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2013. Vol. 7. P. 33–49. DOI: 10.1186/1753-2000-7-39.

References

1. Avakyan T.V., Volikova S.V., Sorokova M.G. Vliyanie sotsial'noi situatsii razvitiya na sotsial'noe poznanie u detei-sirot [Influence of the social situation of development on social cognition in orphans]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical and Special Psychology*, 2019, vol. 8, no. 1, pp. 19–32. URL: <https://clck.ru/STwPd> (Accessed: 26.11.2020). (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Vachkov I.V. Vvedenie v skazkoterapiyu, Ili izbushka, izbushka povernis' ko mne peredom... [Introduction to fairy-tale therapy, or hut, hut turn to me in front...]. 3rd ed. Moscow: Genezis, 2017. 285 p. (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Vachkov I.V. Skazkoterapiya: razvitie samosoznaniya cherez psikhologicheskuyu skazku [Skazkoterapiya: development of self-consciousness through a psychological fairy tale]. Moscow: Os'-89, 2007. 144 p. (In Russ., abstr. in Engl.).

4. Vachkov I.V. Metafora kak sredstvo psikhologicheskoi raboty v treninge s pedagogami [Metaphor as a means of psychological work in training with teachers]. *Vestnik Baltiiskogo federal'nogo universiteta im. I. Kanta=Bulletin of the Baltic Federal University named by I. Kant*, 2015, no. 5, pp. 68–74 (In Russ., abstr. in Engl.).

5. Zakon Respubliki Belarus' O garantiyakh po sotsial'noi zashchite detei-sirot, detei, ostavshikhsya bez popecheniya roditelei, a takzhe lits iz chisla detei-sirot i detei, ostavshikhsya bez popecheniya roditelei № 73-Z ot 21.12.2005. [Law of the Republic of Belarus on guarantees for the social protection of orphans, children left without parental care, as well as persons from among orphans and children left without parental care] URL: <https://etalonline.by/document/?regnum=H10500073> (Accessed: 11. 09.2020) (In Russ.)

6. Zinkevich-Evstigneeva T. D. Osnovy skazkoterapii [Basics of fairy tale therapy]. Saint-Petersburg: Rech', 2010. 172 p. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Zinkevich-Evstigneeva T.D. Trening po skazkoterapii [Fairy tale therapy training]. Saint-Petersburg: Rech', 2010. 169 p. (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Kuz'min D.A. Skazkoterapiya kak metod kul'turno-psikhologicheskogo vozdeistviya na lichnost': istoriya i evolyutsiya [Fairy-tale therapy as a method of cultural and psychological influence on the individual: history and evolution]. *Vestnik MGUKI=Bulletin of the Moscow State University of Culture and Arts*, 2015, vol. 67, no. 5, pp. 159–164. (In Russ., abstr. in Engl.).
9. Malinok A.I. Psikhologicheskie osobennosti podrostkov iz zameshchayushchikh semei [Psychological characteristics of adolescents from substitute families]. In I.V. Tkachenko (ed.), *Materialy VIII Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii studentov, aspirantov i molodykh uchenykh «Sotsial'no-psikhologicheskie problemy sovremennoi sem'i»=Materials of the VIII All-Russian Scientific and Practical Conference of Students, Postgraduates and Young Scientists "Socio-Psychological Problems of the Modern Family"*. Armavir, 2018. pp. 83–88. (In Russ., abstr. in Engl.).
10. Nagovitsyn A.E., Ponomareva V.I. Atlas skazochnogo mira [Atlas of the fairy world]. Moscow: Genezis, 2011. 320p. (In Russ., abstr. in Engl.).
11. Nagovitsyn A.E., Ponomareva V.I. Simvologiya: ot filosofskih teorii do praktiki skazkotrapii [Symbolology: from philosophical theories to the practice of fairy-tale therapy]. Moscow: Genezis, 2014. 305 p. (In Russ., abstr. in Engl.).
12. Osipova A.A. Obshchaya psikhokorreksiya [General psycho-correction]. Moscow: Sfera, 2007. 512 p. (In Russ., abstr. in Engl.).
13. Oslon V.N. Zhizneustroistvo detei-sirot: professional'naya zameshchayushchaya sem'ya [Living arrangements of children-orphans: a professional foster family]. Moscow: Genezis, 2006. 368 p. (In Russ., abstr. in Engl.).
14. Prikhozhan A.M., Tolstykh N.N. Psikhologiya sirotstva [The psychology of abandonment]. 3-e izd. Saint-Petersburg: Publ.Piter, 2007. 413 p. (In Russ., abstr. in Engl.).
15. Psikhologicheskie testy dlya professionalov [Psychological tests for professionals] / In N.F. Greben' (ed.). Minsk: Sovremennaya shkola, 2007. 496 p. (In Russ., abstr. in Engl.).
16. Stishenok I.V. Iz gusenitsy v babochku: Psikhologicheskie skazki, pritchi, metafory v individual'noi i gruppovoi rabote [From caterpillar to butterfly: Psychological fairy tales, parables, metaphors in individual and group work]. Moscow: Genezis, 2019. 368 p. (In Russ., abstr. in Engl.).
17. Stishenok I.V. Skazkoterapiya kak metod garmonizatsii emotsional'noi sfery uchashchikhsya [Fairy-tale therapy as a method of harmonizing the emotional sphere of students]. In N.V. Boyarova (ed.), *Materialy sbornika nauchnykh statei «Nauchnye trudy Respublikanskogo instituta vysshei shkoly. Istoricheskie i psikhologo-pedagogicheskie nauki»=Materials of the Collection of Scientific Articles "Scientific Works of the Republican*

Стишенок И.В. Снижение уровня агрессивности и тревожности приемных детей подросткового возраста методом сказкотерапии
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 115–127.

Stsishanok I.V. Normalization of Aggressiveness and Anxiety of Foster Children of Adolescent Age Through the Method of Fairy-Tale Therapy
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 115–127.

Institute of Higher Education. Historical and Psychological-Pedagogical Sciences". Minsk: RIVSh, 2019. pp. 380–386. (In Russ., abstr. in Engl.).

18. Stishenok I.V. Ispol'zovanie metoda skazkoterapii v normalizatsii lichnostnykh osobennostei priemnykh detei podrostkovogo vozrasta [Using the method of fairy tale therapy in the normalization of personal characteristics of foster children of adolescent age]. In N.V. Boyarova (ed.), *Materialy sbornika nauchnykh statei «Nauchnye trudy Respublikanskogo instituta vysshei shkoly. Istoricheskie i psikhologo-pedagogicheskie nauki»=Materials of the Collection of Scientific Articles "Scientific Works of the Republican Institute of Higher Education. Historical and Psychological-Pedagogical Sciences"*. Minsk: RIVSh, 2020. pp. 368–376. (In Russ., abstr. in Engl.).

19. Timur O.Yu. Samootsenka i samoregulyatsiya podrostkov-vospitannikov internatnykh uchrezhdenii [Self-assessment and self-regulation of adolescents in residential institutions]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical and Special Psychology*, 2016, vol. 5, no. 2, pp. 77–96. URL: <https://clck.ru/SUEW2> (Accessed: 27.10.2020). (In Russ., abstr. in Engl.).

20. Umnyashova I.B. Psikhologo-pedagogicheskaya profilaktika i korrektsiya agressivnogo povedeniya u detei i podrostkov v obrazovatel'noi organizatsii [Psychological and pedagogical prevention and correction of aggressive behavior in children and adolescents in an educational organization]. *Vestnik prakticheskoi psikhologii obrazovaniya=Bulletin of Practical Psychology of Education*, 2019, vol. 16, no. 2, pp. 37–41. (In Russ., abstr. in Engl.).

21. Furmanov I.A., Furmanova N.V. Psikhologiya deprivirovannogo rebenka [Psychology of a deprived child]. Moscow: Vldos, 2004. 319 p. (In Russ., abstr. in Engl.).

22. Lehmann S., Havik O.E., Havik T. et al. Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2013, vol. 7, pp. 33–49. DOI: 10.1186/1753-2000-7-39.

Информация об авторе

Стишенок Ирина Владимировна, старший преподаватель кафедры управления и технологий образования, Гомельский областной институт развития образования, г. Гомель, Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2826-0114>; e-mail: irina.stishenok@mail.ru

Information about the author

Iryna V. Stsishanok, senior lecturer of the Gomel Regional Institute of Educational Development, Gomel, Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2826-0114>; e-mail: irina.stishenok@mail.ru

Получена: 22.04.2020

Received: 22.04.2020

Принята в печать: 20.12.2020

Accepted: 20.12.2020

Мероприятия по поддержке девочек с нарушениями зрения в Саудовской Аравии: качественное исследование

Аланази М.С.

Университет Северной границы, г. Араб, Саудовская Аравия

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0417-4679>, e-mail: mona.alanazi@nbu.edu.sa

Данное исследование посвящено тому, насколько хорошо программы поддержки незрячих девочек в Саудовской Аравии отвечают потребностям их потребностям, а также ожиданиям их родителей и учителей. Анализировались причины выбора программ поддержки, а также пути их улучшения. В основе исследования, выполненного с помощью метода кейсов, лежит теоретический анализ литературы, состоящий в основном из обзора документов Министерства образования, школьных политик и учебных программ и других документов государственного сектора. В исследовании использовалась качественная методология с участием исследователя в интерпретации результатов, четко описанных в заключительном разделе. Программа исследования состояла из серии полуструктурированных интервью с детьми, родителями и учителями, за которыми следовала серия наблюдений в школах. Результаты интервью были проанализированы путем тематического анализа. Наиболее важные выводы заключались в том, что учителям необходимо иметь теплые отношения со своими учениками и проявлять к ним особый интерес; существует потребность в большей гибкости и свободе учебной программы, позволяющей учителям разрабатывать школьные и индивидуальные образовательные траектории в сочетании с более широким использованием имеющихся технологий; следует включить более практические, полезные и актуальные темы для повышения качества услуг по поддержке незрячих школьников и их родителей. Проектирование образовательных учреждений для незрячих девочек должно производиться с учетом их потребностей, поскольку Саудовская Аравия продолжает свою амбициозную программу реструктуризации образования.

Ключевые слова: женщины, вмешательства, специальное образование, ученики с нарушениями зрения, Саудовская Аравия.

Для цитаты: Аланази М.С. Мероприятия по поддержке девочек с нарушениями зрения в Саудовской Аравии: качественное исследование [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 128–150. DOI: 10.17759/cpse.2020090407

Intervention Services for Female Visually Impaired Children in Saudi Arabia: A Qualitative Exploration

Mona S. Alanazi

Northern Border University, Arar, Saudi Arabia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0417-4679>, e-mail: mona.alanazi@nbu.edu.sa

This study investigated how well the intervention services for blind female children in Saudi Arabia met the needs and expectations of blind female students, their parents and teachers. It explored the reasons for the particular choice of interventions and examined how they could be improved. The case study is based on the literature, mainly a documentary review of papers produced by the Ministry of Education, policies and curriculum information from the schools and other public sector documents. The study adopted a qualitative methodology, with the researcher's involvement in interpretation of the findings clearly described in the concluding section. It also involved a series of semi-structured interviews with children, parents, and teachers followed by a series of observations at the schools. The interview findings were analysed by identifying main themes. The most important findings were that teachers needed to have a warm relationship with and a special interest in their students; there were the needs to have more flexibility and freedom in the curriculum for teachers to design school and individual curricula combined with greater use of the available technology; and more practical, useful and relevant subjects should be included to improve the quality of intervention services. The design of buildings to suit blind female children should also be considered as Saudi Arabia continues its ambitious education restructuring programme.

Key words: female, interventions, special education, Saudi Arabia, visually impaired students.

For citation: Alanazi M.S. Intervention Services for Female Visually Impaired Children in Saudi Arabia: A Qualitative Exploration. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 4, pp. 128–150. DOI: 10.17759/cpse.2020090407

Introduction

The definition of inclusive education as adopted in Saudi Arabia is based on international definitions and adapted to the Saudi Arabian environment [11]. Inclusion targets two distinct categories: students with minor physical or communicative disabilities who are included in mainstream schools and are considered to form the majority of

students who need special education, and students who are blind, deaf, mentally retarded (the term still commonly used in Saudi Arabian education culture although it is being replaced by ‘mentally challenged’) and those suffering from autism or multiple disabilities [11; 12]. These students are usually taught in classrooms linked to mainstream schools except for those who are admitted to specialist schools such as the Al Nour Institutes for blind female children [2]. The International Bureau of Education – UNESCO (IBE-UNESCO) report notes they “badly need full inclusion with peers in ordinary classrooms, and efforts are being made to try to include them into mainstream schools” [52, pp. 30-31].

The "Educational Policy in the Kingdom" document asserts the rights of the disabled for education, care, and encouragement depending on their potential and capacities and within the precepts of Islam that considers education as an obligation for every individual in the nation [36]. It also asserts that education of all types and at all levels shall be free and financed through the state budget. Before 1960, children with disabilities were educated in mainstream classes, following the standard curriculum. However, in 1960 the Ministry of Education (ME) opened the first government-supported training institute for blind boys and four years later opened the first school for blind girls as well as the first school for the hearing impaired [1; 2]. The first specialized institute for children with mental disabilities opened in 1971. The number of special education schools and programmes has steadily increased to cover a wider geographical area and hence enable more children to take advantage of special education [14].

According to the IBE-UNESCO report [53–55], based on ME, Saudi Arabia figures, in 2006–2007, the total numbers of special education students involved were 61 980 males and 13 433 females. More children were taking special education in mainstream programs schools than attending special education institutions, 93% compared with 7%, although for female students the figure was 69% of all female students with special needs [12]. Little has changed in terms of the standard curriculum which has been followed by children in both mainstream and special schools before and since 1960. However, Saudi Arabia has plans to make major changes, using technology to facilitate teaching and learning and promote inclusion in ordinary schools and classrooms, improving the design of buildings by allowing more flexibility, and making the curriculum more learner-centered and individual.

Review of the Relevant Literature

This review indicates that many of the problems that can be easily rectified have been largely resolved, however, there are still challenges to be met concerning the education of blind children in the country. “Economic development and specific interventions are changing the pattern of blindness in children all over the world” [20; 37]. The World Health Organization (WHO) defines blindness as visual acuity of less than 3/60 (20/200, 0,05), and low vision as less than 6/18 (20/50, 0,3) in the better eye with the best correction. One of several studies in Arab and eastern Mediterranean countries reported by Tabbara K.F. [51] showed that the most common causes of blindness in Saudi Arabia were cataract, trachoma, non-trachomatous corneal scars, refractive errors, congenital anomalies, failed medical or surgical treatment, and glaucoma. On the other hand, refractive errors, amblyopia, and trauma were causes of unilateral loss of vision [4; 42; 44]. About 7% of all Saudi Arabians and 42% of those older than 40 years developed cataract and over 3,5% of

the population had corneal scars; about half were caused by trachoma. Therefore, eye disease and blindness are important health problems in Saudi Arabia. An early study [50] showed that among children under fourteen in special educational institutions in Saudi Arabia, before 1962 three-quarters of the cases of blindness were due to acquired diseases, whereas from 1962 onwards, genetically determined diseases were responsible for over 80% of childhood blindness. Although there has long been an acceptance that blind children and adults have rights and indeed before 1960 blind boys attended general schools and blind men were typically employed in reciting the holy Qu'ran, historically, special education in Saudi Arabia began in 1958 [10].

Concerns about health issues have led to considerable research into disabilities including blindness and low vision, with a major programme of research being conducted at the Prince Salman Centre for Disability Research. Much of the focus is on cure and prevention and in educational terms, this links to a deficit model of disability [33; 34; 43]. The early work of Finkelstein V. [34] is cited because it reflects Saudi Arabia's position in 2008, stating once again that the kingdom is striving to close a gap of a quarter of a century in five years. Al-Gain S.I. and Al-Abdulwahab S.S. [5] reported problems with disability research in Saudi Arabia. These are significant: firstly, because they have focused both on treatment and rehabilitation, reflecting the medical model of disability, and on the social or psychological model; and secondly, because of the particular features of Saudi Arabian society. It is worth noting here that the view of people with disabilities in the society of this country is based on a simple idea of disability that consists of helplessness, continuing dependence, being home-bound, low quality of life, and lack of productivity. Following these attitudes, small scale educational programmes are provided for the parents of children with disabilities. There is a number of difficulties associated with the researching into disability-related issues in Saudi Arabia. Some of these difficulties are associated with the characteristics of Saudi Arabian society such as the high incidence of consanguineous marriage, car accidents, and the fact that some families feel ashamed that they have a child with a disability and as a result will tend to avoid taking part in research on disability-related issues.

However, there have been some research projects specifically directed towards the education of blind, and visually impaired children where the most relevant are Alotaibi A.Z. [13], Al-Sukait S. [16], Ghaly M. [36] and Al-Hazmi M. [6; 7] and Salim S.B. [45]. There is little detail available other than what is reproduced here. Al-Sukait S. [16] provided a survey on a sample of 13 841 children under 15 years of age and found that 1,2% of those surveyed had visual disabilities, that there were large variations in the availability and quality of services rendered to children with disabilities, and that the most needed services were rehabilitation services (56,7%), followed by educational services (40,1%), and then therapeutic services (37,6%).

In his investigative research Al-Hazmi M. [6] included some data from Al Nour (under the ME and the General Presidency for Girls' Education) that suggests that his study may be particularly relevant in its recommendation that a rehabilitation centre should be established in Al-Madina for children with disabilities. Worryingly, Al-Hazmi's earlier research project [7] estimated that the percentage of children with some form of disability was approaching half the population, although visual disabilities were between 4% and 10% depending on how they are defined, whether blindness or low vision. It gives added

importance to his suggestion for a specialist centre. Salim S.B. [45] noted a general shortage of appropriate information services for people with visual disabilities, despite some libraries having books printed in Braille, some tapes and magnifiers for reading, although specialized libraries for the blind (operated under institutes for blind boys) were offering some specific services to targeted groups. Given the international debate about the advantages and disadvantages of Braille, especially in the United States of America, it was interesting that most participants in this study preferred Braille followed by tapes then standard printing, followed in turn by models and finally by printing in capital letters [15]. Alotaibi A.Z. [13] investigated a very low sample and found that three-quarters of normally sighted students had friendly dealings with low vision students, that just under 80% of visually impaired students were happy to be in regular schools compared with 3,45% who were not happy. Almost 90% of low vision students supported the idea of inclusion.

Teaching and learning strategies. It is important to remember that blind babies lack one of the main ways of learning about the world, not only seeing but also social referencing [23; 31]. Children born blind or who go blind before learning to read will not benefit from traditional mainstream ways of learning to read. They lack one of the three key learning styles for young children – the visual is missing from the visual, auditory, and kinaesthetic – and if reading is delayed, they will also lack the fourth for some time. It is widely accepted that people remember 10% of what they read, 20% of what they hear, 30% of what they see, and 50% of what they both see and hear [32; 38]. However, people also remember more of what they say and do with others, so participatory. Cognitive development is as important as affective and psychomotor domains of learning. The degree of visual impairment affects how a child learns, also if they are born blind or lose their sight later, and there may be more extensive neurological involvement and therefore additional problems. A multi-sensory approach involving touch, smell, and taste along with hearing and listening skills for those whose hearing is not affected, is essential [24; 25; 35; 39].

There are three main approaches and types of the intervention strategy, behavioural, psychodynamic and eco-systemic, and in most cases, schools and teachers use a combination of these. It is also important because of blind children's health and safety needs to try to build in a preventive discipline that avoids incidents. The UK view of a behavioural approach to discipline states that behaviour can be learned and unlearned, learning acceptable responses and unlearning unacceptable responses. This has been criticized in the Warnock Report [29] because it may not improve challenging behaviour in the long term, and it is an extrinsic rather than intrinsic model of control. Blind children need to develop autonomy including self-management of behaviour. In Saudi Arabia, the central importance of Islam suggests that individuals with disabilities have the rights to enjoy all the benefits, and have duties to perform as any member of the community [3], and is later reflected in the rights and regulations for students with disabilities regarding their education [8; 9; 12]. These religious principles encourage inclusive education as stated in UNESCO, 1994 [55] and the Dakar Framework, 2000 [56]. In some ways, this reflects the eco-systemic approaches based on the work of Bronfenbrenner [21] that proposes that children's behaviour arises from interactions in and between the subsystems to which they belong such as a family and school. However, the linkages between what Bronfenbrenner [21] termed the micro-system (the child), the meso-system (the child, their teacher and classmates), the exo-system (child and child's relationship to school as a whole, parents and external agencies), and the macro-system (the child in relation to the cultural, social

and educational values and beliefs of wider society) are so strong that there is a relatively little mismatch between them.

Concepts of curriculum: differentiation in practice. There are different options of the target of the emphasis, either on a blind child's right to access the standard curriculum, or on an individualized curriculum that ensures that each child can develop at his own level and pace and that runs alongside the National Curriculum. According to Smith M.K [46] and Smith A. [47], curriculum models can be product models with specific outcomes to be achieved, often linked to an overall vocational model of education, process models [48] that emphasize how to put principles and features of an educational proposal into practice, competence models again linked to a vocational view of education (Scholastic Aptitude Tests are somewhere between product and competence) and situational models that take into account a system approach. Increasingly inclusion is moving schools towards a situational model that is appropriate for blind children: Saudi Arabia has a strong product model combined with a general situational model that does not perhaps allow sufficiently for individual differences in blind and low vision children. Unlike the UK, where differentiation at every level of the curriculum, the idea of differentiation is only starting to search for its way into the regular education system in Saudi Arabia.

Teaching reading to blind children. Storytelling is a key element in learning to read Braille, but it is more strongly linked with teaching writing the blind students than teaching the sighted children to read because when a blind child reads his or her own story, he is actively engaged in what he is reading, while a sighted child is able to relate to what is seen in his environment. Consciously developing and extending vocabulary is also important: this takes time because longer explanations of words are needed when the things they describe cannot be seen. However, limited vocabulary is more likely in blind children and yet it is something which hinders their fluency of reading and writing.

The education of blind children is complex and requires a flexible, individualized approach to the curriculum which needs to be implemented through a flexible pedagogy that takes more account and develops a range of learning styles and teaching strategies. This presents teachers with new challenges they may not be equipped to deal with. Turning specifically to the current status of intervention services in Saudi Arabia, Alquraini T. [12] reported on the status of Special Education Services in the Arab World, highlighting the important role of voluntary communities and organizations which increased people's awareness of these services as well as creating many of such voluntary organizations. Significantly, Alquraini T. [12] found that girls' access to special education services was not as good as boys' access because greater numbers of boys were using more of the available services: this was born out in the fieldwork, where it was discovered that girls are far less likely to access pedagogical services such as visits to places outside the school. Despite the existence of a legislative framework, Alquraini T. [12] considered that such a legislation was an abstract statement that lacked strict measures for implementation and accountability.

Khodeer M.M. and Al-Biblawy I.A. [41] proposed that schools should be in a quiet location (because of students' need to rely more on their hearing) and close to therapeutic and professional establishments that provide appropriate services. The premises should have sufficient space and take into account security and safety, for example having gentle slopes, non-slip surfaces, tactile guidelines at an appropriate height on walls and no sharp

edges. School building design should include provision for recreational activities, space for interests and hobbies, and offer a range of sensory experiences [41]. Careful attention should be paid to classroom layout, and the Braille library is important. Needless to say, educational technological aids shall clearly demonstrate their benefits to the students. Khodeer M.M. and Al-Biblawy I.A. [41] also make recommendations about the curriculum, including managing individual differences by providing individual educational programmes whether in mainstream or specialist schools, ensuring models are available to give a sense of visual concepts such as mountains and insects, and that these models shall be accompanied by detailed explanations from the teacher, encompassing physical and recreational activities involving orientation and mobility skills, and keeping the class size to a maximum of eight students.

Research Methodology

This section sets out the justification for a qualitative, interpretive, inductive approach and the choice of a case study method in particular. Starting with the reasons for the case study approach, the researcher is aiming to find “patterns and linkages of theoretical importance.” [22, p. 173], understand the situation and experiences in depth or, as Denzin expressed it, [26–28] qualitative researchers aim to get to the heart of social situations through what has been termed ‘thick rich description’ (26, p. 83).

At least two writers in particular highlight the value of case studies, Denscombe M. [30] and Stake R. [18; 49]. This is consistent with overall methodologies within qualitative research that use thick rich descriptions to examine, explore and understand social situations in detail and in depth [26–28] or as Bryman A. expressed it, ‘understanding events in their context’ [22, p. 65]. Qualitative research is often criticized on the grounds that the findings cannot be generalized and that a qualitative researcher may substitute his or her own views for data and information: see e.g., Grix J. [40]. According to Bell J. [19, p. 6], citing Bassegy M. [18], “an important way of measuring the usefulness and value of a case study is to assess the extent to which a teacher working in a similar situation could relate to the case study, in terms of whether the information is both appropriate and sufficient for their own decision making situations”. In other words, Bell J. [19] makes the point that for a case study ‘reliability’ is more important than ‘generalisability’. The qualitative approach is located within the interpretivism paradigm and “usually involves an in-depth investigation of knowledge through, for example, participant observation”, interviews and documentary evidence [40, pp. 119-120]. An interpretive stance is also essential because in such a situation there will be multiple realities, for example, it is possible that each child has a unique experience of education in the school depending on their age, the nature and extent of their visual impairment, whether or not they have other associated impairments, and their family background. This study explores the status of intervention services for blind female children in Saudi Arabia and identifies potential improvements.

Research questions. The research questions were initially framed as follows allowing to evolve them during the course of the research if appropriate:

1. How do the services meet the needs and expectations of blind female pupils, their parents, and teachers?

2. What are the reasons for a particular choice of interventions?

3. How could the intervention services for blind female children in Saudi Arabia be improved?

Methods. The overall methodology is qualitative and interpretive, with the researcher's involvement in the interpretation of the findings clearly described in the chapter on the discussion of the findings. The researcher's role is important because of the language differences and translation of original documents. Primary data was gathered from a series of semi-structured interviews with children, parents, and teachers, in addition to observations at the schools. Data of the blind female students from the West of England School and College was used for comparison and contrast of socio-political context, and within the limits of time and resources one detailed case study from the Al-Nour Institute for Girls in Riyadh (for blind female students) has been supported with the information from a second Al-Nour Institute for Girls in Qassim (for blind female students).

The review of background documentation is important in order to answer the first research question because answers from participants need to be related to the services as they are described in official documents and delivered in the Institute itself. It is also essential to provide the context for answering the second and third research questions.

The semi-structured interviews were based on a series of interview schedules, with broad areas to be used as prompts during the interviews, but allowing some freedom for respondents to raise points of interest and issues what concerned them. Responses gathered during the interviews were analysed in terms of recurring themes, words and phrases, and the findings from those interviews presented under the emerging relevant themes. These were then compared or contrasted as appropriate with the themes that emerged from the documentary review in order to arrive at a coherent set of findings.

Research instruments. It was decided to conduct interviews rather than distribute questionnaires due to several reasons: firstly, the responses would come directly from the participants rather than being filtered through an adult or translator in the case of the children and so, would give more freedom for expressing themselves; secondly, there was no budget either for translating the questionnaires into Braille for the blind participants or for translating the answers back into Arabic; thirdly, the availability of Braille equipment and the number of blind participants using Braille was very limited. The first reason was considered to be the most important. The interview schedules (one for each of pupils, teachers, and parents) included the following areas for discussion: needs and expectation, learners' personal views on school and home, curriculum, school-specific policies and initiatives, participation of parents, additional therapeutic and medical support, assessments, learning strategies, teachers' competence, professional development trainings for teachers, etc.

The final development of the interview schedules took place once the initial collection of documentary evidence had been read and summarized in order to ensure that the key issues were addressed where appropriate. Greater clarity was required about the nature of the services provided before asking how they met the needs and expectations of blind female pupils, their parents, and teachers so that the researcher could prompt and ask supplementary questions during the interviews.

Interviews were chosen in preference to self-administered questionnaires to avoid the following: the possibility of misinterpretation of the questions but keeping the ability to clarify any questions during the interview process, the need to translate the questionnaire into Braille for the blind female children in the study and perhaps blind parents and teachers, and hence the need to place an additional burden on parents and teachers who would have to go through the questionnaire with the children. In addition, it is much more difficult to have a structured interview with a child and following an interview guide allows the researcher to 'go with the flow' yet bring the interview back onto topic at the earliest opportunity, whereas a structured questionnaire could artificially constrain the way that a child, in particular, might wish to respond.

Case study & Findings

The first institute. The Institute (Al-Nour Institute for Girls in Riyadh) had forty-seven teachers, nine specializing in teaching blind students, two with the responsibility of teaching students with mental retardation, and three responsible for teaching students with learning difficulties. The remaining were the teachers of other subjects. Those nine specialists were themselves blind. They were students at the Institute, then at the University, and they have been employed for more than twenty years despite their own blindness and additional health problems. There were 125 blind students out of 193 students in total. The institute was built more than twenty years ago and has three floors; there is little or no adaptation for blind pupils.

The second institute. This Institute Al-Nour Institute for Girls in Qassim was much newer and smaller. There were thirty-two teachers, four of whom had undertaken a one-year specialist diploma following their BA, however, the remaining twenty-eight teachers were not special education needs (SEN) specialists but subject teachers. There were 31 blind students out of 97 students in total. The institute was built in 1998 and had three floors with adjustments for blind students such as automatic gates (for safety), appropriate seating and desks and ICT (Information and Communication Technology) facilities. Each blind student was entitled to two free sets of textbooks, one in Braille and one in standard print, also a cubes board for mathematics, a school apron, daily transport and meal (juice, biscuits and cake). Students received a monthly bonus according to their academic stage as well, irrespective of their achievements.

Participants perceptions of existing services: Pupil responses

Finding 1: Pupils need loving and caring teachers

The importance of the relationship between teachers and pupils cannot be overstated. The impact of teachers as providers of a family environment, facilitators of learning, inspirers, and role models was clear. At present, although there is now a number of special education needs, teachers who have been trained abroad in SEN, this does not necessarily mean that they have been selected for their empathy with special education needs children. Often teaching appointments are made under the centralized system on the basis of applications for postings in particular locations rather than aptitude, interest, and speciality. SEN teaching provides a premium salary which may also attract teachers into the sector for the wrong reasons. It was clear that pupils valued variety, interesting

activities (teaching techniques were mentioned frequently), a sense of family and friendship, and encouragement to succeed. For example, a female student stated:

“Each teacher teaches the lesson every day in traditional and routine ways ignoring our love and passion for her. We want every teacher to feel our love and provide us with mutual love and passion to enjoy learning.”

It was also clear that parents might not inform the schools about the additional health needs having concerns the school could reject their daughter. In these circumstances, the children need extra care and attention from school staff. The nurse in the first school stated:

“I have been working in this school for a year and I was surprised while flipping through students’ files, to know that there is not enough information about the students’ health. I was more shocked when I contacted the parents to investigate the health issues of their daughters and I found out that they say that their daughter is in a good health state.”

The individuality of the responses was striking, and this proved to be the case throughout the data analysis. For example, one first-grade student in the first school responded she liked the school, especially her teacher. For her, the difficult subjects were geography and mathematics because *“the many arithmetic calculations are less interesting than the school life”*. By contrast, a first-grade student in the first school responded her favourite subjects were mathematics and history *“because of the teacher’s techniques and how she treats me”*.

A different view was offered by a six-grade student from the second school who found Home Economics the easiest because it was fun and useful, and she was praised at home by her mother because she cooked what she learned to cook at school. Yet another perspective was provided by a fourth-grade student who said she loved her teachers and activity classes because *“The teacher focuses all her attention on all three students in the class. All my teachers help me to develop my talent which is ‘writing books’”*. She thinks that she will write many books that will be useful for the blind female students, especially in an everyday life. A first-year preparatory student from the second school summarized this finding very well: *“Teachers are the best thing at school. We are like one family at the Institute. Courses are easy when the teacher explains well and helps students understand”*.

Finding 2: Pupils want more freedom and flexibility

Most of those interviewed mentioned the oasis room where they could relax, meet friends or choose from activities, or the prayer room where teachers used a wider variety of teaching techniques than in the standard curriculum. Also, pupils considered friendships and religious instruction about how to live their lives as very important and therefore these were linked with freedoms and flexibility. They highlighted the importance of outdoor trips (temporarily suspended for girls) and getting to know their environment. Education needs to enable the children to handle adult life and not simply pass school-leaving certificates and so this is a serious concern.

One second-grade student in the second school clearly stated *“What upsets me is that I feel constrained and not free”* despite the fact that her favourite subject was Islamic exegesis

because she liked the precision and regulations. A sixth-grade student in the first school was more specific noting she had three close friends to help her to get on the school bus and that she enjoyed participation in new non-class activities. A first-grade student from the same school enjoyed studying at the library as well as spending time in the oasis room, but most of all enjoyed *“sitting with my lovely friends”*. She, like many others, liked outdoor trips, although the regulation allowing them had been temporarily suspended.

Finding 3: Pupils want more practical, useful, relevant activities

Students wanted a range of activities, from cooking and sandwich preparation to practical science sessions instead of purely theory lessons, outdoor trips to start to know the community and environment around the school, and essential life skills. Whilst the two schools visited were seeking to address these issues to some extent, one was better at securing resources than the other and more committed to the whole idea. Saudi Arabia has a huge agenda for a change in education and it would be easy to miss these relatively small but significant changes. Blindness will remain an issue, therefore ensuring that children develop the necessary life skills is essential. One school introduced these from the first day and continued to develop them throughout the entire education process. The researcher suggests this is the appropriate model. The question of practical science sessions could also be addressed through the central planning and budgeting mechanisms, although some flexibility in the curriculum would be needed as would teachers with training in how to manage such activities safely with blind children.

Although expressed differently, these views were common in both schools. For example, a first-grade student in the first school would like to do cookery and sandwich preparation, which echoes the student in the second school who enjoys Home Economics. By contrast, a sixth-grade student in the first school held the opinion that *“school is more interesting if there are interesting discussions”* whereas a sixth-grade student in the second school valued participating in the school broadcast every morning and also taking part in the “Visual Handicap Association” which brought her a lot of friends, both teachers and classmates.

Participants perceptions of existing services: Teacher responses

Finding 1: Teachers reported a strong need for more training

During the fieldwork, a Braille course was running in one of the schools. One teacher wanted a training *“this makes the teacher closer to the student”*. Generally, teachers also wanted more books about visually impaired children and believed they were *“in desperate need of more courses”* to enable them to train and teach better through having more knowledge. For example, a teacher from the first school stated:

“We are not special education teachers, but we were appointed in this position due to the lack of these specialized teachers. All we need is to get some training programmes in special education to know how to deal with blind female students.”

Although numbers of teachers have completed Master courses abroad and foreign experts have delivered courses in the Kingdom, there remains a significant need for the benefits of the training for the practicing teachers, whether they have been working in the Institute for a long time or have just started their carrier there.

The English teacher in the second school, already trained in special education, was *“keen to see more training and also experienced staff appointed”* and the Director at the same school wanted appropriate training courses for many teachers who were not trained in how to teach blind children, although she worked hard to train new teachers herself. The history and geography teacher stressed that *“preparation of student teachers is very important”*.

Training needs were different in two schools. In the first school, the computer teacher (the only one available who can teach the use of computers in the school) wanted to see greater variety of computer training courses especially those related to blindness. She acknowledged that there were training courses for teachers concerning communication but unfortunately many were missed because teachers were informed too late of the course dates. In contrast, the Islamic teacher from the first school was pleased that teachers were receiving the Braille training; but emphasized the importance of the teacher-student relationship, saying teachers believed that they urgently needed more courses for their respective field in a way that brings the teacher closer to the student. The observations at the schools reinforced the interview findings that more and more varied trainings were needed. In one class led by a blind teacher, some students were yawning and others were playing, yet the teacher carried on reading, totally unaware of what students were doing simply because she could not see them.

In the researcher’s view, some of the teachers already trained abroad and with good experience of teaching in Saudi Arabia should be encouraged to deliver such a programme for in-service teachers. Recruitment and appointment of teachers to Al Nour Institutes should select teachers on the basis of their interests in special educational needs. This has particular relevance in view of those female students’ aspirations who would like to become teachers themselves in the future.

Finding 2: Teachers reported the need for more resources

There was an agreement about the need for more resources. These could be medical (both schools wanted a resident doctor, one wanted psychological and social worker specialist available to the school), educational (up to date and more varied books, computers and the Internet access, teaching assistants, teaching aids) – more resources generally. For example, they wanted more and better resources, in particular for Braille and IT, with a desire to see computers introduced much earlier stage. Currently, computer resources intended for the elementary school students were being diverted to the intermediate and secondary school students because the latter were to leave school sooner but this was disadvantaging younger pupils. The inequalities were striking: one school had full Braille resources in both Arabic and English and most teachers were confident in using the technology while another had inadequate Braille resources in both the languages so the teachers could not acquire desired competency.

The Islamic education teacher from the first school noted that teachers could make their own creative resources but expressed a wish to see *“permanent and continuous development of educational methods and resources”* whereas the nurse at that school wanted accurate and complete health records, ideally, a resident doctor (and, if not, a supply of medicines for known conditions at the school) whilst the student guide wanted

to speed up the renewal and repair of the Braille equipment and books. In the second school, much newer, and with younger teaching staff, the desire for improved resources is different but not less. In the teaching aid room which functions as a workshop, the teacher in charge of the room “*creates new teaching aids upon teachers’ request*”. The Director has persuaded a businessman to recognize the first graduates’ achievement by the donation of laptops to the school, however, at a more basic level she would like to see better quality printing of Braille books. The nurse at this school had better facilities and used the nearest hospitals for emergency admissions but specifically wanted access to optometrists for regular eye checks.

Finding 3: Teachers felt that there needs to be more flexibility in the curriculum

The Islamic teachers at one school thought it was important “*to reconsider subjects that are not suitable for blind children in their education*”. Others wanted more time for guidance and orientation in respect of behaviour to enable children to live in the outside world after leaving school. Overall, there was a strong wish for individual schools and teachers to have greater flexibility and freedom in implementing the curriculum in the running of their own school because they believed that being so close to their students made them better judges of what they actually needed to help them achieve and have a better quality of life at and after school.

This is difficult for a country expanding so rapidly as Saudi Arabia with new schools opening on a daily basis for increasing numbers of children without as well as with disabilities. In addition, the kingdom exercises strong central control – a model that has worked well in countries with a tribal past. Relaxing rules and control at a time of vast expansion would require taking a major risk and it is unlikely that the country will follow this route. However, the researcher believes that flexibility could be given in specific areas. Here are the examples of specific suggestions included those from the English teacher in the second school: firstly, to reduce the time given to sessions that are too long because of the intensity of the effort required such as reading for those just learning Braille; secondly, to provide the equipment and time for the development of audio skills, that is a neglected area, by removing the areas of learning less relevant for blind students. As the Director of the second school suggested, such areas could include amongst others the sessions on the light reflection. According to the computer teacher in the first school, more computers and the Internet link were needed. The Islamic teacher wanted to see voice recording machines used to narrate religious novels and also “*more books about visual impairment to enable teachers to develop their teaching competence*”.

Participants perceptions of existing services: Parent responses

Whilst the original intention was to interview five parents from each school, it proved impossible to meet with parents of children attending the second school for two reasons. First, most of the parents lived at a considerable distance from the school and at the time of the fieldwork, there was no date arranged for a mothers’ meeting. Second, because little time was available to complete the fieldwork after formal permissions had been obtained to carry out the research. However, the findings were similar to the findings for pupils and teachers.

Finding 1: Parents want loving and caring teachers for their daughters

All the parents emphasized the importance of the teachers' role in their children's lives, for learning subjects and life skills, and for behaviour management and control. Teachers need to be committed, caring and professional so that they look out for problems that any individual child may be experiencing - academic, educational, or social. A specialist training helps to develop the teachers who are loving and caring as well as having knowledge of how to teach and more training should be available to help the teachers to support the students.

For example, *"The teacher meets educational needs through child guidance and control especially when the teacher loves the student"* (mother of a third-grade student). *"Committed teachers help preparing children for life in the kingdom. Everyone in the team – parents, teachers, educational supervisor, manager, and others – need to work together on this"* and *"The school is good, the teachers are the best thing about it"* (mother of two children, the second and fourth grades).

Finding 2: Parents want schools to provide more self-reliance skills.

Although all the parents interviewed valued the education and help their daughters were receiving, and some, in particular, were delighted that their daughters could progress to the University (indeed one had already graduated so, they recognized there was a room for improvement in preparation for adult life and skills that would enable a greater degree of self-reliance.

For example, the mother of a third-grade student observed that *"The education is suitable but should add teaching self-reliance in preparing and cooking food"*. A different opinion was offered by the mother of a second-grade student that *"Preparation for the adult life is provided through formal and informal activities and could be improved with the help of journeys and more knowledge of the outside environment"*. This view was supported by the mother of a first-grade student in the first school who said *"Children need meaningful subjects and self-reliance in tasks and in negotiating their environment"*. The mother of two students, one in the fifth grade and the other in the sixth, noted that in this respect *"Easing the school curriculum would help to meet her daughters' needs"*.

The mother of a third-grade student summarized this finding as follows: *"To develop the learning curriculum so as to help the blind girl in her life, not as at present, which keeps the curriculum only for success in it, not to benefit from it in your life"*.

Finding 3: Parents want to see more and more appropriate resources

This finding included a broad range of resources, from school buildings that are suitable i.e. adapted physical environment or purpose-built for blind children; a wider selection of books in Braille to a talking library; more computers and facilities to enable them to learn more of the life skills that needed for self-reliance; Individual comments reflected the needs and stage of development of their children.

For example, in the words of the mother of a fourth-grade student, *"Suitable buildings for teaching blind children"*, whilst the mother of the two students in the fifth and sixth grade emphasized that *"The library needs more books: her daughters often go there but cannot find what they want"*. A third parent stated that *"The school should be given a talking*

library” Mother of third-grade student Changes could improve how educational needs are met, for example, if the school had an internet connection for children to learn to use it.

Interventions and justification for their dominance

Intervention 1: Standard curriculum

The most notable feature is that apart from some additional support services, blind girls follow the same curriculum as their sighted peers in regular schools. Little attention is paid in practice to orientation in their school or wider environment or to the development of life skills. However, this probably stems from the fact that when blind boys were first integrated into mainstream schools, studying the standard curriculum was a great advantage in learning handcrafts and memorizing the Qu’ran because it opened up many new possibilities for them. Special schools opened up opportunities to blind girls that could not have been imagined before.

Whilst the delivery of a standard curriculum determined by the ME under the relevant legislation goes without question because it is monitored top-down on what is in effect on a daily basis at a school level, some teachers question whether this is appropriate. However, there is an opportunity to use many varied teaching techniques within the teaching of Islam in the prayer room. The need for change is recognized but it may be some years before the changes are implemented. In some ways, this is made more difficult by the way in which Saudi Arabia has embraced inclusion in its declarations as a member of UNESCO and the World Blind Union. There is simply too much change happening too fast. Yet there are possibilities.

For example, a first-year preparatory student mentioned *“The best thing about the prayer room is the lessons, competitions, programmes and the different activities that are made there”*. The pilot activity teacher from the first school was developing *“extracurricular activities in themes (technical, professional, cultural, religious, and scientific), also teaching safe movement to children and their parents”*. A third respondent expressed it this way, *“As for the social needs of children, it is better not to have any new idea”*, as the school has to obtain permission from the General Secretariat of Secondary Education (GSSE) that may take a long time to decide and then reject it. Even at the practical level of teaching and using Braille, many teachers were not trained, as discussed under the Teacher’s Responses.

My observations in both schools confirmed all these perceptions. There were dedicated and caring specialist teachers who were struggling against the constraints of the standard curriculum and the lengthy bureaucratic procedures involved in obtaining permissions to make changes. In the worst case, the teachers with many years’ experience were reading out standard texts as they always did because that is how they had been trained. In particular, in the first school some teachers who were teaching Braille to students were struggling both with the Braille itself and with finding the appropriate pedagogic method for teaching it. In the second school, although the teachers said that all their facilities and materials were good and suitable for blind students, my observation showed that many of these materials were very old and in need of renewal. I did not see any teacher actually using the facilities to make learning easier.

Intervention 2: Health assessments and health care

Visual impairment is often accompanied by other health conditions and disabilities. The principles of thorough health checks, continuous assessments, and health care are clear. However, the practice does not live up to the theory. Nurses have poorly equipped rooms, there are no resident doctors, easily accessible psychological or social work specialists and parents are often reluctant to give the true facts about their children's health. There is a serious need to improve the quality of health interventions.

For example, the nurse from the first school said, *"There was a resident doctor who should be working in the school, but she moved away to work in another school"*.

From my observations in this school, I did not see a doctor at any time during my visit and noticed that the nurse had to meet all the medical needs of the students, including twelve serious conditions (4 renal failure, 4 multiple disabilities, and 4 others), effectively doing the doctor's job in addition to her own one.

Intervention 3: Orientation to the external environment

The intervention here is minimal, students are encouraged to stay in the school and classroom, although some teachers disagree with this approach. The reason for restricting this orientation is an inadequate finance allocated for the protection of girls, especially blind girls, who could be particularly vulnerable.

As the Islamic teacher from the first school said, *"Preparing students for adult life is done through awareness activities and programmes, targeted seminars, and school broadcasting on important subjects"* and this reflects the historical definition of disability, a condition close to complete helplessness. The physical education teacher at the same school held a similar view *"Preparation for adult life is better achieved through symposiums and awareness programmes. This programme has generated interest among boys but is not available for girls (who do not take their full educational entitlement)"*.

My observation, in complete contrast to my experience in the West of England School and College in the UK, was that students were given minimum orientation to both their immediate environment and the wider one. The Director of the second school, like myself, believed that the school could better meet blind girls' social needs, she replied: *"Through engagement with the community and living alongside them in a way that allows them to see the community and actually feel part of the community"*.

Directions for improving existing services in Saudi Arabia

According to the students, the following changes are needed:

- a. more relevant activities: cooking and sandwich preparation, and other essential life skills; outdoor trips to get familiar with the community and environment around the school;
- b. more interesting activities: practical science sessions instead of purely theory, quizzes, games and competitions in lessons across the curriculum;

c. more resources: computers, the Internet connection (how to use Google), a wider choice of books in the library.

According to the parents, the following changes are needed:

a. more specialists and teachers who have appropriate training to help them meet the needs of their blind students;

b. adaptations to the curriculum that allow time for the development of self-reliance skills and make the learning of Braille less stressful;

c. more and better resources such as a talking library, computers with the Internet connection and a wider variety of reading materials.

According to the teachers, the following changes are needed:

a. more freedom and flexibility in the curriculum to be able to adapt the curriculum content and timing of lessons to suit the needs of blind students;

b. more training to enable them to better meet the needs of blind students, especially in Braille and ICT;

c. improved access to health care specialists (doctors, psychologists, therapists) and social workers;

d. more and better resources that can be renewed more quickly and more often.

There is a considerable degree of overlap and agreement between the changes that pupils, parents, and teachers want to see.

Conclusion & Recommendations

This study investigated how well the intervention services for blind female children in Saudi Arabia met the needs and expectations of blind female students, their parents, and teachers. It explored the reasons for the particular choice of interventions and examined how participants in the study felt they could be improved. The study adopted a qualitative methodology, involving a series of semi-structured interviews in two schools for blind female students (Al-Nour Institute for Girls in Riyadh and Al-Nour Institute for Girls in Qassim), with 10 children in each school, 5 parents from the first school, and 5 teachers, the nurse and the social support worker from each school. These interviews were followed by a series of observations at the schools. The case study was also based on the relevant literature, including a documentary review of papers released by the ME, policies and curriculum information from the schools, as well as other public sector documents.

The most important findings are the following: the teachers need to have a warm relationship with and a special interest in their students; there is a need to have more flexibility and freedom in the curriculum for teachers to design school and individual curricula combined with greater use of the available technology; and more practical, useful and relevant subjects should be included to improve the quality of intervention services. The design of buildings to suit female blind children should also be taken into account. There was considerable agreement between the groups of participants about their perceptions of current intervention services and the changes they want to see.

Recommendations at the school level

These are practical recommendations that focus on the teaching methods employed in the classroom and adaptation of the curriculum to suit the needs of blind students. There should be, as a minimum, an ICT suite in each school to enable teachers to teach blind students more effectively using a combination of computer technology and Arabic Braille. This facility would also provide opportunities for teachers to learn how to use such a technology themselves. The standard curriculum needs to be adapted to suit the needs of blind students. Although this would happen in practice in Saudi Arabia from a top-down position, schools have a critical role to play in piloting variations on the curriculum and feeding back to the ME and the GSSE so that the new curriculum is designed in a way that will work for the teachers and students in the schools. Practical activities should be widely used as a method of teaching and learning in the classroom to develop the kinaesthetic learning style on which many blind children rely quite heavily.

Recommendations at the policy level

There is a need to have a greater degree of inclusion, certainly inclusion of blind children in the wider community, whether that comes about through the involvement of businesses and state local organizations or through blind children socializing on a more formal and regular basis with children in the regular education system. Considering the geography of Saudi Arabia and the vast undertaking that constitutes its current educational expansion and improvement plan, a fuller degree of inclusion may take far longer time to achieve. Teachers should be given more freedom and flexibility to adapt to the standard curriculum by choosing and using new and more suitable programmes for blind students. Through the rigorous inspection, achievement could still be monitored effectively, although there would need to be a dialogue between schools and policymakers to ensure that appropriate attainment targets were in place.

Recommendations at the societal level

There is the first and the main recommendation here is arranging trips and out-of-school activities such as shopping that not only prepare pupils for the adult life but also enable them to be seen by the community as part of it. It is aimed at influencing the attitudes of a wider society that will potentially have a far greater impact than awareness sessions.

The second recommendation would be for schools and businesses to establish partnerships. These could be small working partnerships like the one in the second school where the Director persuaded a local businessman to honour her first set of graduates by a donation of laptops, or by an action such as employers sponsoring a trip or a manager giving a talk to older children about what her job involves. Equally, large companies like Microsoft could be invited to get involved in the project management and delivery of hardware and software to schools for blind children so that no additional burden is placed on the ME or GSSE in equipping the schools. The rights of children with disabilities to special education services are stated in law. However, there is a difference between acknowledging their rights and implementing the necessary actions to make their rights a reality. In order to facilitate this, there should also be laws that reinforce the special

treatment for blind students: this would enable the Ministry to be held accountable for the implementation of the recommended actions.

References

1. Alanazi M. Teachers' and parents' attitudes towards inclusion in inclusive schools in Saudi Arabia (Doctoral dissertation). UK: University of Warwick, 2012, 478 p.
2. Alenizi M.A.K. Investigation into the adopted supervisory practices in the teaching practice of special education needs student teachers in Saudi Arabia: Different perspectives. (Doctoral dissertation). UK: University of Exeter, 2012, 418 p.
3. Al-Aoufi H., Al-Zyoud N., Shahminan N. Islam and the cultural conceptualisation of disability. *International Journal of Adolescents and Youth*, 2012, vol. 17, no. 4, pp. 205–219. DOI: 10.1080/02673843.2011.649565
4. Alemam A.M., Aldebasi M.H., Rehmatullah A. et al. Prevalence of myopic among children attending paediatrics ophthalmology clinic at Ohud hospital, Medina, Saudi Arabia. *Journal of Ophthalmology*, 2018, article number 3708409, pp. 1–7. DOI: 10.1155/2018/3708409
5. Al-Gain S.I., Al-Abdulwahab S.S. Issues and obstacles in disability research in Saudi Arabia, 2002. URL: www.aifo.it/english/resources/online/apdrj/apdrj102/arabia.pdf (Accessed: 07.09.2008).
6. Al-Hazmi M. Investigative research on disability in Al-Medina area. Riyadh: Prince Salman Centre for Disability Research Press, 1995, 156 p.
7. Al-Hazmi M. Saudi national survey of children with disability. Riyadh: Prince Salman Centre for Disability Research Press, 2000, 229 p.
8. Al-Jadid M.S. Disability trends in Saudi Arabia: Prevalence and causes. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2014, vol. 93 (suppl. 1), S47–S49. DOI: 10.1097/phm.0000000000000022
9. Al-Jadid M.S. Disability in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 2013, vol. 34, no. 5, pp. 453–460. URL: <https://europepmc.org/article/med/23677260> (Accessed: 23.09.2020).
10. Almosa N.A. History of special education in Saudi Arabia. Riyadh: Al Mumtaz for publication, 1992, 339 p.
11. Alnahdi G.H. Educational change in Saudi Arabia. *Journal of International Education Research*, 2014, vol. 10, no. 1, pp. 1–6. DOI: 10.19030/jier.v10i1.8342.
12. Alquraini T. Special Education in Saudi Arabia: Challenges, perspectives, future possibilities. *International Journal of Special Education*, 2011, vol. 26, no. 2, pp. 149–159. URL: <https://eric.ed.gov/?id=EJ909292> (Accessed: 23.09.2020).
13. Alotaibi A.Z. Perception of low vision students in Saudi Arabia regarding their integration into regular schools. *Nigerian Journal of Medical Rehabilitation (NJMR)*, 2006, vol. 11, no. 2, pp. 46–61. DOI: 10.34058/njmr.v11i2.18.

14. Alsalem M. Considering and supporting the implementation of universal design for learning among teachers of students who are deaf and hard of hearing in Saudi Arabia (Doctoral dissertation). USA: University of Kansas, 2015, 223 p.
15. Al-Salman A.S.A. Design of a Computerized Arabic Braille Environment Research project, 2002–2005. URL: <http://www.pscdr.org.sa/en/research/Pages/CompletedResearch.aspx> (Accessed: 02.09.2020).
16. Al-Sukait S. Disability at Al-Qaseem region. Riyadh: Prince Salman Center for Disability Research Press, 2007, 178 p.
17. Ayers M., Clark D., Murray A. Perspectives on behaviour: A Practical guide to effective interventions for teachers. London: David Fulton, 1995, 128 p.
18. Bassegy M. Case study research. In M. Coleman, A.R. Briggs (eds.), *Research Methods in Educational Leadership and Management*, London: Paul Chapman Publishing, 2002, 312 p.
19. Bell J. Doing your research project: A guide for first time researchers in education, health and social science (4th ed.) Buckingham: Open University Press, 2005, 288 p.
20. Blatchford P., Russell R., Basset P. et al. The role and effects of teaching assistants in English primary schools (years 4 to 6) 2000–2003: Results from the Class Size and Pupil-Adult Ratios (CSPAR). KS2 Project. *British Educational Research Journal*, 2007, vol. 33, no. 1, pp. 5-26. URL: <http://www.jstor.org/stable/30032721> (Accessed: 02.09.2020).
21. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design, Cambridge: Harvard University Press, 1979, 349 p.
22. Bryman A. Social research methods, Oxford: Oxford University Press, 2001, 824 p.
23. Canter L., Canter M. Assertive discipline: A take-charge approach for today's educator, Los Angeles: Canter and Associates, 1982, 484 p.
24. Crotty M. The foundations of social research: Meaning and perspective in the research process, 2nd ed. London: SAGE Publications, 2003, 256 p.
25. Davis P., Florian L., Ainscow M. et al. Teaching strategies and approaches for pupils with special educational needs: A Scoping Study, Department for Education and Skills. Norwich: HMSO, 2004, 90 p.
26. Denzin N.K. Interpretive interactionism. 2nd ed. Newbury Park, CA: SAGE, 2001, 208 p.
27. Denzin N.K., Lincoln Y.S. The landscape of qualitative research: Theories and issues. 2nd ed. London: SAGE Publications, 2003, 696 p.
28. Denzin N.K., Lincoln Y.S. The SAGE handbook of qualitative research. London: SAGE, 2011, 784 p.
29. Department of Education and Science (DES). Special educational needs (The Warnock Report). HMSO, 1978, 416 p.

30. Denscombe M. *The good research guide: For small-scale social research projects*. 4th ed. Buckingham, London, UK: Open University Press, 2010, 389 p.
31. Emde R.N. Mobilizing fundamental modes of development--an essay on empathic availability and therapeutic action. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1990, vol. 38, no. 4, pp. 881–913. DOI: 10.1177/000306519003800402
32. Fahey A., Carr A. Prevention of adjustment difficulties in children with sensory impairments. In A. Carr (ed.), *Prevention: What works with children and adolescents? A critical review of psychological prevention programmes for children, adolescents and their families*. Hove: Brunner-Routledge, 2002, pp. 83–106.
33. Finkelstein V. Attitudes and disabled people: issues for discussion, 1982. URL: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/finkelstein/attitudes.pdf> (Accessed: 18.12.2020).
34. Finkelstein V. The social model of disability repossessed, 2001. URL: <http://www.leeds.ac.uk/disability-udies/archiveuk/finkelstein/soc%20mod%20repossessed.pdf> (Accessed: 18.12.2020).
35. Fleming N.D., Mills C. Not another inventory, rather a catalyst for reflection, VARK for Teachers, VARK Study Strategies, *AAHE's Focus on Learning*, 1998, vol. 7. The National Teaching & Learning Forum, Atlanta. URL: <http://ntlf.com/html/pi/9805/toc.htm> (Accessed: 18.12.2020).
36. Ghaly M.M. Islam en handicap: praktijkthema's en islamitische opvattingen. In *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, jaargang, 2007, vol. 17, no. 2, pp. 40–45.
37. Gogate P., Gilbert C. Blindness in children: a worldwide perspective *Community Eye Health Journal*, 2007, vol. 20, no. 62, pp. 32–33.
38. Goodley D. Towards socially just pedagogies: deleuzoguattarian critical disability studies, 2011. [<http://www.shef.ac.uk/applieddisabilitystudies/>] Revised paper submitted for Special Number of *International Journal of Inclusive Education* entitled: Pedagogies: Matters of Social Justice and Inclusion. URL: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/goodley/Dan%20Goodley%20revised%20submission%20for%20IJE%20special%20issue.pdf> (Accessed: 12.02.2020).
39. Gray C., McIlmoyle J. Training and the early years professional: Understanding visual impairment. *International Journal of Early Years Education*, 2005, vol. 6, no. 3, pp. 1–12. DOI: 10.1080/09669760500048261
40. Grix J. *The Foundations of Research [Palgrave study guides]*, Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2004, 224 p.
41. Khodeer M.M., Al-Biblawy I.A. The visually handicapped learners of Saudi Arabia, *Journal of Special Education Needs*, 2004, vol. 8, no. 12, pp. 47–59.
42. Madi S.M., Mandy A., Aranda K. The perception of disability among mothers living with a child with Cerebral Palsy in Saudi Arabia. *Global Qualitative Nursing Research*, 2019, vol. 6, pp. 1–11. DOI: 10.1177/2333393619844096

43. Nader A. Special Education in Saudi Arabia. *British Journal of Special Education*, 1980, Vol. 7, no. 4, pp. 30–41.
44. Opie J. Educating students with vision impairment today: Consideration of the expanded core curriculum. *British Journal of Visual Impairment*, 2018, vol. 36, no. 1, pp. 75–89. DOI: 10.1177/0264619617730861.
45. Salim S.B.M. Information Services Directed to Persons with Disabilities in the Kingdom of Saudi Arabia, Research project, 1999–2000. URL: [http:// www.pscdr.org.sa /en/research/Pages/CompletedResearch.aspx](http://www.pscdr.org.sa/en/research/Pages/CompletedResearch.aspx) [Accessed: 02.06.2020]
46. Smith M.K. Social justice and disability: competing interpretations of the medical and social models. In K. Kristiansen, S. Vehmas, and T. Shakespeare (eds.), *Arguing about Disability: Philosophical Perspectives* (pp. 15–29). Abington, UK: Routledge, 2009.
47. Smith A. Access, participation, and progress in the general education curriculum in the least restrictive environment for students with significant cognitive disabilities. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 2006, vol. 31, no. 4 pp. 331–337. DOI: 10.1177/154079690603100407
48. Stenhouse L. An introduction to curriculum research and development, London: Heinemann, 1975, 248 p.
49. Stake R. The art of case study research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995, 192 p.
50. Tabbara K.F., Badr I.A. Changing pattern of childhood blindness in Saudi Arabia. *British Journal of Ophthalmology*, 1985, vol. 69, no. 4, pp. 312–315. DOI: 10.1136/bjo.69.4.312
51. Tabbara K.F. Blindness in the eastern Mediterranean countries. *British Journal of Ophthalmology*, 2001, vol. 85, no. 7, pp. 771–775. DOI: 10.1136/bjo.85.7.771
52. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation. Education for all global monitoring report: education for all by 2015. will we make it? Paris: UNESCO; Oxford, UK: Oxford University Press, 2007, 516 p.
53. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation. Education for all global monitoring report. overcoming inequality: why governance matters. Paris: UNESCO; Oxford, UK: Oxford University Press, 2008, 477 p.
54. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation. International Bureau of Education. Conclusions and recommendations of the 48th session of the International conference on education. Geneva, Switzerland: UNESCO IBE (ED/BIE/CONFINTED 48/5), 2008, 162 p.
55. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation. International Bureau of Education. Inclusive education: the way of the future, pp. 13–19. Geneva, Switzerland: UNESCO IBE (ED/BIE/CONFINTED 48/3), 2008, 31 p.

Аланази М.С. Мероприятия по поддержке девочек с нарушениями зрения в Саудовской Аравии: качественное исследование
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 128–150.

Alanazi M.S. Intervention Services for Female Visually Impaired Children in Saudi Arabia: A Qualitative Exploration
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 128–150.

56. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation. The Dakar Framework for Action. World Education Forum, Dakar, Senegal, 26-28 April, (ED-2000/WS/27), 2000, 78 p.

Информация об авторе

Аланази Мона Салей, кандидат наук в области специального образования, доцент, Университет Северной границы, г. Арар, Саудовская Аравия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0417-4679>, e-mail: mona.alanazi@nbu.edu.sa

Information about the author

Mona Saleh Alanazi, PhD in Special Education, Associate Professor, Northern Border University, Arar, Saudi Arabia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0417-4679>, e-mail: mona.alanazi@nbu.edu.sa

Получена: 01.04.2020

Received: 01.04.2020

Принята в печать: 18.11.2020

Accepted: 18.11.2020

Стратегия психокоррекционной работы в процессе медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции движения

Котельникова А.В.

*Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1584-4815>, e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru*

Кукшина А.А.

*Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2290-3687>, e-mail: kukshina@list.ru*

Бузина Т.С.

*Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8834-251X>, e-mail: tbuzina@gmail.com*

Тихонова А.С.

*Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7693-9397>, e-mail: seyli1992@list.ru*

Целью настоящей работы стало исследование динамических характеристик личности (текущего психоэмоционального состояния, приверженности к лечению) пациентов с нарушением двигательных функций для выделения основных мишеней психокоррекции. Были обследованы 363 пациента, из них 195 человек, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и 168 – с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями крупных суставов и позвоночника. В исследовании использовались: шкала SCL-90-R, шкала Тампа, опросник «Уровень комплаентности», экспертная оценка (по пятибалльной шкале) комплаенса лечащим врачом и инструктором лечебной физкультуры. В результате проведенного исследования в качестве мишеней психокоррекционной работы были обозначены высокий уровень соматизации тревожных и депрессивных переживаний, психологическая составляющая кинезиофобии (страха движения),

Котельникова А.В., Кукушина А.А., Бузина Т.С.,
Тихонова А.С. Стратегия психокоррекционной работы
в процессе медицинской реабилитации пациентов
с нарушением функции движения
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 151–168.

Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Buzina T.S.,
Tihonova A.S. Strategy of Psycho-Correctional
Work in Medical Rehabilitation of Patients
with Movement Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 151–168.

проявляющаяся в убежденности пациентов в том, что их заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему. Изучен вклад личностной комплаентности, понимаемой как имплицитная готовность пациента быть приверженным к лечению, в достижение удовлетворительного комплаенса, фиксируемого в процессе реабилитации. Показана целесообразность составления индивидуальных программ психологической реабилитации на основании превентивной диагностики комплаентности, при этом в качестве оптимального для эффективности реабилитации определен средний уровень показателя комплаентности, а в качестве нуждающегося в психокоррекции – высокий уровень.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, приверженность к лечению, нарушения двигательных функций, комплаентность, комплаенс.

Благодарности. Авторы выражают благодарность сотрудникам филиала № 3 ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ» за помощь в организации исследования.

Для цитаты: Котельникова А.В., Кукушина А.А., Бузина Т.С., Тихонова А.С. Стратегия психокоррекционной работы в процессе медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции движения [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 151–168. DOI: 10.17759/crpe.2020090408

Strategy of Psycho-Correctional Work in Medical Rehabilitation of Patients with Movement Disorders

Anastasia V. Kotel'nikova

*Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation,
Restorative and Sports Medicine of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1584-4815>, e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru*

Anastasia A. Kukshina

*Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation,
Restorative and Sports Medicine of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2290-3687>, e-mail: kukshina@list.ru*

Tatiana S. Buzina

Federal state budgetary educational institution of higher education "Moscow state medical and dental University named after A.I. Evdokimov" of the Ministry of health of the Russian

Котельникова А.В., Кукшина А.А., Бузина Т.С.,
Тихонова А.С. Стратегия психокоррекционной работы
в процессе медицинской реабилитации пациентов
с нарушением функции движения
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 151–168.

Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Buzina T.S.,
Tihonova A.S. Strategy of Psycho-Correctional
Work in Medical Rehabilitation of Patients
with Movement Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 151–168.

Federation, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-00002-8834-251X>, e-mail: tbuzina@gmail.com

Anastasia S. Tihonova

*Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports
Medicine of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia.*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7693-9397>, e-mail: seyli1992@list.ru

The purpose of present work is to study the dynamic characteristics of the personality (current psycho-emotional state, adherence to treatment) of patients with movement disorders in order to identify the main targets of psycho-correctional work. 363 patients were examined: 195 after stroke and 168 with degenerative-dystrophic diseases of large joints and spine. The following tools were used: SCL-90-R, Tampa Scale, Compliance Level Questionnaire, expert assessment of compliance by the attending physician and physical therapy instructor on a five-point scale. High level of somatization of anxiety and depressive feelings and psychological component of kinesiophobia (fear of movement), manifested in convincing patients that their illness is an insoluble medical problem were marked as targets of psycho-correctional works during the study. The contribution of personal compliance, understood as the implicit willingness of the patient to be committed to treatment and to the achievement of satisfactory compliance, registered in the rehabilitation process, is studied. The expediency of drawing up individual programs of psychological rehabilitation on the basis of preventive diagnostics of compliance is shown, while the average level of the mentioned indicator is determined as optimal for the effectiveness of rehabilitation.

Keywords: psycho-emotional state, adherence to treatment, movement disorders, compliance, adherence.

Acknowledgements. The authors are grateful for assistance in data collection to all the staff of Branch 3 of Moscow Centre for research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of Moscow Healthcare Department.

For citation: Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Buzina T.S., Tihonova A.S. Strategy of Psycho-Correctional Work in Medical Rehabilitation of Patients with Movement Disorders. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 4, pp. 151–168. DOI: 10.17759/cpse.2020090408 (In Russ.)

Введение

Современная концепция инклюзии на первое место ставит задачу адаптации общества к особенностям составляющих его индивидов. С медико-социальной точки зрения заболевания, сопровождающиеся нарушением двигательных функций, характеризуются широкой распространенностью, высокой степенью инвалидизации и необходимостью больших затрат на лечение и реабилитацию пациентов [8; 14; 18], внимание к данной проблеме нашло свое отражение в проектах

Всемирной организации здравоохранения [9; 19]. В настоящий момент необходимость включения специалиста-психолога в состав мультидисциплинарной реабилитационной бригады не вызывает сомнения у медицинского сообщества, поскольку известно, что физическое страдание в клинической картине двигательных расстройств тесно переплетается со страданием душевным: чувствами бессилия и беспомощности, патологическим страхом движения [11; 17], высоким риском депрессии и суицида [1]. Стремительно меняющиеся условия современного мира и сжатые сроки реабилитации детерминируют сосредоточение исследовательского внимания на оптимизации традиционных вариантов психологического сопровождения, поиске новых форм и методик его организации. Поскольку успех реабилитационных мероприятий у описанной когорты пациентов зависит, прежде всего, от величины их собственных усилий, прикладываемых для изменения образа жизни и организации ежедневных тренировок, представляется актуальным изучение роли в процессе реабилитации таких психологических переменных, динамика которых связана с функционалом медицинского психолога: речь идет о текущем психоэмоциональном состоянии пациента и его приверженности лечению.

Под приверженностью к лечению в настоящей работе понималась степень соответствия поведения пациента рекомендациям, полученным от врача, в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни в связи с заболеванием [7]. Вслед за современными исследователями [3; 15], признавая структурную неоднородность означенного концепта и основываясь на основных положениях деятельностного подхода о неразрывном единстве, но не тождестве сознания и деятельности, представленного в трудах А.Н. Леонтьева и С.Л. Рубинштейна [6; 12], приверженность к лечению была операционализирована в рамках схемы, представленной на рисунке 1.



Рис. 1. Структура приверженности к лечению

С точки зрения структурных составляющих приверженность к лечению может быть истолкована как совокупность двух неразрывно связанных компонентов (по аналогии с сознанием и деятельностью): комплаентности как имплицитной готовности личности к комплаенсу и собственно комплаенса – конкретного поведенческого результата, поддающегося измерению в терминах степени соответствия поведения больного рекомендациям врача. Продолжая аналогию,

добавим, что комплаентность не просто проявляется в комплаенсе, она «встроена» внутрь и неразрывно связана с ним. В свою очередь комплаентность как интрапсихический феномен также имеет свою структуру, основанную на традиционном для методологии психологического исследования выделении когнитивной, аффективной и поведенческой составляющих изучаемого явления психической жизни индивида, и состоит из социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности. В основе социальной составляющей лежит стремление индивида быть приверженным к лечению ввиду повышенной ориентации на мнение значимых других (соблюдают рекомендации, потому что хотят понравиться, заслужить одобрение врача, родственников), в основе эмоциональной – повышенная чувствительность и сензитивность (соблюдают, потому что встревожились, испуганы), поведенческой – стремление скорейшего преодоления симптомов болезни, воспринимаемой как препятствие. Из вышеизложенного следует, что комплаентностью индивид обладает как во время болезни, так и в ситуации здоровья [3]; комплаенс же может быть оценен только как результат, то есть по истечении определенного промежутка времени в процессе лечения. Таким образом, достижение максимального комплаенса может быть обозначено в качестве ориентира или конечной цели психокоррекционных мероприятий, но технически не будет доступно непосредственной психокоррекции. Исходя из описанной выше схемы, опосредованно на комплаенс можно влиять через комплаентность, диагностированную превентивно, перед началом процесса реабилитации. Практическая ценность подобной диагностики состоит в возможности выявления структуры комплаентности с последующим составлением индивидуального плана психологического сопровождения и оптимизации выбора методик и текущих мишеней психокоррекции.

Таким образом, **целью** настоящей работы стало исследование динамических личностных характеристик (текущего психоэмоционального состояния, приверженности к лечению) пациентов с нарушением двигательных функций в контексте выделения основных мишеней для психокоррекции в процессе медицинской реабилитации.

Материал и методы

Всего было обследовано 363 пациента, находившихся на втором этапе медицинской реабилитации по поводу нарушения двигательных функций в результате перенесенного ОНМК (острое нарушение мозгового кровообращения) (n=195), давность инсульта – не более 12 месяцев, и на фоне хронически протекающих дегенеративно-дистрофических заболеваний (ДДЗ) крупных суставов и позвоночника (n=168), длительность заболевания – не более 5 лет, в филиале № 3 ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения г. Москвы». Нозологические группы сопоставимы по возрасту ($U=15687,0$; $p=0,49$): средний возраст пациентов с ОНМК составил $56,9 \pm 12,1$ лет, пациентов с ДДЗ – $57,6 \pm 12,5$ лет. Пропорциональная представленность мужчин и женщин в нозологических группах соответствует общепопуляционной: 97 (49,7%) женщин и 98 (50,3%) мужчин для пациентов с ОНМК и 118 (70,2%) женщин и 50 (29,8%) мужчин для пациентов с ДДЗ.

На основании добровольного информированного согласия в исследование включались пациенты, получавшие стандартный курс медицинской реабилитации по поводу двигательных нарушений в соответствии с нозологией; нуждающиеся, согласно имеющемуся алгоритму [5], в консультации медицинского психолога; когнитивно сохранные; имеющие возможность самостоятельно перемещаться в пределах стационара и обслуживать себя. Степень выраженности двигательных расстройств соответствует 1-2 классу выраженности нарушений структур, функций, активности и участия по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Психоэмоциональное состояние измерялось с помощью следующих психодиагностических опросников:

- SCL-90-R (Symptom Check List) [16] – самоотчетная методика, предназначенная для выявления уровня текущего дистресса и некоторых наличествующих психопатологических симптомов. Шкала предназначена для полифакторной диагностики текущего психоэмоционального состояния по следующим шкалам: Соматизация, Обсессивность–Компульсивность, Межличностная сензитивность, Депрессивность, Тревожность, Враждебность, Фобическая тревожность, Психотизм Паранойяльность. Диапазон надежности (α -Кронбаха) шкал в текущем исследовании составил 0,70–0,88;

- Шкала Тампа [4] предназначена для измерения страха движения, кинезиофобии, включает в себя две шкалы: Психологическая составляющая кинезиофобии – убеждение пациентов в том, что их заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему, и Физическая составляющая кинезиофобии, которая отражает страх движения, возникший в результате реального опыта взаимодействия пациентов с телесной болью. Диапазон надежности (α -Кронбаха) шкал в текущем исследовании составил 0,64–0,88.

Личностные основания приверженности измерялись до начала реабилитации с помощью опросника Уровня комплаентности [3], предполагающего трехфакторную структуру феномена: социальная (обусловленная ориентацией на социальное одобрение), эмоциональная (формирующаяся ввиду повышенной чувствительности и впечатлительности) и поведенческая (направленная на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие) комплаентность. Диапазон надежности (α -Кронбаха) шкал в текущем исследовании составил 0,76–0,77;

Комплаенс как поведенческий результат осознанной включенности больного в процесс собственного выздоровления оценивался с помощью экспертной оценки после окончания реабилитационных мероприятий. В качестве экспертов были задействованы лечащий врач и инструктор лечебной физкультуры, которым предложили оценить степень соответствия поведения пациента указаниям и рекомендациям врача и медицинского персонала, пользуясь пятибалльной шкалой Лайкерта. Коэффициент согласованности мнений экспертов составил $r=0,92$ при уровне статистической достоверности $p>0,001$. Итоговый показатель приверженности при этом рассчитывался как среднее арифметическое полученных результатов.

Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы Statistica v. 10.0 и включала в себя анализ данных описательной статистики (среднее значение, стандартное отклонение, медиана, квартильный размах, мода), корреляционный анализ по Ч. Спирмену, анализ значимости различий в уровне выраженности количественного признака для несвязанных групп по критерию Манна–Уитни, анализ пропорциональной представленности бинарного признака в несвязанных группах по критерию Фишера, сравнение средне-выборочных значений по критерию χ^2 .

Результаты

Анализ значимости различий в характеристиках психоэмоционального состояния пациентов с двигательными нарушениями в результате перенесенного ОНМК и на фоне хронически протекающих ДДЗ с использованием U-критерия Манна–Уитни выявил идентичность показателей как по результатам опросника SCL-90-R, так и по шкале кинезиофобии вне зависимости от нозологии двигательных нарушений ($p>0,05$). При сопоставлении средних значений ($n=363$) с имеющимися нормативными данными [4] с помощью критерия χ^2 были выявлены достоверные отличия. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Характеристики психоэмоционального состояния пациентов в сопоставлении с нормой ($M\pm SD$, баллы)

Характеристики психоэмоционального состояния (SCL-90-R)	Пациенты с нарушением двигательных функций ($n=363$)	Норма ($n=1466$)	p
Соматизация	1,15±0,76	0,69±0,65	0,0000***
Обсессивность– Компульсивность	0,89±0,63	0,76±0,60	0,0001***
Межличностная сензитивность	0,69±0,58	0,83±0,63	0,0001***
Депрессия	0,78±0,58	0,68±0,59	0,004**
Тревожность	0,64±0,62	0,62±0,62	0,29
Враждебность	0,49±0,47	0,71±0,65	0,0000***
Фобическая тревожность	0,42±0,55	0,35±0,49	0,01**
Паранойяльные тенденции	0,55±0,56	0,67±0,58	0,0002***
Психотизм	0,37±0,43	0,42±0,48	0,04*

Примечания: * – $p\leq 0,05$, ** – $p\leq 0,01$, *** – $p\leq 0,001$.

Кинезиофобия, как было показано ранее, является специфической характеристикой психоэмоционального состояния пациентов с нарушением двигательных функций и не зависит от этиологии ($p>0,05$). Необходимо отметить,

что сама по себе кинезиофобия является феноменом, исходно функционирующим вне пределов статистической нормы. В связи с принципиальной невозможностью сравнения результатов по опроснику с нормативными количественная оценка производилась путем анализа частоты встречаемости высокого, среднего и низкого уровней выраженности психологической и физической составляющих, а также суммарного показателя кинезиофобии у обследованных пациентов [4]. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

Частота встречаемости различного уровня кинезиофобии у пациентов с нарушением двигательных функций (N=363)

Кинезиофобия и ее составляющие	Низкий уровень (абс./%)	Средний уровень (абс./%)	Высокий уровень (абс./%)
Психологическая составляющая	83 чел. (22,9)	279 чел. (76,8)	1 чел. (0,3)
Физическая составляющая	11 чел. (3,0)	343 чел. (94,5)	9 чел. (2,5)
Общий уровень кинезиофобии	11 чел. (3,0)	340 чел. (93,7)	12 чел. (3,3)

На следующем этапе работы исследовалась связь характеристик психоэмоционального состояния со структурными составляющими комплаентности. Предварительная оценка значимости различий в представленности различного уровня комплаентности у пациентов с двигательными нарушениями в результате перенесенного ОНМК и на фоне ДДЗ с использованием критерия Фишера достоверных различий не выявила ($p > 0,05$). Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3

Частота встречаемости различного уровня комплаентности у пациентов в сопоставлении с нозологией двигательных нарушений

Комплаентность		ОНМК (n=195) абс. (%)	ДДЗ (n=168) абс. (%)	Ур. знч.
Социальная (абс./%)	Низкая	5 (2,7%)	2 (1,2%)	0,30
	Средняя	132 (67,7%)	107 (63,7%)	0,24
	Высокая	58 (29,6%)	59 (36,3%)	0,16
Эмоциональная (абс./%)	Низкая	3 (1,5%)	2 (1,2%)	0,57
	Средняя	87 (44,6%)	90 (53,6%)	0,06
	Высокая	105 (53,9%)	76 (45,2%)	0,06
Поведенческая (абс./%)	Низкая	1 (0,5%)	0 (0,0%)	0,54
	Средняя	118 (60,5%)	99 (58,9%)	0,42
	Высокая	76 (39,0%)	69 (41,1%)	0,38
Общая (абс./%)	Средняя	65 (33,3%)	55 (32,7%)	0,50
	Высокая	130 (67,7%)	113 (67,3%)	

Необходимо отметить, что в целом уровень комплаентности обследованных пациентов (n=363) может быть охарактеризован как высокий: из данных, представленных в таблице 3, видно, что низкий уровень различных составляющих комплаентности встречается крайне редко, в диапазоне от 0,0% до 2,7% случаев. При этом общая комплаентность оценивается как высокая в 67,7% случаев среди пациентов, перенесших ОНМК, и в 67,3% – среди пациентов с ДДЗ. В таблице 4 представлены корреляционные связи между комплаентностью и кинезиофобией.

Таблица 4

**Результаты корреляционного анализа связи комплаентности
и кинезиофобии**

Кинезиофобия	Комплаентность			
	Общая	Социальная	Эмоциональная	Поведенческая
Психологическая составляющая	0,38***	0,47***	0,26*	0,30**
Физическая составляющая	0,43***	0,44***	0,32**	0,37***
Общий уровень	0,20***	0,19**	0,10	0,22***

Примечания: * - $p \leq 0,05$, ** - $p \leq 0,01$, *** - $p \leq 0,001$.

Анализ значимости различий в комплаенсе, оцененным экспертами, с использованием критерия Манна–Уитни позволил подтвердить изложенные выше соображения, а также обозначить прогностическую ценность превентивного применения психодиагностического опросника «Уровень комплаентности». Результаты представлены в таблице 5.

Таблица 5

**Комплаенс пациентов с разным уровнем комплаентности (N=363),
при $p \leq 0,05$**

Комплаентность		Медиана (25,0%–75,0%)	Мода	Ур. знч.
Общая	высокий уровень (n=243)	4,0 (4,0–5,0)	4,0	0,16
	средний и низкий уровень (n=120)	4,5 (4,0–5,0)	5,0	
Социальная	высокий уровень (n=117)	4,0 (4,0–5,0)	4,0	0,02
	средний и низкий уровень (n=246)	4,5 (4,0–5,0)	5,0	
Эмоциональная	высокий уровень (n=181)	4,0 (4,0–5,0)	4,0	0,02
	средний и низкий уровень (n=182)	4,5 (4,0–5,0)	5,0	
Поведенческая	высокий уровень (n=145)	4,3 (4,0–5,0)	множ.	0,31
	средний и низкий уровень (n=218)	4,5 (4,0–5,0)	5,0	

Анализ значимости различий в комплаенсе, по оценке экспертов, зафиксировал достоверные различия в уровне выраженности социальной и эмоциональной составляющих комплаентности пациентов, по данным опросника «Уровень комплаентности»: пациенты, чей уровень социальной и эмоциональной комплаентности интерпретируется как высокий, демонстрируют, по мнению экспертов, более низкий комплаенс, чем те, чья комплаентность по этим составляющим диагностировалась как находящаяся на среднем или низком уровне.

Обсуждение результатов

При изучении текущего психоэмоционального состояния (таблица 1) было показано, что текущее психоэмоциональное состояние обследованных пациентов существенно отличается от нормативного, причем ряд показателей – соматизация, обсессивность–компульсивность, депрессия, фобическая тревожность – превышают нормативные, а часть – межличностная сензитивность, враждебность, паранойяльные тенденции, психотизм – ниже нормативных значений. Поскольку в данном случае речь идет о степени выраженности в структуре текущего психоэмоционального состояния психопатологических симптомов, оказывающих тормозящее влияние на эффективность реабилитационного процесса [2], условно «положительные», то есть зафиксированные на уровне ниже нормативных, различия в ходе дальнейших рассуждений будут проигнорированы. Таким образом, общий фон психоэмоционального состояния обследованных пациентов в целом характеризуется преобладанием признаков тревожного регистра – соматизацией, обсессивностью–компульсивностью, депрессией и фобической тревожностью.

Привлечение к анализу данных описательной статистики (средние значения), отражающих характеристики психоэмоционального состояния обследованных пациентов, по результатам применения опросника SCL-90-R, позволило выявить, что в количественном отношении максимально выраженным параметром является соматизация. На рисунке 2 видно, что среднее значение по этой шкале существенно преобладает над остальными, при этом анализ значимости различий с использованием критерия Манна–Уитни фиксирует достоверность при сравнении уже со следующим по величине параметром, обсессивностью–компульсивностью, на уровне $p < 0,001$. Таким образом, можно сделать вывод о доказанном преобладании соматизации тревожных переживаний в структуре психоэмоционального состояния обследованных пациентов и обозначить выявленную характеристику как специфическую точку приложения психокоррекционных усилий.

Кинезиофобия как специфическая характеристика психоэмоционального состояния у обследованных пациентов представлена преимущественно средним уровнем выраженности, что в целом составляет 93,7% случаев (табл. 2). Поскольку эмпирическое распределение данных по показателю Общего уровня кинезиофобии по Шкале Тампа соответствует нормальному ($p > 0,05$), можно утверждать, что 68,27% обследованных пациентов с нарушением двигательных функций демонстрируют уровень кинезиофобических реакций в границах, отклоняющихся от среднего значения (41,7 балла), меньше, чем на одно стандартное отклонение (5,7 баллов), то есть располагаются в диапазоне значений от 36,0 до 47,4 баллов [13].



Рис. 2. Характеристики психоэмоционального состояния по данным опросника SCL-90-R (N=363)

Примечание: знаком «*» обозначено среднее значение по шкале соматизации, достоверно превышающее прочие характеристики психоэмоционального состояния по данным опросника SCL-90-R.

Анализ значимости различий в пропорциональной представленности частоты встречаемости различных уровней психологической и физической составляющих кинезиофобии с использованием критерия углового преобразования Фишера дает возможность сделать вывод о том, что значительная выраженность кинезиофобии среди обследованных пациентов достигается преимущественно за счет ее физической составляющей, отражающей реальный опыт взаимодействия с телесной болью у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями крупных суставов и позвоночника либо травматический опыт потери контроля, опоры, ощущение бессилия – в случае перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (эмпирическое значение критерия $\varphi=8,757$ находится в зоне значимости $p \leq 0,01$): низкий уровень выраженности для психологической составляющей регистрируется в 22,9% случаев, для физической – в 3,0% случаев.

Описанные результаты позволяют обозначить кинезиофобию в качестве возможной мишени психокоррекционного воздействия, однако при выявлении физической составляющей кинезиофобии различной степени выраженности особенно необходимо взаимодействие сотрудников мультидисциплинарной бригады. В данной ситуации представляется целесообразным проведение информационно-разъяснительной работы и выдача рекомендаций по преодолению боли не только психологом или психотерапевтом, но и другими специалистами: инструктором лечебной физкультуры, врачом-реабилитологом.

Шкала «Психологическая составляющая кинезиофобии, или вторичная выгода от заболевания», отражает убеждение пациентов в том, что их заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему. Показатели по этой шкале означают различную степень выраженности в жизни пациента неосознаваемых «бонусов» от пребывания в позиции болеющего. Это своеобразный «уход в болезнь», когда человек только таким образом может получить возможность удовлетворить свою потребность во внимании, любви и заботе со стороны близких либо избежать ощущения бессилия и беспомощности при необходимости разрешения серьезных внешних и внутриспсихических конфликтов и противоречий. Психологическая составляющая кинезиофобии предполагает также наличие гипернозогнозического, тревожно-мнительного типа реагирования на болезнь, для которого характерны яркая, преувеличенная эмоциональная окраска переживаний, связанных с болезнью, преувеличение тяжести заболевания, заниженная модель ожидаемых результатов лечения, отсутствие осознанной мотивации к ответственному включению в процесс реабилитации. Показано, что высокая степень выраженности психологической составляющей кинезиофобии – вторичной выгоды от заболевания – соотносится с большим количеством госпитализаций в отделения медицинской реабилитации и восстановительного лечения [4]. Таким образом, именно психологическая составляющая кинезиофобии представляет собой возможную специфическую мишень для организации психокоррекционного сопровождения пациентов с нарушением двигательных функций в процессе медицинской реабилитации.

Кроме того, основываясь на анализе данных с привлечением описательной статистики (средние значения), можно сказать, что в структуре комплаентности преобладающей является эмоциональная составляющая: попарное сравнение с использованием критерия Манна-Уитни фиксирует различия между эмоциональной (среднее значение 29,2 балла, по данным опросника «Уровень комплаентности»), социальной (среднее значение 27,3 балла) и поведенческой (среднее значение 28,5 балла) комплаентностью на уровне $p \leq 0,05$.

Таким образом, высокий уровень комплаентности обследованной когорты пациентов формируется, прежде всего, за счет эмоциональной составляющей – чрезмерной впечатлительности, импульсивности, чувствительности. Процесс реабилитации приобретает для них истинную значимость: как правило, пациенты настойчиво добиваются госпитализации, при поступлении в стационар декларируют выраженный положительный настрой, эмоциональную включенность и заинтересованность в достижении результата, однако при этом склонны проявлять излишнее беспокойство о последствиях или о возможных неудачах, формировать нереалистичный образ желаемого будущего в виде немедленного возвращения утраченных функций, а также наделять лечащего врача исключительной значимостью и ответственностью за собственное выздоровление, непрерывно пытаясь консультироваться с ним, оповещая обо всех своих переживаниях. Известно, что высокий уровень тревоги, лежащий в основе такого поведения, истощает психику человека, снижает его адаптационные возможности, дезорганизует активность и приводит к снижению эффективности любой деятельности [10].

При изучении значимости различий в уровне выраженности характеристик психоэмоционального состояния в группах пациентов с различным уровнем комплаентности использовалось попарное сравнение групп по критерию Манна–Уитни. Анализ показал, что подавляющее большинство психопатологических характеристик текущего состояния обследованных пациентов более интенсивно выражены в группах с высоким уровнем как любой из структурных составляющих, так и интегрального показателя комплаентности. Можно предположить, что данный факт отражает неосознаваемое намерение так называемого «высококомплаентного» пациента атрибутировать ответственность за выздоровление и эффективность реабилитации внешним обстоятельствам в лице врача, массажиста, инструктора лечебной физкультуры, сменить активную позицию «я делаю все возможное для того, чтобы выздороветь» на пассивную – «лечите меня».

Как следует из данных, представленных в таблице 5, пациенты в целом продемонстрировали высокий уровень приверженности к лечению в процессе медицинской реабилитации: межквартильный интервал экспертной оценки комплаенса расположен в диапазоне 4,0-5,0 баллов по пятибалльной шкале. Это означает, что 50,0% обследованных придерживались рекомендаций лечащего врача и медицинского персонала на «хорошо» и «отлично». При этом в группах, где до начала реабилитации был диагностирован высокий уровень комплаентности, наиболее распространенной оценкой комплаенса в процессе реабилитации стала «4», в группах со средним уровнем комплаентности – «5». Указанные различия оказались статистически значимыми для показателей, отражающих социальную и эмоциональную составляющие комплаентности, что позволяет сделать предположение о прогностической ценности этих конструктов в достижении максимальной эффективности реабилитационных мероприятий.

Заключение

В результате проведенного исследования обнаружено, что общий фон эмоционального состояния обследованных пациентов характеризуется преобладанием различных проявлений тревожных переживаний: соматизацией, обсессивностью–компульсивностью, депрессией, фобической тревожностью. В качестве специфичных точек-мишеней приложения психокоррекционных усилий в процессе реабилитации пациентов с нарушением двигательных функций могут быть обозначены такие характеристики текущего психоэмоционального состояния, как соматизация и психологическая составляющая страха движения, кинезиофобии. При составлении индивидуальных программ психологической реабилитации представляется целесообразным учитывать результаты превентивной диагностики уровня комплаентности личности, поскольку высокий уровень этого показателя соотносится со значительными проявлениями психопатологических характеристик.

Литература

1. Булюбаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. Самара: Бахрах-М, 2011. 272 с.

Котельникова А.В., Кукушина А.А., Бузина Т.С., Тихонова А.С. Стратегия психокоррекционной работы в процессе медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции движения
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 151–168.

Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Buzina T.S., Tihonova A.S. Strategy of Psycho-Correctional Work in Medical Rehabilitation of Patients with Movement Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 151–168.

2. Избранные лекции по медицинской реабилитации / Под ред. А.Н. Разумова, Е.А. Туровой, В.И. Корушева. Тамбов: Издательство Юлис, 2016. 278 с.

3. *Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А.* Опросник «Уровень комплаентности»: монография. Владивосток: Тихоокеанский государственный университет имени адмирала Г.И. Невельского, 2014. 74 с.

4. *Котельникова А.В., Кукушина А.А.* Апробация методики измерения кинезиофобии у больных с нарушением двигательных функций // Экспериментальная психология. 2018. Том 11. № 2. С. 50–62. DOI: 10.17759/exppsy.2018110204

5. *Кукушина А.А.* Система психодиагностики и психокоррекции в медицинской реабилитации пациентов с нарушениями двигательных функций // Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М., 2018. 48 с.

6. *Леонтьев А.Н.* Деятельность. Сознание. Личность. М.: Академия, 2004. 352 с.

7. *Мачильская О.В.* Факторы, определяющие приверженность к лечению больных артериальной гипертензией (обзор литературы) // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2016. Том 9. № 3. С. 56–65. DOI: 10.17116/kardio20169355-65

8. *Мельникова Е.А., Разумов А.Н., Рассулова М.А. и др.* Методические подходы к оценке реабилитационного потенциала и прогнозированию результатов реабилитации у больных с острым нарушением мозгового кровообращения // Вопросы восстановительной и спортивной медицины. Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции. М.: Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы, 2017. С. 11–14.

9. *Насонова В.А., Эрдес Ш.Ф.* О всемирной Декаде костно-суставных заболеваний // Научно-практическая ревматология. 2000. Том 38. № 4. С. 14–16.

10. *Нехорошкова А.Н., Грибанов А.В., Джос Ю.С.* Проблема тревожности как сложного психофизиологического явления // Экология человека. 2014. № 6. С. 47–54.

11. *Панкратьев А.А., Котельникова А.В., Кукушина А.А.* Структура кинезиофобии в реабилитации пациентов с нарушением двигательных функций // Пироговский форум травматологов-ортопедов. Материалы. Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2019. С. 222–223.

12. *Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии. 2-е изд. М.: Гелеос, 1946. 571 с.

13. *Сидоренко Е.В.* Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2000. 350 с.

14. *Скворцова В.И., Шетова И.М., Какорина Е.П. и др.* Результаты реализации «Комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в российской федерации» //

Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Том 118. № 4. С. 5–12.
DOI: 10.17116/jnevro2018118415-12

15. Старостина Е.Г. Володина М.Н. Роль комплаентности в ведении больных с диабетом // Русский медицинский журнал. 2015. Том 23. № 8. С. 477–480.

16. Тарабрина Н.В., Азарков В.А., Быховец Ю.В. и др. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. М.: Когито-Центр. 2007. 208с.

17. Bäck M. Exercise and physical activity in relation to kinesiophobia and cardiac risk markers in coronary artery disease. Gothenburg, Sweden: University of Gothenburg, 2012. 101 p.

18. Hui-Ting L., Yen-I L., Wen-Pin H., et al. A scoping review of the efficacy of virtual reality and exergaming on patients of musculoskeletal system disorders. Journal of Clinical Medicine. 2019. Vol. 8. № 6. P. 791. DOI: 10.3390/jcm806079

19. World Health Organisation. Rehabilitation 2030: A Call for Action. URL: <http://www.who.int/rehabilitation/CallForActionRU.pdf> (дата обращения: 26.09.2018).

References

1. Buljubash I.D., Morozov I.N., Prihod'ko M.S. Psihologicheskaia reabilitacija pacientov s posledstvijami spinal'noj travmy [Psychological rehabilitation of patients with spinal injuries]. Samara: Bahrah-M, 2011. 272 p. (In Russ.).

2. Cidorenko E.V. Metody matematicheskoi obrabotki v psikhologii [Mathematical methods of processing in psychology]. Saint-Petersburg: Rech', 2002, 350 p. (In Russ.).

3. Izbrannye lektsii po meditsinskoj reabilitatsii [Selected lectures on medical rehabilitation]. In A.N. Razumova, E.A. Turovoi, V.I. Korysheva (eds.). Tambov: Yulis, 2016, 278 p. (In Russ.).

4. Kadyrov R.V., Asriyan O.B., Koval'chuk S.A. Oprosnik «Uroven' komplaentnosti» [The Compliance level questionnaire]. Vladivostok: Pacific national university, 2014, 74 p. (In Russ.).

5. Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A. Aprobaciya metodiki izmereniya kineziofobii u bol'nyh s narusheniem dvigatel'nyh funktsij [Testing the method of measuring of kinesiophobia on patients with movement disorders]. *Ekspperimental'naya psihologiya=Experimental Psychology*, 2018, vol. 11, no. 2, pp. 50–62. (In Russ.). DOI: 10.17759/exppsy.2018110204

6. Kukshina A.A. Sistema psikhodiagnostiki i psikhokorreksii v meditsinskoj reabilitatsii patsientov s narusheniyami dvigatel'nykh funktsii [The system of psychodiagnosics and psychocorrection in the medical rehabilitation of patients with movement disorders], PhD thesis. Moscow, 2018, 48 p. (In Russ.).

7. Leont'ev A.N. Deyatel'nost'. Soznanie. Lichnost' [Activity. Consciousness. Personality.] Moscow: Akademiya, 2004. 352 p. (In Russ.).

8. Machil'skaya O.V. Faktory, opredelyayushchie priverzhennost' k lecheniyu bol'nykh arterial'noi gipertenziei (obzor literatury) [Factors determining adherence to treatment in patients with arterial hypertension (literature review)]. *Kardiologiya i serdechno-sosudistaya khirurgiya=Cardiology and Cardiovascular Surgery*, 2016, vol. 9, no. 3, pp. 56–65. (In Russ.).

9. Mel'nikova E.A., Razumov A.N., Rassulova M.A et al. Metodicheskie podkhody k otsenke reabilitatsionnogo potentsiala i prognozirovaniyu rezul'tatov reabilitatsii u bol'nykh s ostrym narusheniem mozgovogo krovoobrashcheniya [Methodological approaches to assessing the rehabilitation potential and predicting the results of rehabilitation in patients with stroke]. *Voprosy vosstanovitel'noi i sportivnoi meditsiny. Sbornik nauchnykh trudov po materialam Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii=Questions of Rehabilitation and Sports Medicine. Collection of Scientific Papers on the Materials of the International Scientific and Practical Conference*. Moscow: Moscow centre for research and practice in medical rehabilitation, restorative and sports medicine of Moscow healthcare department, 2017, pp. 11–14. (In Russ.).

10. Nasonova V.A., Jerdes Sh.F. O vsemirnoi Dekade kostno-sustavnykh zabolevaniy [About the world Decade of bone and joint diseases]. *Nauchno-prakticheskaja revmatologiya=Scientific and Practical Rheumatology*, 2000, vol. 38, no. 4, pp. 14–16. (In Russ.).

11. Nekhoroshkova A.N., Griбанov A.V., Dzhos Yu.S. Problema trevozhnosti kak slozhnogo psikhofiziologicheskogo yavleniya [The problem of anxiety as a complex psychophysiological phenomenon]. *Ekologiya cheloveka=Human Ecology*, 2014, no. 6, pp. 47–54. (In Russ.).

12. Pankrat'ev A.A., Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A. Struktura kineziofobii v reabilitatsii pacientov s narusheniem dvigatel'nykh funktsiy [The structure of kinesiophobia in the rehabilitation of patients with movement disorders]. In *Pirogovskij forum travmatologov-ortopedov. Materialy=Pirogov Forum of Traumatologists and Orthopedists. Materials*, Moscow, 2019, pp. 222–223. (In Russ.).

13. Rubinshtein S.L. Osnovy obshchei psikhologii, 2 izd. [Fundamentals of general psychology (2nd ed.)]. Moscow: Geleos, 1946, 571 p. (In Russ.).

14. Skvortsova V.I., Shetova I.M., Kakorina E.P. et al. Rezul'taty realizatsii "Kompleksa meropriyatii po sovershenstvovaniyu meditsinskoj pomoshchi patsientam s ostrymi narusheniyami mozgovogo krovoobrashcheniya v rossiiskoi federatsii" [Results of implementation of the "Complex of measures to improve medical care for patients with acute cerebral circulatory disorders in the Russian Federation"]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. C.C. Korsakova=Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2018, vol. 118, no. 4, pp. 5–12. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro2018118415-12

15. Starostina E.G. Volodina M.N. Rol' komplaentnosti v vedenii bol'nykh s diabetom [The role of compliance in the management of patients with diabetes]. *Russkii meditsinskii zhurnal=Russian Medical Journal*, 2015, no. 8, p. 477–480. (In Russ.).

Котельникова А.В., Кукушина А.А., Бузина Т.С.,
Тихонова А.С. Стратегия психокоррекционной работы
в процессе медицинской реабилитации пациентов
с нарушением функции движения
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 151–168.

Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Buzina T.S.,
Tihonova A.S. Strategy of Psycho-Correctional
Work in Medical Rehabilitation of Patients
with Movement Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 151–168.

16. Tarabrina N.V., Agarkov V.A., Byhovec Yu.V. et al. *Prakticheskoe rukovodstvo po psihologii posttravmaticheskogo stressa. Ch.1. Teoriya i metody* [Practical guide to the psychology of post-traumatic stress. Part 1. Theory and methods]. Moscow: Kogito-Centr, 2007, 208 p. (In Russ.).

17. Bäck M. Exercise and physical activity in relation to kinesiophobia and cardiac risk markers in coronary artery disease. Gothenburg, Sweden, University of Gothenburg, 2012. 101 p.

18. Hui-Ting L., Yen-I L., Wen-Pin H. et al. A Scoping review of the efficacy of virtual reality and exergaming on patients of musculoskeletal system disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 2019, vol. 8, no. 6, p. 791. DOI: 10.3390/jcm806079

19. World Health Organisation. Rehabilitation 2030: A call for action. URL: <http://www.who.int/rehabilitation/CallForActionRU.pdf> (Accessed 26.09.2018).

Информация об авторах

Котельникова Анастасия Владимировна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отдела медицинской реабилитации, ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1584-4815>, e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru

Кукушина Анастасия Алексеевна, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела медицинской реабилитации, ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2290-3687>, e-mail: kukshina@list.ru

Бузина Татьяна Сергеевна, доктор психологических наук, заведующий кафедрой общей психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8834-251X>, e-mail: tbuzina@gmail.com

Тихонова Анастасия Сергеевна, медицинский психолог филиала № 3, ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7693-9397>, e-mail: seyli1992@list.ru

Information about the authors

Anastasia V. Kotel'nikova, PhD in Psychology, Senior Research Assistant of Medical Rehabilitation Department, Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1584-4815>, e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru

Anastasia A. Kukshina, Doctor of Medicine, Leading researcher of Medical Rehabilitation Department, Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of

*Котельникова А.В., Кукшина А.А., Бузина Т.С.,
Тихонова А.С.* Стратегия психокоррекционной работы
в процессе медицинской реабилитации пациентов
с нарушением функции движения
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 151–168.

*Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Buzina T.S.,
Tihonova A.S.* Strategy of Psycho-Correctional
Work in Medical Rehabilitation of Patients
with Movement Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 151–168.

Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2290-3687>, e-mail: kukshina@list.ru

Tatiana S. Buzina, Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov of the Ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8834-251X>, e-mail: tbuzina@gmail.com

Anastasia S. Tihonova, medical psychologist of the Branch 3 of Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7693-9397>, e-mail: seyli1992@list.ru

Получена: 22.05.2020

Received: 22.05.2020

Принята в печать: 16.12.2020

Accepted: 16.12.2020

Шкала катастрофизации боли: адаптация опросника

Радчикова Н.П.

*Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВО МПГУ),
г. Москва, Российская Федерация*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5139-8288>, e-mail: nataly.radchikova@gmail.com

Адашинская Г.А.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО РНИМУ), г. Москва, Российская Федерация*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9482-1488>, e-mail: adashinska@mail.ru

Саноян Т.Р.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО РНИМУ), г. Москва, Российская Федерация*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7915-6167>, e-mail: tinarub@mail.ru

Шупта А.А.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России,
г. Москва, Российская Федерация*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4336-4122>, e-mail: shupta.aa@ya.ru

В статье приведены результаты адаптации Шкалы катастрофизации боли, состоящей из трех субшкал («Мысленная жвачка», «Преувеличение» и «Безнадежность») на выборке из 219 человек (80,4% женского пола). Возраст участников в среднем составил 22,05 года (медиана – 19,00 лет, стандартное отклонение – 6,74; возрастной диапазон – 18–54 года). Русскоязычный вариант Шкалы катастрофизации боли имеет удовлетворительную внутреннюю согласованность по отдельным субшкалам (альфа Кронбаха – 0,82; 0,67 и 0,83 соответственно), и высокую – по интегральной шкале (альфа Кронбаха – 0,89). Оценки катастрофизации боли положительно коррелируют с оценками силы и интенсивности боли (Опросник боли МакГилла в адаптации В.В. Кузьменко и др., 1986 г.), а также с уровнем самоконтроля (Шкала самоконтроля Дж. Тангни, Р. Баумайстера и А.Л. Бун в адаптации Т.О. Гордеевой и др., 2016 г.): «катастрофизаторы», как правило, обладают более низким уровнем самоконтроля. Показатели конфирматорного факторного анализа (RMSEA=0,08; $\chi^2/df=2,5$; GFI=0,90; SRMR=0,07) позволяют характеризовать одно и трехфакторные модели катастрофизации боли как приемлемые. По сравнению с мужчинами женщины показали более высокий уровень катастрофизации боли в общем, причем различия

также обнаружены по шкале «Мысленная жвачка», а по шкалам «Преувеличение» и «Безнадежность» статистически значимых различий не выявлено. Показатели катастрофизации боли также положительно коррелируют с тревогой и депрессией (HADS в адаптации М.Ю. Дробижева, 1993 г.).

Ключевые слова: боль, шкала катастрофизации боли, адаптация опросника, самоконтроль, тревога, депрессия.

Для цитаты: Радчикова Н.П., Адашинская Г.А., Саноян Т.Р., Шупта А.А. Шкала катастрофизации боли: адаптация опросника [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 169–187. DOI: 10.17759/crpe.2020090409

Russian Adaptation of the Pain Catastrophizing Scale

Nataly P. Radchikova

Moscow Pedagogical State University (MPGU), Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5139-8288>, e-mail: nataly.radchikova@gmail.com

Galina A. Adashiskaya

Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9482-1488>, e-mail: adashinska@mail.ru

Tigranui R. Sanoyan

Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7915-6167>, e-mail: tinarub@mail.ru

Anastasiya A. Shupta

National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named

after V.P. Serbsky of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4336-4122>, e-mail: shupta.aa@ya.ru

The article presents the results of the adaptation of the Pain Catastrophizing Scale, which consists of three subscales (Rumination, Magnification and Helplessness) in a sample of 219 people (80,4% females). The average age of the participants was 22,05 years (median=19,00 years, standard deviation=6,74; age range from 18 to 54 years). The Russian-language version of the Pain Catastrophizing Scale shows acceptable reliability for the scales (Cronbach's alpha = 0,82; 0,67 and 0,83, respectively), and high reliability in general (Cronbach's alpha = 0.89). Estimates of pain catastrophizing are positively correlated with the estimates of pain strength and intensity (McGill Pain Questionnaire, adapted by V. Kuzmenko in 1986), as well as with the level of self-control (Brief Self-Control Scale by

J.P. Tangney, R.F. Baumeister and A.L. Boone, adapted by T. Gordeeva et al. in 2016): catastrophizing people, as a rule, have a lower level of self-control. Fit indices of confirmatory factor analysis (RMSEA=0,08; $\chi^2/df=2.5$; GFI=0.90; SRMR=0.7) characterize one- and three-factor models of pain catastrophizing as reasonable. Women showed a higher level of catastrophic pain in general, and differences were also found on the scale of Rumination, while there were no statistically significant differences on the scales of Magnification and Helplessness. Pain Catastrophizing is also positively correlated with anxiety and depression (HADS adapted by M. Drobizhev in 1993).

Keywords: pain, the Pain Catastrophizing Scale, questionnaire adaptation, self-control, anxiety, depression.

For citation: Radchikova N.P., Adashiskaya G.A., Sanoyan T.R., Shupta A.A. Russian Adaptation of the Pain Catastrophizing Scale. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 4, pp. 169–187. DOI: 10.17759/cpse.2020090409 (In Russ.)

Введение

Боль – это сложный феномен, включающий перцептивный, эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты. Эмоциональное отношение и когнитивные представления о тяжести боли (болезни) оказывают существенное влияние на особенности восприятия и переживания болевых ощущений, что в свою очередь ложится в основу прогноза успеха или неуспеха лечения. Именно поэтому *Шкала катастрофизации боли* [22], позволяющая в экспресс-режиме оценить степень включенности эмоциональных и поведенческих компонентов в структуру болевого синдрома, представляет особый практический и исследовательский интерес.

Катастрофизация боли определяется как психопатологический процесс, характеризующийся «дезадаптивной, негативной оценкой определенных симптомов и повышенным вниманием к ним» [5, с. 49]. Опросник, позволяющий численно оценить степень катастрофизации, предложен в 1995 года Майклом Салливаном, Скоттом Бишопом и Джейн Пивик [22] и включает в себя три подхода к объяснению данного феномена, что отражено в трех различных шкалах, в сумме составляющих единый показатель катастрофизации. Первый подход подчеркивает сосредоточенность внимания человека на мыслях, связанных с болью [21], и служит основой для первой шкалы методики (*Мысленная жвачка* (Rumination)). Второй подход подчеркивает тенденцию некоторых людей преувеличивать силу, значение и последствия болевых ощущений [14] и служит основой для выделения второй шкалы методики (*Преувеличение* (Magnification)). Третий подход выделяет принятие позиции смирения, беспомощности и невозможности управления ситуацией при болевых ощущениях [20] и служит основой для третьей шкалы методики (*Безнадежность* (Helplessness)). При разработке методики оказалось, что все три шкалы умеренно связаны между собой (0,30–0,50), что позволяет рассматривать их как различные компоненты одного основополагающего конструкта [22, с. 525].

Опросник содержит всего 13 вопросов и может быть заполнен менее чем за 5 минут, что делает его удобным клиническим и исследовательским инструментом. Он также показал высокую внутреннюю согласованность, ретестовую надежность и хорошую внешнюю валидность [22].

В настоящее время *Шкала катастрофизации боли* адаптирована для многих языков и широко применяется как в психологических, так и в медицинских исследованиях: более 600 работ, связанных с катастрофизацией боли, было опубликовано еще до 2010 года [24]. Так, например, в немецкоязычной адаптации [18] для $N=111$ альфа Кронбаха для трех шкал и общего балла катастрофизации боли составила 0,89, 0,67, 0,88 и 0,92 соответственно. Факторный анализ выявил три фактора, которые оказались практически идентичны факторной структуре исходного опросника. Общий балл по шкале катастрофизации боли статистически значимо коррелировал с интенсивностью боли ($r=0,26$), общим состоянием здоровья ($r=-0,29$), самооценкой депрессии ($r=0,52$) и соматическими проявлениями ($r=0,53$). В китайской адаптации [27] для $N=130$ была получена высокая внутренняя согласованность по общей катастрофизации ($\alpha=0,93$), внутрикласовая корреляция (ICC) оказалась равна 0,97 для общего показателя катастрофизации; 0,96 – для шкалы *Безнадежность*; 0,95 – для шкалы *Преувеличение* и 0,91 – для шкалы *Мысленная жвачка*. Статистически значимые связи были обнаружены с интенсивностью боли, нетрудоспособностью, тревогой и депрессией ($r=0,22-0,60$). Тем не менее, не было найдено различий по полу, что не согласуется с результатами других исследований. В греческой версии опросника [19] для $N=61$ эксплораторный факторный анализ также показал трехфакторное решение (83,63% общей объясненной дисперсии), соотносящееся с исходной структурой опросника. Внутренняя согласованность оказалась высокой: альфа Кронбаха для трех шкал и общего балла равна 0,91; 0,92; 0,94 и 0,94 соответственно. Итоговый показатель катастрофизации статистически значимо коррелировал с тревогой ($r=0,29$) и депрессией ($r=0,43$) госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, а также с оценками боли ($r=0,52-0,89$). Результаты франкоязычной адаптации [25] для $N=345$ также показывают трехфакторную структуру, согласующуюся с оригинальной версией опросника. Внутренняя согласованность оказалась аналогична версии М. Салливана и др. [22]: $\alpha=0,85$ для общего показателя катастрофизации, $\alpha=0,72$ для шкалы *Мысленная жвачка*, $\alpha=0,66$ для шкалы *Преувеличение* и $\alpha=0,74$ для шкалы *Безнадежность*; ретестовая надежность удовлетворительна ($r=0,73$). Статистически значимые связи катастрофизации были получены с депрессией, тревогой и интенсивностью боли.

Интерес к феномену катастрофизации и ее возможному влиянию на состояние пациентов, скорость реабилитации и качество жизни, а также к использованию «Шкалы катастрофизации боли» в практических и научных целях растет и в нашей стране. В последнее время стали появляться работы, в которых даны обзоры по проблеме [5; 8], а также работы, в которых представлены результаты использования опросника [3; 8–10; 12]. Тем не менее таких работ крайне мало (по сравнению с объемом англоязычной литературы), а опросник до сих пор не адаптирован для российской выборки. Существуют разногласия как в переводе пунктов опросника, так и в представлении баллов по шкалам. Так, в работах [8; 10; 12] приведены значения шкал опросника, сопоставимые с баллами, представленными в работах

М. Салливана [22; 23] и других зарубежных исследований. В работах [3; 9] приведены показатели, не соответствующие ни исходной версии опросника [22], ни отечественным работам [8; 10; 12]. Приведенные значения по шкалам, в пять раз отличающиеся от значений из других работ, никак не объясняются. Можно только предполагать, что в [3; 9] значения по каждой шкале были усреднены для того, чтобы была возможность сравнивать выраженность шкал, так как разные шкалы содержат разное количество вопросов.

Целью данной работы была адаптация *Шкалы катастрофизации боли* на русскоязычной выборке, по возможности сохранив структуру опросника; проверка ее стандартных психометрических характеристик, а также различных видов валидности. Для проверки конструктивной валидности были выбраны следующие характеристики. Так как установлено [13; 15], что уровень катастрофизации боли связан с тревогой и депрессией, то и русскоязычная адаптация опросника должна показать такие же результаты. Еще одним критерием конструктивной валидности может служить корреляция между оценками интенсивности боли и катастрофизации, как было установлено в [23]. В качестве последнего критерия предлагается проверка предположения и том, что люди с более высоким уровнем катастрофизации обладают меньшим уровнем самоконтроля [20]. Во многих исследованиях отмечалось [16; 17; 22; 23], что существуют половые различия в оценках катастрофизации боли: женщины являются более эмоциональными, чем мужчины, и показывают более высокий уровень катастрофизации боли, причем различия также обнаружены по шкалам *Мысленная жвачка* и *Преувеличение*, а по шкале *Безнадежность* статистически значимых различий обычно нет. Предполагается, что такие же результаты должны быть получены и в нашем исследовании, что подтвердит содержательную валидность.

Участники исследования

В исследовании приняли участие 219 человек, в момент опроса не испытывающие болевые ощущения. Такой выбор основывается на предположении, что каждый практически здоровый человек обладает в свернутой форме опытом переживания боли, который можно рассматривать как свернутую форму болевой перцепции, означаемую личным и общественным опытом. Из всех участников исследования 80,4% (n=176) были женского пола, 19,6% (n=43) – мужского. Большинство опрошенных (148 человек; 67,6 %) были студентами различных факультетов РНИМУ, остальная часть выборки представлена работающими респондентами из разных сфер профессиональной деятельности. Возраст участников исследования в среднем составил 22,05 года (медиана – 19,00 лет, стандартное отклонение – 6,74; возрастной диапазон – 18–54 года).

Методики исследования

Участникам исследования предлагались *Шкала катастрофизации боли*, состоящая из 13 пунктов (см. Приложение), *опросник боли Мак-Гилла MPQ* в адаптации В.В. Кузьменко и др., 1986 г. [4] для оценки силы и интенсивности боли, *Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS* [28] в адаптации М.Ю. Дробижеева, 1993 г. [2], *Шкала самоконтроля* Дж. Тангни, Р. Баумайстера и А.Л. Бун в адаптации Т.О. Гордеевой и др., 2016 г. [1].

Оригинальный текст *Шкалы катастрофизации боли* был переведен на русский язык с помощью языковой службы исследовательского фонда Mapi (Mapi Research Trust; Mapi/ICON Language Services, Lyon, France, <https://eprovide.mapi-trust.org>), который выбрали авторы методики в качестве лингвистической компании для перевода текста методики на разные языки. Лицензионное соглашение на право использовать перевод методики в научных исследованиях также было получено с помощью исследовательского фонда Mapi. Текст опросника с ключом приведен в Приложении (PCS – Russia/Russian – version of 03 Mar 2017 – Mapi, ID057817 / PCS_AU1.0_rus-RU.doc). Никакой дополнительной работы с текстом методики не проводилось, так как этот текст уже используется в русскоязычных медицинских и психологических исследованиях [3; 8–10], в то время как проверка психометрических свойств методики не осуществлялась.

Процедура исследования

Исследование проводилось анонимно в группах от 2 до 30 человек одновременно по всем методикам. Опросники заполнялись в бланковом формате. Время тестирования не превышало 20 минут. Согласно инструкции, оценки боли и отношения к боли осуществлялись по воспоминаниям самых последних или самых ярких болевых ощущений. Участие в исследовании было добровольным и анонимным. Статистический анализ проводился в программах STATISTICA 10.0 и SPSS Amos v. 21.

Результаты и обсуждение

Описательная статистика и результаты проверки надежности по основным шкалам всех методик приведены в табл. 1. Альфа Гуттмана подсчитывалась при делении вопросов каждой шкалы на четные и нечетные. Согласно критерию Шапиро–Уилка, в отличие от результатов авторов методики «Шкала катастрофизации боли» [22], распределение баллов не подчиняются нормальному закону распределения. Вместе с тем средние значения шкал методики практически совпадают с медианами (различия при округлении составляют не более 1 балла), что является показателем симметричного распределения. Среднее значение итогового показателя превосходит медиану на 2 балла.

Оценка взаимосвязей между различными шкалами методики (табл. 2) показала, что шкалы умеренно коррелируют друг с другом (0,61–0,64) и сильно коррелируют с итоговым баллом. Умеренные связи между шкалами свидетельствует о том, что разные проявления катастрофизации боли (*Мысленная жвачка*, *Преувеличение* и *Безнадежность*), отражающие различные теоретические подходы к феномену катастрофизации, могут быть объединены общим баллом. Полученные в нашем исследовании коэффициенты корреляции выше, чем в работе [22, с. 525], и находятся в узком диапазоне (0,61–0,64), тогда как при разработке оригинальной методики самая сильная связь была получена между шкалами *Мысленная жвачка* и *Безнадежность* ($r=0,50$), а остальные два коэффициента корреляции (между шкалами *Безнадежность* и *Преувеличение* и между шкалами *Мысленная жвачка* и *Преувеличение*) изменялись в пределах 0,30–0,32 соответственно.

Таблица 1

Описательная статистика Шкалы катастрофизации боли (N=219)

Субшкалы	M	Me	SD	Асимметрия	Экссесс	α Кронбаха	α Гуттмана
				Значение \pm стандартная ошибка			
Шкала катастрофизации боли							
Мысленная жвачка	7,5	7,0	4,0	0,27 \pm 0,16	-0,76 \pm 0,33	0,82	0,88
Преувеличение	4,1	3,0	2,8	0,74 \pm 0,16	0,01 \pm 0,33	0,67	-
Безнадежность	7,2	6,0	5,1	0,78 \pm 0,16	0,07 \pm 0,33	0,83	0,86
Шкала катастрофизации боли (итоговый балл)	18,8	17,0	10,3	0,65 \pm 0,16	-0,02 \pm 0,33	0,89	0,91
Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS							
Тревога	8,2	8	3,8	0,50 \pm 0,16	0,01 \pm 0,33	0,80	0,74
Депрессия	5,7	5	3,3	0,53 \pm 0,16	0,07 \pm 0,33	0,66	0,72
Опросник боли Мак-Гилла MPQ							
Индекс числа выделенных дескрипторов (ИЧВД)	17,6	20	3,4	-1,34 \pm 0,16	0,87 \pm 0,33	0,85	0,87
Ранговый индекс боли РИБ	39,0	40	11,2	-0,16 \pm 0,16	0,15 \pm 0,33	0,68	0,64
Шкала самоконтроля							
Самоконтроль	38,2	38	8,2	-0,06 \pm 0,16	-0,36 \pm 0,33	0,80	0,83

Примечание: M – среднее, Me – медиана, SD – стандартное отклонение.

Таблица 2

**Показатели взаимосвязи (коэффициенты корреляции Пирсона)
между субшкалами Шкалы катастрофизации боли, $p < 0,001$**

	Преувеличение	Безнадежность	Шкала катастрофизации боли (итоговый балл)
Мысленная жвачка	0,62	0,64	0,87
Преувеличение	-	0,61	0,81
Безнадежность	-	-	0,90

Показатели внутренней согласованности и надежности шкал методики говорят о высокой согласованности (табл. 1): для шкалы *Мысленная жвачка*

α Кронбаха=0,82; α Гуттмана=0,88; для шкалы *Преувеличение* α Кронбаха=0,67; для шкалы *Безнадежность* α Кронбаха=0,83; α Гуттмана=0,86. Высокая внутренняя согласованность получилась и для общего показателя катастрофизации боли (α Кронбаха=0,89; α Гуттмана=0,91). Исключение составляет шкала *Преувеличение*, для которой альфа Кронбаха оказалась равна 0,67, что на первый взгляд кажется недостаточно высоким показателем. Тем не менее, мы полагаем, что в данном случае можно рассматривать его как свидетельство достаточной внутренней согласованности шкалы, потому что, во-первых, величина альфа Кронбаха зависит от числа пунктов шкалы [26], а в данном случае шкала имеет всего три пункта. Для шкалы, состоящей всего из трех пунктов, альфа, равная 0,67, является приемлемым результатом. Во-вторых, при интерпретации полученного результата также следует учесть, что α -Кронбаха – это нижняя граница оценки надежности и может меняться от выборки к выборке. Например, в работе А.Я. Ледовой и др. [6] для короткой версии опросника MD-8 (8 вопросов) альфа Кронбаха составила 0,68 для выборки пользователей Facebook и 0,88 – для выборки студентов-психологов. В-третьих, как отмечает О.В. Митина, альфа Кронбаха в пределах 0,65–0,75 вполне достаточно для личностных конструкторов: «...слишком высокий показатель свидетельствует об узости измеряемого конструкта, а значит о его чрезмерной специфичности, и, как следствие, о довольно ограниченной применимости. В любом случае не существует однозначно принятых границ диапазона, в котором α -Кронбаха должна лежать. Следует руководствоваться рекомендациями и здравым смыслом: неправомерно ожидать от шкалы, предназначенной для диагностики мотива или эмоции, которые сами по себе весьма динамичны, высокой согласованности ответов на пункты, предназначенные для измерения этих конструкторов. α -Кронбаха равная 0,6 в этом случае – хороший показатель. <...> Устойчивые личностные конструкторы должны иметь α -Кронбаха 0,65–0,75» [7, с. 235–236]. В-четвертых, полученные нами значения альфа для всех трех шкал методики (0,82; 0,67 и 0,83) полностью соотносятся со значениями альфа для соответствующих шкал, полученными М. Салливаном при разработке методики и оценке ее надежности, и даже превосходят их [18, с. 525]. Аналогичная ситуация характерна, например, и для немецкоязычной и франкоязычной адаптации опросника с альфами Кронбаха по шкалам 0,89; 0,67; 0,88 [18] и 0,72; 0,66; 0,74 [25], что не помешало авторам признать их версии переводов приемлемыми. Безусловно, внутреннюю согласованность легко увеличить, добавив один или два дополнительных пункта, но в таком случае диапазон изменения шкалы изменится и результаты русскоязычной версии методики будут несравнимы с результатами других версий.

Для предварительной проверки внутренней структуры методики был проведен эксплораторный факторный анализ (метод главных компонент, вращение Варимакс). Результаты представлены в табл. 3. О том, что в результате применения опросника получается трехфакторная структура, свидетельствует то, что три фактора объясняют 62% общей дисперсии, что вполне достаточно, и, кроме того, только три собственных значения корреляционной матрицы превосходят единицу (критерий Кайзера). Видно также (табл. 3), что несмотря на различное количество вопросов в шкалах, факторы оказываются равноправны, так как объясняют примерно одинаковый процент общей дисперсии. В работе М. Салливана и С. Бишопа [22] общий процент объясненной дисперсии составил 59%, что практически совпадает с нашими показателями, но факторы были неэквивалентны по

объясняемой дисперсии: 41% объяснял фактор 1 (*Мысленная жвачка*, 4 вопроса), 10% – фактор 2 (*Преувеличение*, 3 вопроса) и 8% – фактор 3 (*Безнадежность*, 6 вопросов) [22, с. 525]. Для пунктов 1 и 9 факторные нагрузки получились низкими, что может свидетельствовать о необходимости изменения формулировок некоторых вопросов и проведении дополнительного исследования.

Таблица 3

**Результаты эксплораторного факторного анализа
(факторные нагрузки после вращения Варимакс, метод главных компонент)
для проверки внутренней структуры методики**

Утверждения	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
B1		0,24	
B2		0,73	
B3		0,77	
B4		0,77	
B5		0,76	
B6			0,55
B7			0,75
B8	0,83		
B9	0,42		
B10	0,52		
B11	0,78		
B12		0,47	
B13			0,57
Процент объясненной дисперсии	19%	22%	21%

Конфирматорный факторный анализ, проведенный для сравнения однофакторной модели (только общий показатель катастрофизации боли) и трехфакторной модели (три взаимосвязанных показателя катастрофизации боли, представлена на рис.), показал, что для трехфакторной модели некоторые индексы соответствия оказались немного выше (CFI=0,83), а AIC ниже (табл. 4).

Тем не менее, отсутствие различий в RMSEA, GFI, χ^2/df и небольшие различия в величине AIC (табл. 4) говорят о том, что как трехфакторная модель, так однофакторная модель практически одинаково хорошо описывают полученные данные. Результаты применения критерия хи-квадрат показывают несоответствие модели полученным данным, что является обычным для больших выборок, так как данный критерий чувствителен к размеру выборки. Относительный (или нормированный) хи-квадрат χ^2/df и для одной, и для второй модели равен 2,5 (меньше 3), что показывает хорошее соответствие. Индексы GFI=0,90 и CFI=0,82-0,83 не велики и находятся на границе соответствия, что позволяет характеризовать модели только как приемлемые. Показатель RMSEA для обеих моделей равен 0,08, что также говорит только об умеренном соответствии. Тем не менее, значения SRMR

оказались менее 0,08, что показывает хорошее соответствие. Таким образом, результаты конфирматорного факторного анализа в целом говорят об умеренном соответствии моделей полученным данным. Неожиданным результатом оказался весовой коэффициент между шкалами *Мысленная жвачка* и *Безнадежность*, который превосходит единицу, что не говорит в пользу трехфакторной модели и может свидетельствовать о том, что связи между тремя шкалами методики слишком сильные, чтобы представлять собой самостоятельные конструкты.

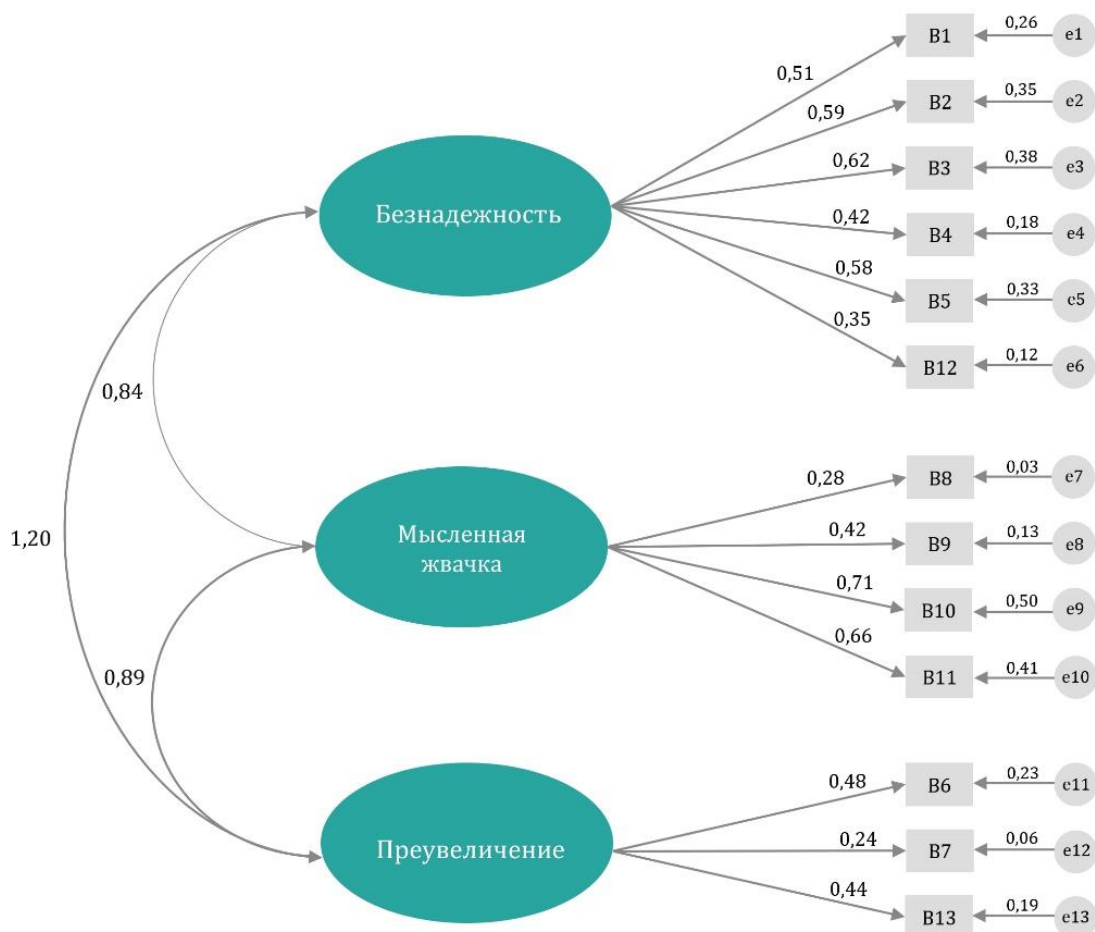


Рис. Трехфакторная структурная модель Шкалы катастрофизации боли

Примечание: номера вопросов совпадают с номерами в Приложении.

Таблица 4

**Результаты конфирматорного факторного анализа
для сравнения качества двух моделей**

Модель	CFI	GFI	SRMR	RMSEA	χ^2 , p	χ^2/df	AIC
Однофакторная	0,82	0,90	0,069	0,08 [0,07;0,10]	162,79; p<0,01	2,50	214,79
Трехфакторная	0,83	0,90	0,073	0,08 [0,07;0,10]	153,60; p<0,01	2,48	211,60

Предполагалось, что женщины окажутся более эмоциональными, чем мужчины, и покажут более высокий уровень катастрофизации боли [16; 17; 22; 23]. Действительно, точно так же, как и в работе М. Салливана и С. Бишопа [22], были обнаружены статистически значимые различия по полу в общей оценке катастрофизации боли ($t(217)=2,14$; $p<0,003$): женщины набрали больше баллов ($M=19,6$; $SD=10,6$), чем мужчины ($M=15,8$; $SD=8,8$). Рассмотрение отдельных шкал показало, что женщины набирают больше баллов по шкале *Мысленная жвачка* (женщины: $M=7,8$, $SD=4,0$; мужчины: $M=6,2$, $SD=3,7$ при $t(217)=2,49$, $p=0,014$), но различия по шкалам *Преувеличения* и *Безнадежности* не достигли уровня статистической значимости (женщины: $M=4,2$, $SD=2,8$; мужчины: $M=3,7$, $SD=2,5$ при $t(217)=1,12$, $p=0,27$ и женщины: $M=7,5$, $SD=5,3$; мужчины: $M=6,0$, $SD=4,2$ при $t(217)=1,80$, $p=0,08$ соответственно).

Анализ взаимосвязей тревоги и депрессии с показателями катастрофизации боли (табл. 5) показал, что с тревогой умеренно коррелируют шкалы *Преувеличение* и *Безнадежность*, а также общий показатель катастрофизации. Связи с депрессией оказались слабыми, хотя и статистически значимыми, что сопоставимо с другими ранее полученными результатами (например, [13]).

Таблица 5

Взаимосвязи (коэффициенты корреляции Пирсона) оценок боли, тревоги и депрессии с показателями катастрофизации боли

Показатели	Шкала катастрофизации боли (итоговый балл)	Мысленная жвачка	Преувеличение	Безнадежность
МакГилловский опросник боли				
Сенсорная (ИЧВД)	0,11	0,07	0,05	0,14*
Аффективная (ИЧВД)	0,27***	0,19**	0,23**	0,27***
Эвалюативная (ИЧВД)	-0,03	-0,08	0,03	-0,01
Сенсорная (РИБ)	0,12	0,07	0,04	0,16*
Аффективная (РИБ)	0,44***	0,31**	0,33	0,47***
Эвалюативная (РИБ)	0,31***	0,23**	0,13	0,38***
ИЧВД	0,17*	0,12	0,11	0,20**
РИБ	0,26***	0,17*	0,15**	0,31***
HADS				
Тревога	0,44***	0,28***	0,42***	0,45***
Депрессия	0,24***	0,19**	0,17*	0,26***

Примечания. * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$. ИЧВД – индекс числа выбранных дескрипторов; РИБ – ранговый индекс боли.

М. Салливан также отмечает [23, с. 53], что корреляция между оценками болевых ощущений и катастрофизацией является одним из самых хорошо реплицируемых результатов: в корреляциях первого порядка катастрофизация объясняет от 7 до 31% дисперсии оценок боли, причем эти связи обнаружены для различных методик измерения боли и для различных групп респондентов. Результаты наших измерений (табл. 5) показывают, что слабые и умеренные связи наблюдаются между шкалами МакГилловского опросника боли и катастрофизацией, причем наибольшее количество связей обнаружено для аффективного компонента боли (воздействие боли на психику), как и ожидалось. Из всех шкал методики катастрофизации наибольшее количество связей с оценками боли получен для шкалы *Безнадежности*.

Сравнение группы «катастрофизаторов» (верхняя треть значений по шкале катастрофизации боли, более 21 балла) и «некатастрофизаторов» (нижняя треть значений по шкале катастрофизации боли, менее 14 баллов) показало, что, как и предполагалось, самоконтроль существенно выше в группе «некатастрофизаторов» (в среднем на 4 балла; $t(154)=3,00$; $p=0,003$). Таким образом, результаты, полученные с использованием Шкалы катастрофизации боли, согласуются с результатами, полученными ранее в других исследованиях, что позволяет говорить о хорошей конструктивной валидности опросника.

Заключение

Известно, что боль – не только психофизиологическое, но и эмоциональное состояние человека. Психологические составляющие боли имеют важное значение как для переживания острой боли, так и для хронизации болевого синдрома, а в некоторых случаях являются ведущим фактором, влияющим на течение и исход заболевания [9; 11]. Проведенное исследование позволяет заключить, что основные психометрические характеристики методики «Шкала катастрофизации боли» условно отвечают требованиям надежности и конструктивной валидности, а описательные статистики шкал методики сходны с полученными в оригинальном исследовании. Как и предполагалось, обнаружено наличие статистически значимых связей между оценками катастрофизации боли и оценками силы и интенсивности боли, причем наибольшее количество связей с различными оценками боли получено для шкалы *Безнадежность*. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что оценочные свойства этой шкалы связаны с различными психологическими аспектами восприятия боли – от болевых ощущений до эмоциональных переживаний. Установлено, что оценки катастрофизации боли оказались связаны также с уровнем самоконтроля: «катастрофизаторы», как правило, обладают более низким уровнем самоконтроля. Полученные половые различия также воспроизводят полученные ранее результаты. Таким образом, данная методика является психологическим диагностическим инструментом для оценки психологической составляющей отношения к боли и индивидуальных особенностей ее восприятия и может применяться для исследовательской работы и решения прикладных задач в психологии. При этом можно рекомендовать применение параллельных диагностических методик, например, методик на оценку боли и особенностей эмоциональной сферы, что в значительной степени может повысить надежность получаемых результатов. Сохранение структуры

оригинального опросника позволяет сравнивать результаты, полученные на русскоязычных выборках, с результатами исследований других стран. В то же время, представленная модель не показывает идеального соответствия полученным в этом исследовании данным, что свидетельствует о необходимости дополнительной проверки психометрических свойств методики на других выборках и, возможно, модификации формулировки вопросов либо структуры самого опросника.

Литература

1. Гордеева Т.О., Осин Е.Н., Сучков Д.Д. и др. Самоконтроль как ресурс личности: диагностика и связи с успешностью, настойчивостью и благополучием. Культурно-историческая психология. 2016. Том 12. № 2. С 46–58. DOI: 10.17759/chp.2016120205
2. Дробижев М.Ю. Нейрональная пластичность – новая мишень в терапии депрессии. М.: НЦПЗ РАМН, 1993. 24 с.
3. Кирьяков В.А., Сухова А.В. Влияние психологических установок на эффективность лечения болевого синдрома при вибрационной болезни // Медицина труда и промышленная экология. 2016. № 3. С. 26–30.
4. Кузьменко В.В., Фокин В.А., Соков Е.Л. и др. Психологические методы количественной оценки боли // Советская медицина. 1986. № 10. С. 44–48.
5. Кутлубаев М.А., Ахмадеева Л.Р. Феномен катастрофизации при болевых синдромах и патологической усталости // Неврологический журнал. 2013. Том 20. № 5. С. 48–54.
6. Ледовая Я.А., Тихонов Р.В., Боголюбова О.Н. и др. Отчуждение моральной ответственности: психологический конструкт и методы его измерения // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2016. № 4. С. 23–39. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2016.402
7. Митина О.В. Альфа Кронбаха: когда и зачем ее считать // Современная психодиагностика России. Преодоление кризиса: сборник материалов III Всероссийской конференции: в 2 т. Том 1 / Под ред. Н.А. Батурина и др. Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ. 2015. С. 232–240.
8. Муслимова Е.В. Клинические особенности болевого синдрома при ревматоидном артрите // Дисс... на соискание степени к. мед. наук. Казань, 2015.
9. Подымова И.Г. Психологический статус пациентов в течение хронической головной боли напряжения // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2013. № 3. С. 33–36.
10. Рабинович С.А., Васильев Ю.Л. Оценка формирования болевых установок в стоматологии с помощью шкалы катастрофизации боли // Российский журнал боли. 2017. № 2. С. 26–30.
11. Троицкая Л.А., Ерохина В.А., Новиков П.В., Семячкина А.Н. Особенности эмоциональной сферы у детей с моногенными болезнями соединительной ткани

и рахитоподобными заболеваниями // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013. Том 58. № 3. С. 42–46

12. Янчук В.А., Голи З. Применение шкалы катастрофизации боли к белорусским пациентам с хронической болью // Психологический журнал (Минск). 2015. № 1-2. С. 72–81.

13. Borsbo B., Peolsson M., Gerdle B. Catastrophizing, depression, and pain: correlation with and influence on quality of life and health – a study of chronic whiplash-associated disorders // Journal of Rehabilitation Medicine. 2008. № 40. P. 562–569. DOI: 10.2340/16501977-0207

14. Chaves J.E, Brown J.M. Spontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress // Journal of Behavioral Medicine. 1978. № 10. P. 263–276. DOI: 10.1007/BF00846540

15. Edwards R.R., Smith M.T., Kudel I. et al. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain // Pain. 2006. № 126. P. 272–279. DOI: 10.1016/j.pain.2006.07.004

16. Jensen L., Nygren A., Gamberale E. et al. Coping with long term musculoskeletal pain and its consequences: Is gender a factor? // Pain. 1994. № 57. P. 167–172. DOI: 10.1016/0304-3959(94)90220-8

17. Keefe F.J., Lefebvre J.C., Egert J.R. et al. The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in Osteoarthritis patients: the role of catastrophizing // Pain 2000. № 87. P. 325–324. DOI: 10.1016/S0304-3959(00)00296-7

18. Meyer K., Sprott H., Mannion A.F. Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the German version of the Pain Catastrophizing Scale // Journal of Psychosomatic Research. 2008. № 64 P. 469–478. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2007.12.004

19. Papaioannou M., Skapinakis P., Damigos D. et al. The role of catastrophizing in the prediction of postoperative pain // Pain Medicine. 2009. № 10. P. 1452–1459. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2009.00730.x

20. Rosenstiel A.K., Keefe F.J. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment // Pain. 1983. № 17. P. 33–44. DOI: 10.1016/0304-3959(83)90125-2

21. Spanos N.P., Radtke-Bodorik H.L., Ferguson J.D. et al. The effects of hypnotic susceptibility, suggestions for analgesia, and utilization of cognitive strategies on the reduction of pain // Journal of Abnormal Psychology. 1979. № 88. P. 282–292. DOI: 10.1037/0021-843X.88.3.282

22. Sullivan M.J.L., Bishop S., Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation // Psychological Assessment. 1995. № 7. P. 524–532. DOI: 10.1037/1040-3590.7.4.524

23. Sullivan M.J.L., Thorn B., Keefe F.J. et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain // Clinical Journal of Pain. 2001. № 17. P. 52–64. DOI: 10.1097/00002508-200103000-00008

24. Sullivan M.J.L. The Pain Catastrophizing Scale. User Manual [Электронный ресурс]. URL: http://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/PCSMannual_English.pdf (дата обращения: 17.12.2020).

25. Tremblay I., Beaulieu Y., Bernier A. et al. Pain Catastrophizing Scale for Francophone Adolescents: A preliminary validation // Pain Research & Management. 2008. № 13. P. 19–24.

26. Vaske J., Beaman J., Sponarski C. Rethinking Internal Consistency in Cronbach's Alpha // Leisure Sciences. 2017. Vol. 39. № 2. P. 163–173. DOI: 10.1080/01490400.2015.1127189

27. Yap J.C., Lau J., Chen P.P. et al. Validation of the Chinese Pain Catastrophizing Scale (HK-PCS) in patients with chronic pain // Pain Medicine. 2008. № 9. P. 186–195. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2007.00307.x

28. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983. Vol. 67. P. 361–370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

References

1. Gordeeva T.O., Osin E.N., Suchkov D.D. et al. Samokontrol' kak resurs lichnosti: diagnostika i svyazi s uspehnost'yu, nastoichivost'yu i blagopoluchiem [Self-Control as a Personality Resource: Assessment and Associations with Performance, Persistence and Well-Being]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya=Cultural-Historical Psychology*, 2016, vol. 12, no. 2, pp. 46–58. DOI: 10.17759/chp.2016120205 (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Drobizhev M.Yu. Neironal'naya plastichnost' – novaya mishen' v terapii depressii [Neural plasticity as the new target in the therapy of depression]. Moscow: NTsPZ RAMN, 1993. 24 p. (in Russ.).

3. Kir'yakov V.A., Sukhova A.V. Vliyanie psikhologicheskikh ustanovok na effektivnost' lecheniya bolevoogo sindroma pri vibratsionnoi bolezni [Influence of psychologic attitude to efficiency of pain treatment in vibration disease]. *Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya=Russian Journal of Occupational Health and Industrial Ecology*, 2016, no. 3, pp. 26–30 (In Russ.).

4. Kuz'menko V.V., Fokin V.A., Sokov E.L. et al. Psikhologicheskie metody kolichestvennoi otsenki boli [Psychological Methods of Quantitative Pain Assessment]. *Sovetskaya meditsina=Soviet Medicine*, 1986, no. 10, pp. 44–48 (In Russ.).

5. Kutlubaev M.A., Akhmadeeva L.R. Fenomen katastrofizatsii pri bolevykh sindromakh i patologicheskoi ustalosti [Phenomenon of Catastrophizing in Pain Syndromes and Pathological Fatigue]. *Nevrologicheskii zhurnal=Neurological Journal*, 2013, vol. 20, no. 5, pp. 48–54. (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Ledovaya Ya.A., Tikhonov R.V., Bogolyubova O.N. et al. Otchuzhdenie moral'noi otvetstvennosti: psikhologicheskii konstrukt i metody ego izmereniya [Moral

disengagement: the psychological construct and its measurement]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psikhologiya. Pedagogika=SPbGU Bulletin, Psychology, Pedagogy*, 2016, no. 4, pp. 23–39. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2016.402

7. Mitina O.V. Al'fa Kronbakha: kogda i zachem ee schitat' [Cronbach's Alpha: when and why to calculate it]. In N.A. Baturin et al (eds.), *Sovremennaya psikhodiagnostika Rossii. Preodolenie krizisa. Sbornik materialov III Vserossiiskoi konferentsii: v 2 t. Tom 1=Contemporary Psychodiagnostics of Russia: overcoming the crisis. Conference proceedings in 2 vol. Vol 1*. Chelyabinsk: YuUrGU, 2015, pp. 232–240.

8. Muslimova E.V. Klinicheskie osobennosti bolevogo sindroma pri revmatoidnom artrite [Clinical Features of Pain Syndrome in rheumatoid arthritis]. PhD Thesis. Perm, 2015. 1387. p.

9. Podymova I.G. Psikhologicheskii status patsientov v techenie khronicheskoi golovnoi boli napryazheniya [Psychological Status of Patients with chronic tension-type headache]. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskii vestnik=Kremlin Medicine Journal*, 2013, no. 3, pp. 33–36 (In Russ.).

10. Rabinovich S.A., Vasil'ev Yu.L. Otsenka formirovaniya bolevykh ustanovok v stomatologii s pomoshch'yu shkaly katastrofizatsii boli [Use of the Scale of Catastrophization Pain to Assess the Formation of Painful Installations in Dentistry]. *Rossiiskii zhurnal boli=Russian Journal of Pain*, 2017, no. 2, pp. 26–30 (In Russ., abstr. in Engl.).

11. Troitskaya L.A., Erokhina V.A., Novikov P.V. et al. Osobennosti emotsional'noi sfery u detei s monogennymi boleznyami soedinitel'noi tkani i rakhitopodobnymi zabolivaniyami [Specific features of the emotional sphere in children with monogenic connective tissue disorders and rickets-like diseases]. *Rossiiskii vestnik perinatologii i pediatrii=Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*, 2013, vol. 58, no. 3, pp. 42–46 (In Russ., abstr. in Engl.).

12. Yanchuk V.A., Goli Z. Primenenie shkaly katastrofizatsii boli k belorusskim patsientam s khronicheskoi bol'yu [The Use of Pain Catastrophizing Scale (PCS) amongst Belorussian Chronic Pain Patients] *Psikhologicheskii zhurnal (Minsk)=Psychological Journal (Minsk)*, 2015, no. 1-2, pp. 72–81 (in Engl.).

13. Borsbo B., Peolsson M., Gerdle B. Catastrophizing, depression, and pain: correlation with and influence on quality of life and health – a study of chronic whiplash-associated disorders. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2008, no. 40, pp. 562–569. DOI: 10.2340/16501977-0207

14. Chaves J.E, Brown J.M. Spontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 1978, no. 10, pp. 263–276. DOI: 10.1007/BF00846540

15. Edwards R.R., Smith M.T., Kudel I. et al. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain*, 2006, no. 126, pp. 272–279. DOI: 10.1016/j.pain.2006.07.004

16. Jensen L, Nygren A, Gamberale E. et al. Coping with long term musculoskeletal pain and its consequences: Is gender a factor? *Pain*, 1994, no. 57, pp. 167–172. DOI: 10.1016/0304-3959(94)90220-8
17. Keefe F.J., Lefebvre J.C., Egert J.R. et al. The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in Osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *Pain*, 2000, no. 87, pp. 325–324. DOI: 10.1016/S0304-3959(00)00296-7
18. Meyer K, Sprott H, Mannion A.F. Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the German version of the Pain Catastrophizing Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 2008, no. 64, pp. 469–478. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2007.12.004
19. Papaioannou M., Skapinakis P., Damigos D. et al. The role of catastrophizing in the prediction of postoperative pain. *Pain Medicine*, 2009, no. 10, pp. 1452–1459. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2009.00730.x
20. Rosenstiel A.K., Keefe F.J. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 1983, no. 17, pp. 33–44. DOI: 10.1016/0304-3959(83)90125-2
21. Spanos N.P., Radtke-Bodorik H.L., Ferguson J.D., Jones B. The effects of hypnotic susceptibility, suggestions for analgesia, and utilization of cognitive strategies on the reduction of pain. *Journal of Abnormal Psychology*, 1979, no. 88, pp. 282–292. DOI: 10.1037/0021-843X.88.3.282
22. Sullivan M.J.L., Bishop S., Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 1995, no. 7, pp. 524–532. DOI: 10.1037/1040-3590.7.4.524
23. Sullivan M.J.L., Thorn B., Keefe F.J. et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 2001, no. 17, pp. 52–64. DOI: 10.1097/00002508-200103000-00008
24. Sullivan M.J.L. The Pain Catastrophizing Scale. User Manual. URL: http://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pccs/PCManual_English.pdf (Accessed: 17.12.2020).
25. Tremblay I., Beaulieu Y., Bernier A. et al. Pain Catastrophizing Scale for Francophone Adolescents: A preliminary validation. *Pain Research & Management*, 2008, no. 13, pp. 19–24.
26. Vaske J., Beaman J., Sponarski C. Rethinking Internal Consistency in Cronbach's Alpha. *Leisure Sciences*, 2017, vol. 39, no. 2, pp. 163–173. DOI: 10.1080/01490400.2015.1127189
27. Yap J.C., Lau J., Chen P.P. et al. Validation of the Chinese Pain Catastrophizing Scale (HK-PCS) in patients with chronic pain. *Pain Medicine*, 2008, no. 9, pp. 186–195. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2007.00307.x
28. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, vol. 67, pp. 361–370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Шкала катастрофизации боли



Copyright © 1995
Michael J.L. Sullivan

PCS

Возраст: _____ Пол: М() Ж()

У всех бывают обстоятельства в какой-либо момент жизни, когда испытываешь боль. Такие обстоятельства могут включать головную, зубную боли, боль в суставах или мышцах. Люди часто испытывают боль при таких обстоятельствах, как болезнь, травма, стоматологические процедуры или хирургическое вмешательство.

Нас интересует, какие мысли и чувства возникают у Вас, когда Вы испытываете боль. Ниже даны тринадцать утверждений, описывающие различные мысли и чувства, связанные с болью. С помощью данной шкалы, пожалуйста, укажите, в какой степени у Вас бывают такие мысли и чувства, когда Вы испытываете боль.

0 – совсем нет 1 – немного 2 – умеренно 3 – сильно 4 – все время

Когда я испытываю боль...

- 1 Я все время переживаю, пройдет ли боль.
- 2 Я чувствую, что так больше не может продолжаться.
- 3 Это ужасно, и я думаю, что лучше никогда не станет.
- 4 Это ужасно, и я чувствую, что она меня порабощает.
- 5 Я чувствую, что не могу больше это терпеть.
- 6 Мне становится страшно, что боль усилится.
- 7 Я все время думаю о других эпизодах боли.
- 8 Я очень сильно хочу, чтобы боль прошла.
- 9 Мне кажется, я никак не могу перестать думать о ней.
- 10 Я все время думаю о том, как же мне больно.
- 11 Я все время думаю о том, как сильно хочу, чтобы боль ушла.
- 12 Я ничего не могу сделать, чтобы уменьшить боль.
- 13 Я задумываюсь над тем, может ли это быть что-то серьезное.

...Итого

PCS - Russia/Russian – Version of 03 Mar 17 - Mapi.
ID057817 / PCS_AU1_0_rus-RU.doc

Шкала Мысленная жвачка: пункты 8, 9, 10, 11.

Шкала Преувеличение: пункты 6, 7, 13.

Шкала Безнадежность. пункты 1, 2, 3, 4, 5, 12.

Итоговый балл катастрофизации боли получается путем сложения баллов всех трех шкал методики.

Радчикова Н.П., Адашинская Г.А., Саноян Т.Р., Шупта А.А. Шкала катастрофизации боли: адаптация опросника
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 169–187.

Radchikova N.P., Adashinskaya G.A., Sanoyan T.R., Shupta A.A. Russian Adaptation of the Pain Catastrophizing Scale
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 169–187.

Информация об авторах

Радчикова Наталья Павловна, кандидат психологических наук, доцент кафедры возрастной психологии, Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВО МПГУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5139-8288>, e-mail: nataly.radchikova@gmail.com

Адашинская Галина Алексеевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии и психологии развития, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАУ ВО РНИМУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9482-1488>, e-mail: adashinska@mail.ru

Саноян Тигрануи Ребеневна, старший преподаватель кафедры общей психологии и психологии развития, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАУ ВО РНИМУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7915-6167>, e-mail: tinarub@mail.ru

Шупта Анастасия Александровна, регистратор, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4336-4122>, e-mail: shupta.aa@ya.ru

Information about the authors

Nataly P. Radchikova, PhD in Psychology, Associate Professor, Moscow Pedagogical State University (MPGU), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5139-8288>, e-mail: nataly.radchikova@gmail.com

Galina A. Adashinskaya, PhD in Psychology, Associate Professor, Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9482-1488>, e-mail: adashinska@mail.ru

Tigranui R. Sanoyan, Junior Associate Professor, Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia, e-mail: tinarub@mail.ru

Anastasiya A. Shupta, Registrar, National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4336-4122>, e-mail: shupta.aa@ya.ru

Получена: 25.02.2020

Received: 25.02.2020

Принята в печать: 24.11.2020

Accepted: 24.11.2020

А.И. Мещеряков о формировании человеческой психики у слепоглухих детей

Майданский А.Д.¹

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет
(ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ»), г. Белгород, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2061-3878>, e-mail: caute@yandex.ru*

Публикуется стенограмма доклада Александра Ивановича Мещерякова «Формирование психики у слепоглухонемых», сделанного на заседании Президиума Академии наук СССР 27 июля 1969 года. В докладе подводятся теоретические итоги Загорского эксперимента, продолжившего многолетнюю работу профессора И.А. Соколянского по воспитанию слепоглухих детей. Эта работа осмысливается с позиций культурно-исторической концепции целенаправленного формирования человеческой психики и речи на основе «разделенных предметных действий» воспитателя и ребенка. А.И. Мещеряков экспериментально демонстрирует технологию интериоризации ребенком форм человеческой деятельности через посредство предметов культуры, в которых, по его выражению, сосредоточена «мудрость человечества» – общественно-исторический опыт преобразования человеком мира и самого себя. В докладе особое внимание уделяется формированию культурных средств общения: от сигнальных прикосновений и жестового языка до устной и письменной речи.

Ключевые слова: формирование психики, слепоглухота, Загорский эксперимент, разделенное предметное действие, жестовый язык, словесный язык.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта № 20-18-00028.

Благодарности. А.Д. Майданский благодарит сотрудников Фонда поддержки слепоглухих «Со-единение» (so-edinenie.org) за предоставленные материалы.

Для цитаты: Майданский А.Д. А.И. Мещеряков о формировании человеческой психики у слепоглухих детей [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 188–200. DOI: 10.17759/cpse.2020090410

¹ Публикацию стенограммы подготовил А.Д. Майданский.

Alexander Meshcheryakov on the Formation of the Human Psyche in Deaf-Blind Children

Andrey D. Maidansky²

Belgorod National Research University, Belgorod, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2061-3878>, e-mail: caute@yandex.ru

The transcript of the report by Alexander Ivanovich Meshcheryakov “The formation of the psyche in the deaf-blind” is published. Report was made at the meeting of the Presidium of the Academy of Sciences of the USSR in July 27, 1969. The report summarizes the theoretical results of the Zagorsk experiment, which continued Professor I.A. Sokolyansky’s long-term work on education of deaf-blind children. This work is interpreted from the point of view of the cultural-historical theory of forming human psyche and speech on the basis of “divided objective activities” of the educator and the child. A.I. Meshcheryakov experimentally demonstrates the technology of child’s interiorization of human activity forms through cultural objects, which, in his expression, are concentrated “wisdom of mankind” – social and historical experience of man’s transforming the world and his own self. The report pays particular attention to the development of cultural means of communication: from signal touching and gesture language to oral and written speech.

Keywords: psyche formation, deaf-blindness, the Zagorsk experiment, divided objective activity, gesture language, verbal language.

Funding. This study was funded by of the Russian Science Foundation (RSF), Project number 20-18-00028.

Acknowledgments. Andrey Maidansky thanks the staff of the “So-edinenie” Foundation for deaf-blind people (so-edinenie.org) for the materials provided.

For citation: Maidansky A.D. Alexander Meshcheryakov on the Formation of the Human Psyche in Deaf-Blind Children. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 4, pp. 188–200. DOI: 10.17759/cpse.2020090410 (In Russ.)

Вступительное слово

Александр Иванович Мещеряков (1923–1974 гг.) заведовал лабораторией обучения слепоглухих детей Института дефектологии Академии педагогических

² The transcript was prepared by Andrey D. Maidansky.

наук РСФСР и был научным руководителем Загорского детского дома для слепоглухонемых с момента его основания в 1963 году. А.И. Мещеряков принадлежал ко второму поколению культурно-исторической школы в психологии и нейрофизиологии – защитил кандидатскую диссертацию под руководством А.Р. Лурии, работал в его команде сначала в Институте психологии, а затем в Институте дефектологии. Во второй половине 1950 х гг. он подключился к работе профессора И.А. Соколянского со слепоглухими детьми. После смерти И.А. Соколянского А.И. Мещеряков продолжил его дело. Но если И.А. Соколянский стоял на позициях бехтеревской рефлексологии, то А.И. Мещеряков теоретически осмыслил и скорректировал ход эксперимента с позиций культурно-исторической психологии.

Ценность доклада А.И. Мещерякова заключается в том, что здесь в концентрированном виде изложена теория целенаправленного формирования человеческой психики и речи на основе «разделенных предметных действий». Вслед за Л.С. Выготским А.И. Мещеряков полагал, что закономерности и этапы формирования психики у слепоглухих детей остаются теми же, что и у зрячеслышащих. В обоих случаях осуществляется «вращивание» (термин Л.С. Выготского), или интериоризация, способов действия с предметами культуры в процессе совместно-разделенной деятельности воспитателя и ребенка. Принципы и последовательные этапы данного процесса выясняются на примере Загорского эксперимента по воспитанию слепоглухих детей. В докладе особое внимание уделяется формированию средств человеческого общения: от сигнальных прикосновений и жестового языка до устной и письменной речи.

Майданский А.Д.

Стенограмма заседания Президиума Академии наук СССР

*27 июля 1969 года,
председательствовал академик
М.Д. Миллионщиков*

М.Д. Миллионщиков:

«Разрешите начать заседание Президиума АН СССР. Первым вопросом у нас стоит “Формирование психики у слепоглухонемых” – научное сообщение кандидата психологических наук А.И. Мещерякова (Институт дефектологии Академии педагогических наук СССР). Предоставляю слово А.И. Мещерякову».

А.И. Мещеряков:

«Уважаемые товарищи, это большая честь для меня и для нашего Института дефектологии, что Президиум Академии наук СССР пригласил выступить меня здесь и рассказать о нашей работе. Я только боюсь, что естественное волнение (я первый раз выступаю в таком высоком учреждении) может помешать мне сделать это хорошо. Но моя задача облегчается тем, что были предварительно напечатаны

и розданы всем членам Президиума АН тезисы доклада, в которых отражена основная идейная сущность этого сообщения. Тезисы помогали мне готовить доктор философских наук Э.В. Ильенков, при составлении их я также пользовался советами действительного члена Академии педагогических наук СССР, профессора А.Н. Леонтьева. Приношу им свою глубокую благодарность за помощь. В докладе я не буду повторять того, что изложено в розданных вам материалах, а лишь дополню их и попытаюсь развить некоторые положения. Я расскажу немного о специфике задачи по формированию психики слепоглухонемого ребенка, совсем коротко охарактеризую основные периоды обучения ребенка без зрения, слуха и речи, попытаюсь сформулировать некоторые педагогические правила, которыми мы руководствуемся в своей учебно-воспитательной работе, и остановлюсь на некоторых теоретических проблемах, вытекающих из нашей практики. Но особенно мне бы хотелось привлечь ваше внимание к демонстрации практических материалов. Во-первых, я приведу вам отрывки из сочинений воспитанников нашей школы для слепоглухонемых, для того чтобы показать уровень их умственного развития и степень владения словесным языком. И, во-вторых, продемонстрирую небольшой фильм длительностью в 15 минут, который мы назвали “Говорящие руки” и который был приготовлен специально для этого заседания. Этот фильм будет иллюстрацией и непосредственным продолжением данного сообщения.

Основателем системы обучения слепоглухонемых в нашей стране является профессор И.А. Соколянский, который в 1923 году в Харькове создал небольшую клинику для обучения слепоглухонемых детей. Всего в этой клинике было 5-6 воспитанников. Одной из воспитанниц клиники является О.И. Скороходова, ныне старший научный сотрудник Института дефектологии, кандидат педагогических наук, известная писательница и поэтесса. Ее книга “Как я воспринимаю и представляю окружающий мир” переведена на многие европейские и восточные языки.

Все мы, которые сейчас занимаемся в нашей стране проблемами слепоглухонемоты, являемся учениками И.А. Соколянского, умершего в 1960 году.

В 1963 году удалось создать под Москвой, в городе Загорске, школу для слепоглухонемых детей, которая является единственным в нашем Советском Союзе учреждением, где такие дети обучаются, и, пожалуй, она единственное в мире отдельное учреждение для слепоглухонемых детей.

В других странах – в Англии и Америке – есть только отделения при школах слепых, где делаются попытки обучения слепоглухонемых детей.

На первый взгляд, слепоглухонемота является очень узкой проблемой не только в педагогике, но и в дефектологии. Слепоглухонемых детей очень мало, всего только тысячные доли процента, так что народнохозяйственного значения эта проблема не имеет. Но это только на первый взгляд. На самом деле задача формирования психики у слепоглухонемого ребенка является уникальным научно-психологическим экспериментом. Это обусловливается самой природой слепоглухонемого ребенка, который из-за своих дефектов поставлен в особые отношения с окружающим миром предметов и окружающими людьми. Поэтому,

живя в обществе, он изолирован от него. Эта изоляция приводит к тому, что у слепоглухонемого ребенка не развивается человеческая психика. Здесь возникает уникальнейшая задача формирования человеческой психики в искусственно организованном педагогическом процессе. А там, где стоит задача *формирования* человеческой психики, там легче подсмотреть закономерности этого формирования.

Я не буду давать подробную характеристику слепоглухонемого ребенка до обучения – по этому вопросу существует литература, правда, она узкая, она издается только в наших дефектологических кругах: в журнале “Дефектология”, в педагогических сборниках “Специальная школа” и в отдельных книгах [3; 4; 7]. Она здесь, на этой выставке, представлена, и вы можете ее посмотреть. Хочу сказать только, что у такого ребенка, который поступает к нам и который еще лишен обучения в школе, отсутствует человеческая психика, человеческое поведение, человеческое мышление и человеческие чувства – все это нужно у него воспитать. У этих детей не развиты даже такие процессы, как теплорегуляция, она у них нарушена. Мне приходилось видеть детей 6-7-летнего возраста, которые находятся на руках у матери: не умеют ходить, не умеют пользоваться туалетом, не умеют пользоваться ложкой. В какой-то степени их даже трудно считать самостоятельными организмами, это как бы придатки к организму матери. Возникает задача сформировать человеческое поведение, человеческую психику у такого ребенка.

Как же решается эта задача? Опять же не буду рассказывать подробно о том, как происходит обучение этих слепоглухонемых детей, – все это изложено в литературе [1; 2; 5; 6] – назову только кратко периоды этого обучения. Задача обучения слепоглухонемого ребенка решается в первую очередь тем, что его обучают бытовому поведению. Прежде всего у него формируют навыки самообслуживания, его обучают есть ложкой, пользоваться тарелкой, сидеть за столом, ходить, спать в постели, носить одежду, одеваться, раздеваться, умываться, чистить зубы и так далее. Когда ребенок овладевает сотнями и тысячами навыков вот этого бытового труда, этим самым он овладевает предметами, созданными людьми на протяжении тысячелетий, он познает эти предметы и овладевает способами обращения, которые закреплены за этими предметами. Таким образом он овладевает *мудростью человечества*, накопленной за тысячелетия и сосредоточенной в этих предметах, в способах обращения с ними. Это и есть первое очеловечивающее влияние общества на слепоглухонемого ребенка, это является самым главным, самым основным этапом его первоначального обучения. Уже потом, когда он овладевает вот таким непосредственным бытовым поведением, на этой основе строится дальнейшее более сложное поведение, более высокое психическое развитие, в том числе и знание словесного языка.

Когда слепоглухонемого ребенка обучают навыкам самообслуживания, навыкам бытового поведения, то в это время между слепоглухонемым ребенком и взрослым возникает такая структура деятельности, которую можно назвать *разделенным предметным действием*.

Это очень важный этап в развитии слепоглухонемого ребенка. Сущность этого этапа заключается в том, что взрослый начинает какое-нибудь действие, а ребенок

его продолжает. Например, взрослый начинает натягивать чулочек на ногу слепоглухонемого ребенка, а ребенок его продолжает. Разделенное предметное действие является той клеточкой, из которой вырастает весь организм человеческого поведения и человеческой психики. Разделенное действие между взрослым и ребенком важно, в частности, потому, что впоследствии оно вырастает в особую систему общения, когда определенное прикосновение взрослого становится сигналом к тому, чтобы действие продолжал дальше самостоятельно слепоглухонемой ребенок. Возникают первые сигналы, которые играют роль первых жестов, являются первым средством общения между взрослым и слепоглухонемым ребенком. Потом эти сигналы становятся все более и более условными и вырастают в систему жестового общения, с которым не только взрослый обращается к ребенку, но и ребенок обращается к взрослому, другому ребенку, своему сверстнику. Так возникает жестовой язык, <а уже> после на системе жестового общения возникает и строится в специальном обучении словесный язык.

Словесный язык возникает таким образом. Вот у ребенка имеется, как я уже говорил, система жестового обращения. Потом ребенку показывают, что отдельные жесты – ну скажем, стол – ты, мол, обозначай не так <как раньше>, а вот так, и на пальцах ему показывают другую конфигурацию. Ребенок не знает, что это слово состоит из отдельных букв. Это для него просто другой жест. Он подчиняется требованию взрослого и начинает обозначать стол вот такими буквами. А это, по сути дела, уже словесная речь, где каждое слово обозначается определенной пальцевой конфигурацией. Кто заинтересуется, может посмотреть – на этой фотографии есть так называемый дактильный алфавит. Таким образом он обучается первым словам обязательно внутри системы жестового общения. Потом таких слов становится все больше и больше, и, наконец, словесная речь становится доминирующей. Дальше уже каждая такая буква обозначается и письменно – по методу Брайля, т.е. рельефно-точечным кодом, где каждая буква обозначается конфигурацией из точек от одной до шести в разных сочетаниях: “а” – одна точка, “б” – две точки и так далее, по-разному расположенные. А когда ребенок овладел письменным обозначением каждой буквы, то тут имеется возможность фиксировать мысли ребенка на бумаге. Он фиксирует, естественно, с ошибками, а учитель исправляет их. И так же, как в истории человечества письменная речь имела огромное значение в правильном словесном оформлении мыслей, так и тут очень важную роль играет то, что ребенок овладевает письменной речью. Зафиксированная на бумаге мысль дает возможность повторного возвращения к ней, возможность ее отточить, исправить. Тут полный простор для педагогического воздействия.

Если говорить об общем и совершенно обязательном педагогическом правиле, которого мы придерживаемся при обучении ребенка словесному языку, то можно сказать, что словесный язык формируется у слепоглухонемых детей обязательно как оречевление или ословесливание своего собственного практического поведения. Иначе язык у слепоглухонемых детей нельзя создать. Полноценным языком у ребенка он будет только в том случае, если его формировать как ословесливание своего практического предметного поведения. Слепоглухонемой ребенок овладевает словесным языком практически, а не теоретически, не зная грамматики – как обычный ребенок до семилетнего возраста овладевает языком, не

зная грамматики: школьную грамматику он будет проходить при обучении в старших классах, а на первых порах овладение правилами грамматики лишь мешает практическому овладению словесным языком.

Когда слепоглухонемой ребенок овладел практическим языком в дактильной, письменной форме, тогда его обучают овладевать языком в устной форме: логопед-учитель отрабатывает каждую форму, обучает овладевать каждым звуком. Это делается так. Учительница обмывает руки спиртом и помогает слепоглухонемому ребенку ставить в нужное положение язык, и ученик своими руками проверяет у учительницы положение, форму языка, губ и так далее. Это кропотливая работа. И учащиеся овладевают устной речью. Если будет время, можно прослушать двухминутную запись на магнитофоне одного слепоглухонемого от рождения мальчика, у которого пришлось таким искусственным путем формировать речь.

После практического овладения словесным языком в первоначальном периоде обучения слепоглухонемые приступают к школьному обучению, где проходят основы наук, школьную программу по всем предметам. Тут неукоснительным правилом должно быть то, что каждому новому слову, каждому новому словообразованию, каждой новой грамматической структуре должно обязательно соответствовать непосредственное практическое знание того, что обозначает это слово или данная грамматическая конструкция. Это непереносимое условие, которое надо соблюдать, поскольку человеческая память очень объемная и цепкая, и слепоглухонемой ребенок может запомнить только слова и грамматические конструкции, сумев их осмыслить и соотнести с тем, что они обозначают. А такая пустая, “попугайская” речь очень опасна. Поэтому мы ставим обязательным условием такое предшествование непосредственного опыта знанию слов и языка вообще. Это первое педагогическое требование и касается оно обучения языку.

Вторым педагогическим требованием, педагогическим правилом, является то, что очень строго дозируется мера педагогической помощи слепоглухонемому ребенку. Это особенно важно при обучении слепоглухонемого ребенка навыкам самообслуживания. Так, нужно строго соблюдать то условие, чтобы не оказать помощь бóльшую, чем нужно; не менее важно, чтобы помощь не была меньшей, чем нужно. Надо обязательно, чтобы активность взрослого уменьшалась строго в такой же степени, в какой возрастает активность слепоглухонемого ребенка. Иначе у него не будет воспитываться самостоятельность. Если же помощь взрослого будет недостаточной, то у слепоглухонемого ребенка не будет удовлетворения, так как результат не будет достигаться.

Следующим педагогическим требованием является строгий учет интересов и индивидуальных темпов развития слепоглухонемого ребенка. Чтобы объяснить, в чем это заключается, я дам маленькую иллюстрацию. Когда к нам попадает слепоглухонемой ребенок, он отгорожен от окружающего мира почти сплошной плотной безразличия к людям, к предметам быта, и тут первая задача педагога этого ребенка заключается в том, чтобы в этой сплошной плотине обнаружить какую-то брешь. Обычно находят зачатки какого-то интереса к чему-то из окружающего мира. Скажем, у одного ребенка, который поступил к нам, был интерес к питью чая, у другого – к ключам, у третьего – к машине. Как только педагог

обнаруживает эту лазейку, эту щель в сплошной плотине безразличия, он все усилия устремляет в эту щель. Вокруг этого предмета, который вызывает интерес у ребенка, формируется целая деятельность, возникают жесты, которые обозначают и этот предмет, и связанные с этим предметом другие вещи, и поведение ребенка строится соответствующим образом. Потом словесный язык тоже привязывается к этому предмету, создаются такие учебные тексты, которые говорят об этом предмете, интересующем слепоглухонемого ребенка, и постепенно этот круг предметов расширяется.

Этот принцип – строить педагогический процесс в соответствии с интересами ребенка и индивидуальными темпами – у нас сохраняется до самого конца обучения. Поэтому у нас трудно сказать, в каком классе учится ученик, потому что, скажем, получилось так с девочкой Наташей в старшей группе, что литературу она проходит по 10-му классу, а алгебру – по 7-му. Получается такая диспропорция. Но это не страшная диспропорция, в конце концов, мы создаем такие условия, когда они подтягивают свои знания до нужного уровня. Зато мы создаем такие условия, что слепоглухонемой ребенок занимается с большим желанием. У нас нет ни проблемы отметок, ни проблемы дисциплины, никогда не надо заставлять слепоглухонемого ребенка: он всегда с огромной охотой делает все, ибо он всегда делает то, что ему нравится.

Совсем коротко скажу еще о двух важных для нас педагогических правилах, которых мы придерживаемся. Каждое новообразование, которое мы создаем у слепоглухонемого ребенка, сознательно формируется как целостная система, состоящая из связанных друг с другом элементов. Будь то практическое бытовое поведение, или жестовый способ общения, или, наконец, словесный язык – все это конструируется не как сумма рядоположных навыков, а как интегрированная система, в которой отдельные ее звенья связаны друг с другом и соподчинены друг другу. При этом система строится сразу же, как только мы приступаем к воспитанию какого-либо новообразования в поведении и психике ребенка. Система формируется из минимума созданных элементов. Поясняю это примером. Когда у ребенка формируются навыки поведения, скажем, он обучается есть, одеваться и так далее, то эти навыки не существуют отдельно, они обязательно из себя формируют целостное человеческое поведение. Пусть их мало, пусть их всего десятков, но эти навыки обязательно формируют целостный акт поведения. Или когда мы формируем у слепоглухонемого ребенка жестовую речь, пусть этих жестов всего десять, но они не должны быть оторваны друг от друга. Они обязательно должны составлять систему, они обязательно должны обозначать целостные события, которые развертываются во времени, которые имеют свое начало, середину и конец.

И только путем включения в целостную систему отдельные навыки поведения и отдельные жесты перестают быть автоматически выполняемыми актами, а начинают формировать осмысленную деятельность. Осмысленность в данном случае и есть включение в систему.

В какой же степени это касается словесного языка – пусть этих первых слов, которые возникают у ребенка при первоначальном обучении, будет всего два десятка, но они обязательно должны составлять систему и оречевлять,

ословесливать целостное событие, развертывающееся во времени. Только таким образом эти первые слова перестают быть просто заученными буквосочетаниями, а, включаясь в определенную словесную структуру, отражающую целостное событие, приобретают смысл.

Теперь о некоторых теоретических проблемах.

Своеобразие практики нашей, когда ставится и решается задача формирования всего богатства человеческой психики в целенаправленном педагогическом процессе, позволяет исследовать проблемы, выходящие за рамки слепоглухонемоты: гносеологические, психологические, педагогические, физиологические.

Какие же это проблемы? Я только перечислю их. Во-первых, это проблема сущности и структуры человеческой психики. Во-вторых, острая проблема, касающаяся соотношения биологического и социального в человеческой психике. Третье – проблема возникновения и развития человеческой психики, проблема становления ее, так сказать, клеточки, проблема соотношения действия и мысли. Из педагогических проблем, к решению которых дает некоторый материал практика обучения слепоглухонемых детей, – это, прежде всего, обучение языку как оречевлению и ословесливанию своего собственного практического поведения. Следующая проблема – формирование микроколлектива и личности в нем. Некоторые психофизиологические проблемы: проблема взаимодействия анализаторов, исследование особенности развития в условиях сенсорного голода, проблема обеспечения адекватности отражения внешнего мира при минимуме информации о нем и некоторые другие.

Немного времени у меня еще есть. Я скажу о первых двух. Во-первых, о проблеме сущности и структуры человеческой психики при ее формировании у слепоглухонемых. Психика формируется только тогда, когда индивид-ребенок вступает во взаимоотношения с другим человеком, взрослым. Содержанием этих взаимоотношений является то, что индивид усваивает и присваивает опыт других людей. В первую очередь ребенок обучается практической деятельности, и в результате у ребенка формируется психика как внутреннее отражение своей собственной внешней деятельности. Формируется психика по механизму перехода деятельности от чужой, навязанной взрослым, к своей собственной, от внешней к внутренней, от развернутой к свернутой, от конкретно-предметной к знаковой, символической. Это представление о психике, мне кажется, не расходится с представлениями, выраженными в трудах ведущих советских психологов – А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурии, А.В. Запорожца, Д.Б. Эльконина. Такое представление о психике вытекает из практики формирования психики у слепоглухонемого ребенка.

Вторая проблема – это проблема соотношения социального и биологического в человеческой психике. Основным теоретическим положением, из которого мы исходим в своей работе и которое подтверждается опытом, является понимание всей специально-человеческой психики как результата активного взаимодействия общения ребенка с другими людьми в условиях искусственной среды, созданной человеческим трудом.

У меня осталось только три минуты времени, поэтому я не могу дальше развивать это положение. В заключение я хочу на конкретных материалах продемонстрировать, какого уровня достигли наши воспитанники по своему умственному развитию и как они владеют словесным языком. Я хочу зачитать вам два отрывка из сочинений слепоглухих детей, воспитанников нашей школы.

Вот небольшой отрывок из сочинения Наташи К. Ей сейчас 18 лет, она учится в одном из старших классов, я о ней уже упоминал, это она проходит алгебру за 7-й класс, а литературу за 10-й класс. А вообще-то у нас школа рассчитана на то, чтобы дать воспитанникам среднее образование. Сейчас группу старших учащихся мы готовим к поступлению в заочный вуз. Мы попытаемся дать им высшее образование.

То, что сейчас у меня в руках, является подлинным документом. Наташа К. сама печатала эти листы на зрячей машинке. Мы их обучаем печатать на зрячей машинке, так сказать, по слепому методу, печатают они довольно быстро. Вот этот отрывок.

“На этих занятиях³ я впервые с глубокой радостью поняла, что и для меня есть место на земле, что я недаром буду коптить небо. Мне самой судьбой назначена профессия педагога-дефектолога. Кто лучше меня поймет душу слепоглухонемого ребенка? И другой специальности, где бы я могла отдать все знания и энергию, пока не придумала. Шефская работа уже теперь заставляет думать о детях, подмечать их характеры, привычки.

По душе мне и работа редактора стенгазеты. Она расширяет кругозор, заставляет вдумываться в жизнь, совершенствовать литературный вкус. Мои товарищи тоже нашли себе дела по душе. Юра проводит с малышами занятия лепки, учит их воплощать свои представления в пластилине. Это очень важно для педагогов, позволяет узнать, как понял ученик ту или иную вещь, как ее себе представляет. Сережа у нас хочет быть инженером. Они с Юрой учат ребят азбуке Морзе, при помощи которой глухие могут разговаривать по телефону.

Наш друг Нина Дмитриевна помогает нам в комсомольской работе, всегда чутко относится к нашим неудачам, советует, как лучше работать, помогает выявлять и исправлять ошибки. Как мы благодарны ей за все! Она дала нам почувствовать, что мы нужны, а раз это почувствовав, человек старается оправдать доверие, стать лучше. А нам особенно необходимо было почувствовать свою нужность для окружающих.

Мы очень любим выставки детского творчества, к которым готовим все, что умеют делать наши руки, – шьем, лепим, делаем аппликации, вещи из папье-маше, игрушки из дерева, панно из засушенных цветов. Как бывает радостно видеть, что дети, пришедшие к нам дичками, не понимавшие ни слова, не умевшими ничего делать, – наши дети стали такими ловкими, мастeryт краны из конструкторов, шьют платья, лепят животных. В этих работах результаты трудов наших педагогов, которые изо дня в день вводят детей в окружающую жизнь, рассказывают все так, чтобы дети могли иметь обо всем представление”.

³ Речь идет о ее занятиях со слепоглухонемыми мальчиками.

Если разрешите, я прочту – это займет всего две минуты – несколько строк из сочинения воспитанника школы Юры Л.

“Пристрастившись к лепке еще в раннем детстве, я полюбил ее на всю жизнь. Она стала моим жизненным идеалом. Сейчас цель моей учебы – стать скульптором. Это очень трудная профессия. В особенности для незрячих, как я. Но я стараюсь изо всех сил ее достигнуть.

Сейчас я учусь на первом курсе народного университета изобразительных искусств имени Н.К. Крупской. Занятия приносят мне много пользы. Все указанные педагогом ошибки еще больше улучшают мои работы.

По окончании университета я не получу высшего образования, но буду иметь право преподавать лепку в школе. Поэтому для достижения высшего образования у меня есть дальнейшие планы. Если не удастся поступить на искусствоведческий факультет, думаю пойти на исторический.

Но уже сейчас у меня назревают первые планы работы с детьми. Работать я хочу в своем родном интернате. наших детей немного знаю. Уже сейчас занимаюсь практикой. Уже сейчас мне становится ясно, что лепка в познаниях наших детей может сыграть выдающуюся роль. Из пластилина можно не только вылепить, показать и объяснить какой-нибудь незнакомый предмет, но и потребовать вылепить уже знакомый предмет для закрепления познания. Многие из наших детей могут лепить довольно хорошо, но у них для этого не хватает самого главного – увлечения. На это сейчас направлены все мои мысли.

Кроме того, можно ввести по этой части целый ряд рационализированных усовершенствований. Так, пластилин может стать хорошим средством развития осязания. Ощупывая поверхности предметов при лепке, вырабатывается бóльшая чувствительность к характерности поверхности. Это самое главное для людей, лишенных зрения.

Но у меня имеются и свои совершенно новые замыслы. В настоящее время большое внимание уделяется попыткам сделать для незрячего доступными цвета. По этой линии в институтах ведется исследовательская работа. Но, как мне кажется, идет она очень слабо. Здесь применяется очень сложная техническая аппаратура. А положительных результатов она пока не дает. Я думаю в дальнейшем постараться добиться если не познания цветов радуги, то хоть познания их неодинаковости. А это, по-видимому, можно сделать с помощью предметов с различной поверхностью. Каждому цвету должна соответствовать одна и та же поверхность. Таким способом можно добиться понятия о пестроте окружающего нас мира. Но это пока еще все только планы”.

Теперь, если разрешите, я хотел бы продемонстрировать фильм, который является непосредственным продолжением этого доклада. Я немного прокомментирую этот фильм».

(Демонстрация фильма)

Литература

1. Мещеряков А.И. Из истории обучения слепоглухонемых детей // Специальная школа. Вып. 1 (133). 1969. С. 23–32.
2. Мещеряков А.И. Как формируется человеческая психика при отсутствии зрения, слуха и речи // Вопросы философии. 1968. № 9. С. 109–118.
3. Мещеряков А.И. Некоторые проблемы образа в связи с особенностями формирования психики слепоглухонемого ребенка // Вопросы психологии. 1960. № 4. С. 111–120.
4. Мещеряков А.И. Слепоглухонемота // Большая медицинская энциклопедия. Т. 30. М.: Советская энциклопедия, 1963. С. 647–651.
5. Мещеряков А.И., Мареева Р.А. Первоначальное обучение слепоглухонемого ребенка. М.: Просвещение, 1964. 55 с.
6. Обучение и воспитание слепоглухонемых / Под ред. И.А. Соколянского, А.И. Мещерякова // Известия АПН РСФСР. Вып. 121. 1962. 199 с.
7. Ярмоленко А.В. Очерки психологии слепоглухонемых. Л.: ЛГУ, 1961. 162 с.

References

1. Meshcheryakov A.I. Iz istorii obucheniya slepoglukhonemykh detei [From the history of teaching deaf-blind children]. *Spetsial'naya shkola=Special School*, 1969, no. 1 (133), pp. 23–32. (In Russ.).
2. Meshcheryakov A.I. Kak formiruetsya chelovecheskaya psikhika pri otsutstvii zreniya, slukha i rechi [How the human psyche is formed in the absence of sight, hearing and speech]. *Voprosy filosofii=Problems of Philosophy*, 1968, no. 9, pp. 109–118. (In Russ.).
3. Meshcheryakov A.I. [Some problems of image in light of peculiarities of formation of the psyche of a deaf-blind child]. *Voprosy psikhologii=Problems of Psychology*, 1960, no. 4, pp. 111–120. (In Russ.).
4. Meshcheryakov A.I. Slepoglukhonemota [Blind-deafness]. *Bol'shaya meditsinskaya entsiklopediya=Big Medical Encyclopedia*. Vol. 30. Moscow: Sovetskaya entsiklopediya, 1963, pp. 647–651. (In Russ.).
5. Meshcheryakov A.I., Mareeva R.A. Pervonachal'noe obuchenie slepoglukhonemogo rebenka [Initial training for a deaf-blind child]. Moscow: Prosveshchenie, 1964. 55 p. (In Russ.).
6. Obuchenie i vospitanie slepoglukhonemykh [Training and education of the deaf-blind]. Ed. by I.A. Sokolyansky, A.I. Meshcheryakov. *Izvestiya APN RSFSR=APN RSFSR Bulletin*, 1962, no. 121. 199 p. (In Russ.).
7. Yarmolenko A.V. Ocherki psikhologii slepoglukhonemykh [Essays on the psychology of the deaf-blind]. Leningrad: LGU, 1961. 162 p. (In Russ.).

Майданский А.Д. А.И. Мещеряков
о формировании человеческой психики
у слепоглухих детей
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 188–200.

Maidansky A.D. Alexander Meshcheryakov
on the Formation of the Human Psyche
in Deaf-Blind Children
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 188–200.

Информация об авторе

Майданский Андрей Дмитриевич, доктор философских наук, профессор кафедры философии, Белгородский государственный национальный исследовательский университет (ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ»), г. Белгород, Российская Федерация; ассоциированный научный сотрудник, Институт философии Российской Академии наук, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2061-3878>, e-mail: caute@yandex.ru

Information about the author

Andrey D. Maidansky, Doctor of Philosophy, Professor, Chair of Philosophy, Belgorod National Research University, Belgorod, Russia; Associated Researcher, Institute of Philosophy, Russian Academy of Sciences, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2061-3878>, e-mail: caute@yandex.ru

Получена: 22.04.2020

Received: 22.04.2020

Принята в печать: 15.07.2020

Accepted: 15.07.2020

Августа Викторовна Ярмоленко: избранные страницы научной биографии (к 120-летию со дня рождения)

Кац Е.Э.

*ГБОУ школа №755 «Региональный Центр аутизма»,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1339-8292>, e-mail: katjakats@yandex.ru*

Колосова Т.А.

*Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6341-1347>, e-mail: mama_t@mail.ru*

Сорокин В.М.

*Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3875-3687>, e-mail: vombat54@mail.ru*

Статья посвящена научному наследию и жизненному пути профессора факультета психологии А.В. Ярмоленко. Научные исследования А.В. Ярмоленко во многом определялись идеями ее учителя, В.М. Бехтерева, – основоположника петербургской психологической школы. Прежде всего, это идеи комплексного подхода, а также изучения патологических явлений как метода понимания нормальной психологии. Важным является и положение о том, что психическое развитие аномальных и нормальных детей протекает по одним и тем же законам. А.В. Ярмоленко осуществила первое многостороннее клинико-психологическое исследование онтогенетических особенностей детей с одновременным нарушением зрения и слуха.

Ключевые слова: нарушенное развитие, осязание, комплексный подход, логопатология, специальная психология, слепоглухота.

Благодарности. Авторы выражают благодарность доктору психологических наук, профессору И.И. Мамайчук.

Для цитаты: *Кац Е.Э., Колосова Т.А., Сорокин В.М.* Августа Викторовна Ярмоленко: избранные страницы научной биографии (к 120-летию со дня рождения) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 201–210. DOI: 10.17759/cpse.2020090411

Кац Е.Э., Колосова Т.А., Сорокин В.М.
Августа Викторовна Ярмоленко:
избранные страницы научной биографии
(к 120-летию со дня рождения)
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 201–210.

Kats E.E., Kolosova T.A., Sorokin V.M.
Augusta Viktorovna Yarmolenko:
Selected Pages of a Scientific Biography
(to the Anniversary of 120th birthday)
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 201–210.

Augusta Viktorovna Yarmolenko: Selected Pages of a Scientific Biography (to the Anniversary of 120th birthday)

Ekaterina E. Kats

School № 755 "Regional Autism Center", Saint-Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1339-8292>, e-mail: katjakats@yandex.ru

Tatiana A. Kolosova

Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6341-1347>, e-mail: mama_t@mail.ru

Victor M. Sorokin

Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3875-3687>, e-mail: vombat54@mail.ru

The article is devoted to the scientific heritage and life path of the professor of the faculty of psychology A.V. Yarmolenko. The scientific research of A.V. Yarmolenko was largely determined by the ideas of her teacher V.M. Ankylosing spondylitis - the founder of the St. Petersburg psychological school. First of all, these are the ideas of an integrated approach, as well as the study of pathological phenomena as a method of understanding normal psychology. The position that the mental development of abnormal and normal children proceeds according to the same laws is also important. A.V. Yarmolenko carried out the first multilateral clinical and psychological study of the ontogenetic characteristics of children with simultaneous visual and hearing impairment.

Keywords: impaired development, touch, integrated approach, logopathology, special psychology, deaf-blindness.

Acknowledgements. The authors are grateful professor Irina I. Mamaychuk.

For citation: Kats E.E., Kolosova T.A., Sorokin V.M. Augusta Viktorovna Yarmolenko: Selected Pages of a Scientific Biography (to the Anniversary of 120th birthday). *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 4, pp. 201–210. DOI: 10.17759/cpse.2020090411 (In Russ.)

10 октября 2020 года исполняется 120 лет со дня рождения Августы Викторовны Ярмоленко (1900–1972) одного из основоположников отечественной специальной психологии, яркого представителя школы В.М. Бехтерева и Б.Г. Ананьева. Ее научное наследие прочно вошло в фундамент современной отечественной дефектологии и психологии дизонтогенеза. В 1923 году она поступила в Петроградскую психоневрологическую академию. Еще в период обучения А.В. Ярмоленко начинает

работать в отделе психологии Института мозга. Именно здесь началось ее многолетнее сотрудничество с Б.Г. Ананьевым. Интересно отметить некоторые исторические параллели. В психоневрологической академии преподавался широкий спектр клинично-психологических и дефектологических дисциплин, что безусловно оказало влияние на формирование научных интересов Августы Викторовны. За 10 лет до этого в стенах академии учился И.А. Соколянский – будущий основоположник тифлосурдопедагогики и практики обучения слепоглухих в нашей стране. В те же годы он посещал занятия в первой в России частной школе для слепоглухих детей, открытой в Санкт-Петербурге. Позже А.В. Ярмоленко проводила свои исследования слепоглухих детей той же школы, но переведенной в состав Отофонетического института (позже – Институт слуха и речи). В этот же период, в середине 20-х годов, И.А. Соколянский организовал на Украине школу-клинику для слепоглухих детей. Двух ученых связывало долгое научное сотрудничество. И.А. Соколянский реализовывал собственную программу психолого-педагогических исследований, а А.В. Ярмоленко – программу клинично-психологических опытов. Эти программы взаимно друг друга дополняли и обогащали, а полученные данные стали основой дальнейшего развития отечественной тифлосурдопедагогики и ее самостоятельных и оригинальных школ А.И. Мещерякова и А.В. Апраушева.



А.В. Ярмоленко и В.Н. Мясищев

А.В. Ярмоленко сохраняла и развивала традиции петербургской (ленинградской) психологической школы. Прежде всего, это касается идеи комплексного подхода, выдвинутой еще в начале XX века ее учителем – В.М. Бехтеревым. Суть комплексного подхода состояла в единой программе изучения человека с помощью разных наук, которые вносят свой вклад в единые представления о сущности, структуре, генезе и функциях психического аппарата, его многоуровневой детерминации. В сфере специальной психологии методология

комплексного подхода впервые были реализованы учениками В.М. Бехтерева: Г.Я. Трошиным в исследованиях детей с патологией интеллектуального развития, А.А. Крогиусом при анализе психического развития незрячих, а также А.В. Ярмоленко в процессе изучения лиц с множественными сенсорными нарушениями. Как подчеркивал В.М. Бехтерев, законы природы лучше всего обнаруживают себя, когда нарушаются. Именно поэтому исследования патологических явлений расширяет наши представления о норме. В этом смысле специальная психология может рассматриваться как особый универсальный метод научного познания, «жестокий эксперимент природы», по меткому выражению И.П. Павлова, или неестественный эксперимент в терминологии Б.Г. Ананьева. Исследование особенностей психического развития в условиях одновременного нарушения зрения и слуха более рельефно указывает на роль этих органов чувств в условиях нормального развития. Благодаря в том числе усилиям А.В. Ярмоленко специальная психология начала оформляться в самостоятельную отрасль знания. В особенности это относится к одному из ее разделов – психологии лиц с множественными нарушениями развития. Особенно это важно подчеркнуть в связи с тенденцией увеличения численности детей с множественными нарушениями развития, что так или иначе меняет предметное содержание современной специальной психологии. Это обстоятельство объясняет актуальность работ А.В. Ярмоленко в современной дефектологии [1–5].

На научное мировоззрение А.В. Ярмоленко оказали влияние педологические идеи В.М. Бехтерева. Будучи одним из пионеров русской педологии, он настойчиво развивал взгляды о том, что детство представляет собой особое качество и что ребенок не уменьшенная копия взрослого. Кроме этого, в рамках патопедологии постулировалась идея о том, что больной ребенок развивается по тем же законам, что и здоровый. Единство законов нормального и нарушенного развития впервые было блестяще экспериментально доказано Г.Я. Трошиным и стало важнейшим методологическим положением отечественной дефектологии. Думается, что именно эти идеи и определили выбор профессиональной направленности А.В. Ярмоленко в области специальной психологии.

Все годы блокады А.В. Ярмоленко не покидала Ленинград, работая в военных госпиталях в качестве медицинской сестры, стойко перенося тяготы и опасности военного времени. С 1948 года ее судьба связана с отделением психологии философского факультета Ленинградского государственного университета. А.В. Ярмоленко вошла в число пионеров высшего профессионального психологического образования в нашей стране. Она пришла в университет уже зрелым педагогом и ученым с собственной исследовательской программой. Это позволило ей стать настоящим идейным соратником Б.Г. Ананьева. Именно в университете она реализовала большую часть своих творческих замыслов, многие из которых активно поддерживались Б.Г. Ананьевым. В 1955 году она с успехом защитила диссертацию на соискание ученой степени доктора педагогических наук (по психологии) [6]. В основе диссертации лежали многомерные комплексные исследования характеристик психического развития детей с нарушениями зрения и слуха, проводившиеся в течение многих лет на базе Отофонетического института [7–14]. Обобщенное изложение результатов этих исследований было

представлено в фундаментальной монографии А.В. Ярмоленко «Очерки психологии слепоглухонемых» [15], вышедшей в издательстве Ленинградского университета в 1961 году. В книге подробно описывается состояние моторики и сохранных анализаторных систем у слепоглухих детей, а также особенности формирования речи, пространственно-временных представлений и даже сновидений и творчества. А.В. Ярмоленко уделяла особое внимание вопросам влияния обучения на динамику психического развития. Интересен исторический контекст публикации этой монографии. Для университетской издательской идеологии 50-х годов была характерна ориентация на публикации исследований в области фундаментальных наук, к числу которых психология и психопатология не относились. Это была эпоха постепенного восстановления психологии как самостоятельной науки. Но благодаря усилиям и авторитету Б.Г. Ананьева в 1960 г. удалось издать как монографию А.В. Ярмоленко, так и книгу В.М. Мясищева «Личность и неврозы». В монографии А.В. Ярмоленко «Очерки психологии слепоглухонемых» методологической основой анализа психогенеза слепоглухих стала разработанная Б.Г. Ананьевым теория структуры сенсорной организации человека. В этой области специальной психологии А.В. Ярмоленко принадлежат первые в нашей стране исследования клинико-психологического направления. Вышедшая полвека назад монография А.В. Ярмоленко не потеряла своей актуальности. Более того, долгие годы она служила учебным пособием для нескольких поколений психологов и дефектологов. В этом отношении можно с уверенностью считать А.В. Ярмоленко одним из пионеров методического обеспечения дефектологического образования нового времени в нашей стране. В этот период подобного рода исследования в специальной психологии были крайне редки. По своим масштабам и значению оно, пожалуй, сопоставимо только с монографическим фундаментальным трудом М.И. Земцовой «Пути компенсации слепоты в процессе познавательной и трудовой деятельности» 1956 года [16], а также с двухтомником «Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка», вышедшим в 1956–1958 под редакцией А.Р. Лурии [17; 18].

Учебники нового поколения по разным разделам специальной психологии появились лишь спустя десятилетие: «Очерки психологии слепых и слабовидящих» А.Г. Литвака – в 1973 году [19]; «Слепоглухонемые дети» А.И. Мещерякова – в 1974 году [20]; «Психология умственно отсталого школьника» С.Я. Рубинштейн – в 1970 году [22]; «Психология глухого школьника» И.М. Соловьева и др. – в 1972 году [23].

Необходимо также указать на ряд оригинальных исследований в области изучения моторных функций у детей с нарушениями в развитии, первое из которых – «Обследование движений нормальных и аномальных детей» – относится еще к довоенному периоду [24] и за которое Августе Викторовне была присуждена ученая степень без защиты диссертации. Моторика рассматривалась в плане биодинамической ткани психики как основа более сложных форм предметной деятельности, в контексте которых она и изучалась в общей с исследованиями О.М. Гуревича и Н.И. Озерецкого методологии. Также в эти годы научные интересы А.В. Ярмоленко были связаны с исследованиями в области патохарактерологии беспризорных детей, что было обусловлено развернувшейся по всей стране работой по их перевоспитанию и ресоциализации.

Еще одно фундаментальное исследование, в котором приняла участие А.В. Ярмоленко, отражено в содержании коллективной монографии «Осязание в процессе познания и труда», опубликованной в 1958 году [24], в которой убедительно доказано, что именно осязание, а не слух, в большей степени компенсирует недостатки зрения. Долгое время в тифлопедагогике обсуждался вопрос: на основе какой из сохранных систем – слухе или осязании – должно строиться обучение лиц с патологией зрения. Полученные результаты имели особое значение для перестройки системы образования незрячих детей в нашей стране.

Научные интересы А.В. Ярмоленко были также связаны с нарушениями речевого развития в форме логоневрозов в условиях многоязычия. Интересно, что еще в довоенный период под руководством профессора Д.В. Фельдберга, одного из авторитетных специалистов в области логопатологии, Августа Викторовна освоила новую для себя профессию логопеда. Ее исследования в этой области остаются актуальными для логопатологии до сих пор. Особенно это касается работы современных логопедов с детьми из русскоязычных семей за пределами России.

А.В. Ярмоленко преподавала разные предметы, но курс «Дефектология» оставался всегда основным. Он пользовался успехом у многих поколений будущих психологов. Нередко на занятиях присутствовали профессиональные дефектологи, детские психиатры, специалисты, входящие в состав психолого-медико-педагогической комиссии. Несмотря на педагогическую и научную загруженность Августа Викторовна неизменно находила время для консультативной работы с детьми и их родителями, а также специалистами. Обобщенность научных теорий и их влияние на практику обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии сочеталась с глубоким интересом к индивидуальной неповторимости ребенка, пусть даже в условиях стесненного патологией атипичного развития. В этом, на наш взгляд, состоит особая поэтика ее научного творчества.

Подлинное научное наследие не представляет собой застывший музейный экспонат, а вплетается в живую ткань современно научного поиска, являясь его базой и ориентиром. Наследие А.В. Ярмоленко воплощено в научной школе современной детской патопсихологии ее ученицы и последователя – профессора факультета психологии СПбГУ И.И. Мамайчук [25].

Литература

1. Ярмоленко Августа Викторовна // Педагогическая энциклопедия. М.: Советская энциклопедия, 1968. Т. 4. С. 852.
2. Августа Викторовна Ярмоленко: (К 70-летию со дня рождения) // Дефектология. 1971. № 2. С. 91–92.
3. *Басилова Т.А.* Слепозрячий человек и мир вокруг (семинар, посвященный 100-летию со дня рождения А.В. Ярмоленко) // Дефектология. 2000. № 5. С. 82–85.
4. *Басилова Т.А.* История обучения слепозрячих детей в России. М.: Эксмо, 2015. 208 с.

Кац Е.Э., Колосова Т.А., Сорокин В.М.
Августа Викторовна Ярмоленко:
избранные страницы научной биографии
(к 120-летию со дня рождения)
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 201–210.

Kats E.E., Kolosova T.A., Sorokin V.M.
Augusta Viktorovna Yarmolenko:
Selected Pages of a Scientific Biography
(to the Anniversary of 120th birthday)
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 201–210.

5. Тифлосурдопедагогика: учебник / Под ред. Т.А. Басиловой, Е.Л. Гончаровой, Н.М. Назаровой. М.: ИНФРА-М, 2019. 472 с.

6. Ярмоленко А.В. Развитие познавательной деятельности слепоглухонемых. Автореф. докт. дисс. пед. наук (по психологии). Л., 1955.

7. Ярмоленко А.В. К вопросу о формах речи у слепоглухонемых детей // Труды Института слуха и речи. 1940. Т. 3. С. 296–302.

8. Ярмоленко А.В. К истории обучения и воспитания слепоглухонемых // Слепоглухонемота / Под ред. М.Л. Шкловского. Л.: 2-я тип. Трансжелдориздата, 1947. 159 с.

9. Ярмоленко А.В. Развитие обоняния при потере слуха и зрения // Ученые записки ЛГУ. 1948. № 109. С. 196–206.

10. Ярмоленко А.В. Тактильно-вибрационная чувствительность при потере слуха и зрения // Ученые записки ЛГУ. 1949. № 119. С. 40–53.

11. Ярмоленко А.В. Сон и сновидения при потере слуха и зрения // Ученые записки ЛГУ. 1949. № 119. С. 66–82.

12. Ярмоленко А.В. Развитие сознания при крайнем ограничении сенсорики // Ученые записки ЛГУ. 1949. Т. 119. С. 54–65.

13. Ярмоленко А.В. Взаимоотношения первой и второй сигнальной системы при потере слуха и зрения. // Ученые записки ЛГУ. 1953. Т. 147. С. 110–126.

14. Ярмоленко А.В. Развитие личности при лишении зрения и слуха // Ученые записки ЛГУ «Психология и педагогика». 1956. Т. 214. С. 137–154.

15. Ярмоленко А.В. Очерки психологии слепоглухонемых. Л.: изд-во Ленингр. Ун-та, 1961. 162 с.

16. Земцова М.И. Компенсация слепоты в процессе познания и труда. М.: изд-во АПН РСФСР, 1956. 418 с.

17. Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка. В 2-х т. / Отв. ред. А.Р. Лурия. М.: изд-во Акад. пед. наук РСФСР, 1956–1958. Том. 1. 1956. 420 с.

18. Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка. В 2-х т. / Отв. ред. А.Р. Лурия. М.: изд-во Акад. пед. наук РСФСР, 1956–1958. Том. 2. 1958. 455 с.

19. Литвак А.Г. Очерки психологии слепых и слабовидящих. Л.: изд-во Института им. А.И. Герцена, 1973. 215 с.

20. Мещеряков А.И. Слепоглухонемые дети: развитие психики в процессе формирования поведения. М.: Педагогика, 1974. 328 с.

21. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М.: Просвещение, 1970. 192 с.

Кац Е.Э., Колосова Т.А., Сорокин В.М.
Августа Викторовна Ярмоленко:
избранные страницы научной биографии
(к 120-летию со дня рождения)
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 201–210.

Kats E.E., Kolosova T.A., Sorokin V.M.
Augusta Viktorovna Yarmolenko:
Selected Pages of a Scientific Biography
(to the Anniversary of 120th birthday)
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 201–210.

22. Психология глухого школьника / Под ред. И.М. Соловьева, Ж.И. Шиф, Т.В. Розановой и др. М.: Педагогика, 1971. 447 с.

23. Ярмоленко А.В. Обследование движений нормальных и аномальных детей. Л.: Учпедгиз, 1931. 162 с.

24. Ананьев Б.Г., Веккер Л.М., Ломов Б.Ф., Ярмоленко А.В. Осязание в процессах познания и труда. М.: изд-во Акад. пед. наук РСФСР, 1959. 263 с.

25. Мамайчук И.И. Памяти Августы Викторовны Ярмоленко (к 100-летию со дня рождения) // Ананьевские чтения. СПб: СПбГУ, 2000, с. 165–169.

References

1. Yarmolenko Avgusta Viktorovna [Yarmolenko Avgusta Viktorovna]. *Pedagogicheskaya entsiklopediya=Educational Encyclopedia*. Moscow: Sovetskaya entsiklopediya 1968, vol. 4, p. 852 (In Russ.).

2. Avgusta Viktorovna Yarmolenko: (K 70-letiyu so dnya rozhdeniya) [Avgusta Viktorovna Yarmolenko (to the 100th anniversary of her birth)]. *Defektologiya=Defectology*, 1971, no. 2, pp. 91–92. (In Russ.).

3. Basilova T.A. Slepoglukhoi chelovek i mir vokrug (seminar, posvyashchennyi 100-letiyu so dnya rozhdeniya A.V. Yarmolenko) [Deafblind people and the world around them (seminar dedicated to the 100th anniversary of the birth A.V. Yarmolenko)]. *Defektologiya=Defectology*, 2000, no. 5, pp. 82–85. (In Russ.).

4. Basilova T.A. Istoriya obucheniya slepoglukhikh detei v Rossii [History of education of deaf-blind children in Russia]. Moscow: Eksmo, 2015. 208 p. (In Russ.).

5. Tiflosurdopedagogika: uchebnik [Methods of teaching the deaf-blind]. In T.A. Basilova, E.L. Goncharova, N.M. Nazarova (Eds.). Moscow: INFRA-M, 2019. 472 p. (In Russ.).

6. Yarmolenko A.V. Razvitie poznavatel'noi deyatel'nosti slepoglukhonemykh. Avtoref. dokt. diss. ped. nauk (po psikhologii) [Development of cognitive activity of the deafblind. Doctoral thesis]. Leningrad, 1955. (In Russ.)

7. Yarmolenko A.V. K voprosu o formakh rechi u slepoglukhonemykh detei [About forms of speech in deaf-blind children]. *Trudy Instituta slukha i rechi=Proceedings of the Institute of Hearing and Speech*, 1940, vol. 3, pp. 296–302. (In Russ.).

8. K istorii obucheniya i vospitaniya slepoglukhonemykh [On the history of training and education of the deaf-blind]. In M.L. Shklovskiy, *Slepoglukhonemota=Deafblindness*. Leningrad: 2 tip. Transzheldorizdata, 1947. 159 p. (In Russ.).

9. Yarmolenko A.V. Razvitie obonyaniya pri potere slukha i zreniya [Development of the sense of smell in hearing and vision loss]. *Uchenye zapiski LGU=Scientific Notes of LSU*, 1948, vol. 109, pp. 196–206. (In Russ.).

10. Yarmolenko A.V. Taktil'no-vibratsionnaya chuvstvitel'nost' pri potere slukha i zreniya [tactile-vibration sensitivity for hearing and vision loss]. *Uchenye zapiski LGU=Scientific Notes of LSU*, 1949, vol. 119, pp. 40–53 (In Russ.).
11. Yarmolenko A.V. Son i snovideniya pri potere slukha i zreniya [Sleep and dreams for hearing and vision loss]. *Uchenye zapiski LGU=Scientific Notes of LSU*, 1949, vol. 119, pp. 66–82 (In Russ.).
12. Yarmolenko A.V. Razvitie soznaniya pri krainem ogranichenii sensoriki [The development of consciousness at the extreme limit of sensory]. *Uchenye zapiski LGU=Scientific Notes of LSU*, 1949, vol. 119, pp. 54–65. (In Russ.).
13. Yarmolenko A.V. Vzaimootnosheniya pervoi i vtoroi signal'noi sistemy pri potere slukha i zreniya [Relationship of the first and second signaling systems in hearing and vision loss]. *Uchenye zapiski LGU=Scientific Notes of LSU*, 1953, vol. 147, pp. 110–126. (In Russ.).
14. Yarmolenko A.V. Razvitie lichnosti pri lishenii zreniya i slukha [personal development with visual and hearing loss]. *Uchenye zapiski LGU «Psikhologiya i pedagogika»=Scientific Notes of LSU "Psychology and Pedagogic"*, 1956, vol. 214, pp. 137–154.
15. Yarmolenko A.V. Ocherki psikhologii slepoglukhonemykh [Essays on the psychology of the deaf-blind]. Leningrad: publ. of Leningr. University, 1961. 162 p.
16. Zemtsova M.I. Kompensatsiya slepoty v protsesse poznaniya i truda [Compensation for blindness in the process of learning and work]. Moscow: publ. of APN RSFSR, 1956. 418 p.
17. Problemy vysshei nervnoi deyatel'nosti normal'nogo i anomal'nogo rebenka. V 2-kh t [Problems of higher nervous activity of normal and abnormal children. 2 vol.]. In A.R. Luriya (ed.). Moscow: publ. of APN RSFSR, 1956–1958. Vol. 1. 1956. 420 p.
18. Problemy vysshei nervnoi deyatel'nosti normal'nogo i anomal'nogo rebenka. V 2-kh t [Problems of higher nervous activity of normal and abnormal children. 2 vol.]. In A.R. Luriya (ed.). Moscow: publ. of APN RSFSR, 1956–1958. Vol. 2. 1958. 455 p.
19. Litvak A.G. Ocherki psikhologii slepykh i slabovidyashchikh [Essays on the psychology of the blind and visually impaired]. Leningrad: Publ. of Institute n.a. A.I. Gercen, 1973. 215 p.
20. Meshcheryakov A.I. Slepoglukhonemye deti: razvitie psikhiki v protsesse formirovaniya povedeniya [Deafblind children: mental development in the process of behavior formation]. Moscow: Pedagogika, 1974. 328 p.
21. Rubinshtein S.Ya. Psikhologiya umstvenno otstalogo shkol'nika [Psychology of a mentally retarded schoolchild]. Moscow: Prosveshhenie, 1970. 192 p.
22. Psikhologiya glukhogo shkol'nika [Psychology of a deaf schoolchild]. In I.M. Solov'ev, Zh.I. Shif, T.V. Rozanova et al (eds.). Moscow: Pedagogika, 1971. 447 p.

Кац Е.Э., Колосова Т.А., Сорокин В.М.
Августа Викторовна Ярмоленко:
избранные страницы научной биографии
(к 120-летию со дня рождения)
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 201–210.

Kats E.E., Kolosova T.A., Sorokin V.M.
Augusta Viktorovna Yarmolenko:
Selected Pages of a Scientific Biography
(to the Anniversary of 120th birthday)
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 201–210.

23. Yarmolenko A.V. *Obsledovanie dvizhenii normal'nykh i anomal'nykh detei* [Examination of movements of normal and abnormal children]. Leningrad: Uchpedgiz, 1931. 162 p.

24. Anan'ev B.G., Vekker L.M., Lomov B.F., Yarmolenko A.V. *Osyazanie v protsessakh poznaniya i truda* [Touch in the processes of cognition and work]. Moscow: publ. of APN RSFSR, 1959. 263 p.

25. Mamaichuk I.I. *Pamyati Avgusty Viktorovny Yarmolenko (k 100-letiyu so dnya rozhdeniya)* [In memory of Augusta Viktorovna Yarmolenko (to the 100th anniversary of her birth)]. *Anan'evskie chteniya 2000=Ananiev Readings*. Publ. of SPbGU, 2000, pp. 165–169.

Информация об авторах

Кац Екатерина Эдуардовна, заместитель директора, ГБОУ школа № 755 «Региональный Центр аутизма», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1339-8292>, e-mail: katjakats@yandex.ru

Колосова Татьяна Александровна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии образования и педагогики, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6341-1347>, e-mail: mama_t@mail.ru

Сорокин Виктор Михайлович, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии образования и педагогики, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3875-3687>, e-mail: vombat54@mail.ru

Information about the authors

Ekaterina E. Kats, Deputy Director, School № 755 “Regional Autism Center”, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1339-8292>, e-mail: katjakats@yandex.ru

Tatiana A. Kolosova, PhD (Psychology), Associate Professor, Chair of psychology of education and pedagogy, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6341-1347>, e-mail: mama_t@mail.ru

Victor M. Sorokin, PhD (Psychology), Associate Professor, Chair of psychology of education and pedagogy, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3875-3687>, e-mail: vombat54@mail.ru

Получена: 02.07.2020

Received: 02.07.2020

Принята в печать: 10.11.2020

Accepted: 10.11.2020

Электронный журнал «Клиническая и специальная психология»
2020. Том 9. № 2. С. 246–265.
doi: 10.17759/psyclin.2020090213
ISSN: 2304-0394 (online)

E-journal «Clinical Psychology and Special Education»
2020, vol. 9, no. 2, pp. 246–265.
doi: 10.17759/psyclin.2020090213
ISSN: 2304-0394 (online)