

Роль наследственности и среды в этиологии нарушений пищевого поведения. II. Обзор близнецовых исследований

Мешкова Т.А.,

кандидат психологических наук, декан факультета клинической и специальной психологии, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, meshkovata@mgppu.ru

В статье дается обзор зарубежных близнецовых исследований, оценивающих наследуемость нарушений пищевого поведения, а также коморбидных расстройств и сопряженных особенностей в основном у подростков и взрослых женского пола. Отечественные исследования такого рода отсутствуют. Результаты анализа свидетельствуют о довольно значительном генетическом компоненте основных расстройств пищевого поведения (нервной анорексии, нервной булимии и компульсивного переедания). Среди средовых факторов основное место принадлежит индивидуально-специфичной среде, и только в раннем подростковом возрасте довольно существенная роль отводится факторам общей (разделенной) среды, что позволяет предполагать участие общесемейного средового фактора в генезисе нарушений пищевого поведения. Кроме того, можно утверждать, что в основе сопряженности нарушений пищевого поведения с другими психическими расстройствами (депрессивные и тревожные расстройства, злоупотребление поверхностно-активными веществами) и некоторыми чертами личности (перфекционизм) могут лежать общие генетические причины.

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения, нервная анорексия, нервная булимия, близнецы, близнецовый метод, наследственность и среда, обзор.

Для цитаты:

Мешкова Т. А. Роль наследственности и среды в этиологии нарушений пищевого поведения. II. Обзор близнецовых исследований [Электронный ресурс] //Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. №2. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Meshkova.shtml> (дата обращения: дд.мм.гггг)

For citation:

Meshkova T. A. Heredity and Environment in Etiology of Eating Disorders. I. Review of Twin Studies [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya], 2015, vol. 4, no. 2. Available at:

<http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Meshkova.shtml> (Accessed dd.mm.yyyy). (In Russ., Abstr. in Engl.)

До сих пор этиология нарушений пищевого поведения (НПП) – нервной анорексии (НА), нервной булимии (НБ), компульсивного переедания (КП) и др. – остается не изученной до конца. В последнее десятилетие появилось множество исследований, указывающих на генетические и нейробиологические составляющие расстройств пищевого поведения (см. обзоры [9]; [20]; [21]; [24]; [36]; [37]; [45]) Эти работы позволяют предположить, что существует природная предрасположенность к НПП, объясняющая уязвимость более подверженных болезни в силу генетических и нейробиологических причин. Учитывая это, чрезвычайно важно исследовать внутренние, в том числе наследственные, механизмы предрасположенности к НПП и их взаимодействие с провоцирующими факторами внешней среды.

В предыдущем обзоре мы рассмотрели семейные исследования НПП [1]. Настоящий обзор посвящен более многочисленным исследованиям, выполненным традиционным и широко распространенным близнецовым методом.

Методология близнецовых исследований

Близнецовый метод, в отличие от семейного, позволяет дифференцировать семейное сходство, возникающее за счет наследственности и за счет среды. Предполагается, что как монозиготные (МЗ), так и дизиготные (ДЗ) близнецы, воспитывающиеся в семьях, разделяют примерно одинаковые средовые условия, которые формируют сходство или различия внутри пар, но генетическое сходство МЗ (100% общих генов) при этом в среднем вдвое превышает сходство ДЗ (в среднем 50% общих генов). Таким образом, если мы обнаружим более высокое внутрипарное сходство МЗ по сравнению с ДЗ, мы можем делать вывод об участии генов в формировании вариативности изучаемого признака/болезни в популяции.

Для оценки степени внутрипарного сходства применяются либо коэффициенты корреляции, если речь идет об измеряемом признаке (например, степень невротизма, измеренная при помощи опросника), либо коэффициент конкордантности, если речь идет о таком дискретном (альтернативном, качественном) признаке, как наличие или отсутствие болезни. Если корреляция или конкордантность МЗ близнецов заметно превышает таковые ДЗ, делают вывод о существовании генетической детерминации признака/болезни.

Современные методы структурного моделирования позволяют строить и проверять различные варианты моделей, в которых учитываются возможные факторы, участвующие в формировании фенотипической вариативности в пределах популяции. Чаще всего, это аддитивный¹ генетический фактор, оценивающийся по коэффициенту наследуемости, и два средовых фактора: один из них – фактор общей

¹ Аддитивный (суммирующий) генетический эффект возникает, если признак зависит от действия многих генов, каждый из которых вносит небольшой вклад в его выраженность.

среды, способствующий возникновению сходства между родственниками за счет общей семейной среды, которую они разделяют, а второй – фактор различающейся (индивидуально-специфичной) среды, делающей родственников непохожими. Общая среда – это те особенности семьи, которые отличают ее от других семей (достаток, место проживания, общий стиль жизни семьи и вообще любые возможности семьи, которые родственники разделяют). Таким образом, различия между семьями вносят вклад в популяционную вариативность, и этот вклад оценивается как фактор «общей среды» (для родственников). Различающаяся (неразделенная) среда – это любые средовые факторы и события (и внутри, и вне семьи), которые родственники не разделяют, т.е. испытывают каждый индивидуально (например, разное отношение родителей к детям, разные увлечения, друзья и т.д.). Эти средовые влияния делают родственников непохожими и тоже вносят вклад в формирование внутривариативности.

Важно помнить, что оценивается не вклад наследственности и среды в индивидуальный фенотип, а вклад наследственных и средовых факторов в фенотипическую дисперсию изучаемого признака в популяции, т.е. выясняются причины межличностной вариативности (дисперсии) или изменчивости признака. По сути, тестируемые модели представляют собой различные варианты уравнений, в которых представлены средовые и генетические компоненты фенотипической дисперсии изучаемого признака/болезни, характерные для конкретной популяции.

Следует несколько слов сказать о генетическом факторе (коэффициенте наследуемости), который представляет собой оценку доли генетического компонента фенотипической дисперсии, т.е. той доли фенотипической вариативности признака, которая возникает за счет генетических различий между людьми. Коэффициент наследуемости выражается либо в долях единицы, либо в процентах и может варьировать от 0 до 1 (или от 0% до 100%). Если коэффициент наследуемости отличен от нуля, можно говорить о роли генетических факторов в фенотипической изменчивости. Чем ближе этот коэффициент к 1 (100%), тем больше генетический компонент изменчивости признака в изучаемой популяции.

Необходимо помнить, что коэффициент наследуемости – это дисперсия, которая характеризует не индивида, а конкретную популяцию с конкретным составом генотипов в данных условиях среды. При изменении состава популяции и при существенных изменениях среды или условий исследования все дисперсии (генетическая, средовые), входящие в систему уравнений проверяемой модели, могут меняться, поэтому оцениваемые компоненты дисперсии (наследуемость, общая и различающаяся среда) не являются атрибутом исследуемого признака, а зависят от популяции и от средовых условий и, соответственно, могут изменяться. Если в каком-то исследовании мы получаем низкий коэффициент наследуемости, это совсем не означает, что признак не зависит от генов. Возможно, в других популяциях и при других условиях среды наследуемость может оказаться более высокой.

Таким образом, близнецовые исследования позволяют оценить вклад наследственности, общей и различающейся среды в фенотипическую дисперсию изучаемого признака или болезни. Еще одним преимуществом близнецовых исследований является возможность оценить общие генетические или средовые причины формирования коррелирующих фенотипов. Например, с помощью вычисления генетических и средовых корреляций можно попытаться выяснить, имеются ли общие генетические и средовые источники коморбидности НПП и депрессивных расстройств. Такие корреляции позволяют оценить долю общего вклада генетических/средовых факторов в вариативность сопряженных с НПП фенотипов, например, «НА-депрессия», «НБ-алкоголизм», «НА-перфекционизм» и т.п. Это означает, что сопряженность различных форм НПП с другими расстройствами или с личностными чертами может формироваться под влиянием общих генетических или средовых факторов. Такой подход позволяет строить гипотезы о механизмах возникновения НПП.

Обзор близнецовых исследований нарушений пищевого поведения

Близнецовые исследования НПП широко представлены в зарубежной литературе. К сожалению, отечественные работы на эту тему отсутствуют.

Первые близнецовые исследования были выполнены на клинических случаях НА и НБ, причем не было единых диагностических критериев. До 70-80-х годов XX века публиковались в основном описания отдельных случаев как конкордантности, так и дискордантности по НА и НБ у близнецов [22]. Затем появились целенаправленные исследования наследуемости НА и НБ, выполненные близнецовым методом, однако число пар близнецов в этих работах было небольшим. Например, одно из них включало 16 пар МЗ и 14 пар ДЗ, в которых хотя бы один из партнеров имел диагноз НА. Авторами была обнаружена значительно более высокая конкордантность МЗ близнецов: в 55% пар МЗ диагноз НА имели оба партнера, тогда как для ДЗ пар этот показатель составил всего 9% [11]. Тремя годами ранее в обзоре 36 близнецовых пар [17] (цит. по [23]), в которых пробанды имели диагноз НА, также сообщалось о более высокой конкордантности МЗ (52%) по сравнению с ДЗ (11%). В 1990 году опубликовано первое сообщение о более высокой конкордантности МЗ близнецов по булимии (83% у МЗ в сравнении с 27% у ДЗ) [16]. Трежур и Холланд в Великобритании [47] (цит. по [15]), опираясь на близнецовый регистр психиатрического госпиталя Модсли, привлекли к исследованию женские пары близнецов (31 МЗ и 28 ДЗ пар), в которых хотя бы один из партнеров имел диагноз НПП. Пробандовая конкордантность для НА составила 67% для МЗ близнецов и 0% для ДЗ близнецов. Коэффициент наследуемости был оценен авторами в 70%. Для НБ конкордантность составила 35% у МЗ и 29% у ДЗ, а коэффициент наследуемости оказался равным 10%.

В обзорах [7] и [15], обобщивших первые близнецовые исследования, подтверждается семейный характер НПП и указывается на их наследуемый характер, однако отмечается, что коэффициенты наследуемости от работы к работе

довольно сильно варьируют – от 0 до 88%. Для средовых влияний характерен в основном вклад различающейся (неразделенной) среды.

В 90-е годы появились первые обширные генетико-популяционные близнецовые исследования. Например, систематические генетико-эпидемиологические исследования НПП ведутся в США под руководством К. Кендлера в Вирджинском институте психиатрии и генетики поведения на материале близнецового регистра штата Вирджиния. Первым было опубликовано исследование булимии, включавшее 2163 близнеца (597 МЗ и 433 ДЗ полных пар) женского пола от 17 до 55 лет [26]. Диагностика основывалась на структурированном психиатрическом интервью в соответствии с критериями DSM-III-R. Распространенность и риск возникновения НБ и сходных синдромов в течение жизни оценивается авторами в 4,2% и 8% соответственно. Среди факторов риска авторы указывают: 1) рождение после 1960 года, 2) низкий уровень родительской заботы, 3) флуктуации веса, увлечение диетами и физическими упражнениями, 4) стремление к идеальному образу тела худой женщины, 5) низкая самооценка, 6) экстернальный локус контроля и 7) высокий уровень нейротизма. Пробандовая конкордантность для МЗ оказалась равной 22,9%, а для ДЗ – 8,7%. Коэффициент наследуемости для подверженности болезни оценивается авторами в 55%. Указывается также, что НБ, скорее всего, соответствует модели мультипорогового заболевания, т.е. существует определенный континуум симптоматики от легких до тяжелых форм болезни. Авторы делают вывод, что НБ, которой подвержены в какой-то момент жизни примерно одна из 25 женщин, имеет в своей основе эпидемиологические и генетические факторы, причем не только НБ как узко понимаемый диагноз, но и сходная симптоматика.

Два исследования, также выполненные на близнецах Вирджинии [6]; [50], включали 850 женских близнецовых пар (504 МЗ и 346 ДЗ) от 17 до 54 лет и были посвящены изучению генетических и средовых факторов риска для компульсивного переедания, булимии и ожирения. Диагностика велась на основании критериев DSM-III-R. 15% респондентов соответствовали критериям компульсивного переедания без симптомов булимии, 9% были отнесены к группе булимии в широком понимании. Подбор моделей показал, что в основе как булимии, так и компульсивного переедания лежат общие генетические факторы, что позволяет предполагать, что в основе этих форм НПП могут лежать общие факторы риска, и, возможно, компульсивное переедание является лишь переходным этапом к развитию булимии. Генетическая корреляция, свидетельствующая об общих генетических факторах риска для компульсивного переедания и ожирения, оказалась весьма умеренной (0,34). Авторы обнаружили высокую аддитивную наследуемость ожирения (86%) и умеренную компульсивного переедания (49%). Средовые влияния были представлены только факторами различающейся среды.

Близнецовые популяционные исследования выполнялись также на материале регистров Австралии, Норвегии, Дании, Миннесоты (США). Например, в 1999 году были опубликованы итоги исследования, выполненного в три этапа на неклинической популяции из 3869 женщин-близнецов от 30 до 61 года из регистра

Австралии [48]. На первом этапе возможные проблемы с пищевым поведением оценивались по 5 вопросам, включенным в прочие опросники. Ответы на вопросы позволили выделить 16 переменных, которые путем эксплораторного факторного анализа были объединены в 5 факторов: озабоченность лишним весом, анорексия, булимия, очистительное поведение и физические упражнения, употребление таблеток для снижения веса. На втором и третьем этапах использовались полуструктурированные психиатрические интервью. Было обнаружено, что для большинства переменных корреляции МЗ близнецов превышали таковые ДЗ примерно в два раза. Подбор моделей показал, что в целом вариативность пищевого поведения в данной популяции на 59% объясняется аддитивным генетическим компонентом и на 41 % – влияниями различающейся (неразделенной) среды.

Более 17000 пар 1953-1982 годов рождения из Датского близнецового регистра были дистанционно опрошены по поводу наличия возможного диагноза НА или НБ [35]. Из числа опрошенных было выявлено 190 МЗ и 248 ДЗ пар близнецов женского пола, в которых имелись проблемы НПП. Были оценены коэффициенты наследуемости для НА в узком и широком понимании, которые составили 48% и 52%, соответственно. Наследуемость НБ составила 61%, что согласуется с результатами вирджинских и австралийских исследований.

В ходе генетико-популяционных исследований компульсивного переедания в норвежской популяции было опрошено более 4000 пар близнецов в возрасте от 19 лет до 31 года [39]; [40]. Коэффициенты наследуемости, полученные отдельно для мужчин и для женщин, не отличались и составили 51%. Корреляция генетических факторов риска между полами оказалась равной 0,57, что говорит о том, что наряду с общими генетическими причинами компульсивного переедания у мужчин и женщин существуют и гендерно-специфические факторы предрасположенности к болезни.

Проведенное в Швеции когортное популяционное исследование нервной анорексии у близнецов, рожденных между 1935 и 1958 годами (N=31406), позволило оценить встречаемость НА у женщин и мужчин (1,20% и 0,29%, соответственно) и оценить коэффициент наследуемости (0,56), вклад общей среды (0,05) и различающейся среды (0,38). Было также показано, что встречаемость НА выше у рожденных после 1945 года [8]. Эта же когорта близнецов систематически обследовалась в 1972 и 1973 годах еще до начала заболевания НА, что позволило определить проспективные риски для НА. Так, невротизм, измеренный примерно за 30 лет до диагностического обследования по поводу диагноза НА, оказался ассоциированным с последующим развитием НА.

Близнецовые исследования сопряженности НПП с другими психическими расстройствами и чертами личности

Значительный массив близнецовых исследований, помимо оценки наследуемости собственно НПП, включает поиск генетических и средовых причин сопряженности НПП с другими расстройствами и личностными особенностями.

Например, на вирджинской близнецовой популяции исследовалась коморбидность НПП с депрессивными и тревожными расстройствами [14]; [42]; [49]; [54]. В работе [54] была обнаружена относительно высокая генетическая корреляция между НБ и депрессией (0,46), что говорит о существовании общих генетических факторов, предрасполагающих к обоим расстройствам. В работе [49] исследовалась коморбидность депрессии и НА. Был обнаружен довольно значительный вклад аддитивного генетического компонента в оба заболевания: 58% для НА и 44% для депрессии, причем примерно 34% вариативности обоих расстройств определялось общими генетическими факторами. Остальная вариативность объяснялась различающейся средой. Средовые корреляции показали отсутствие общих средовых факторов риска для этих заболеваний. Авторы считают, что общие генетические факторы отчасти объясняют коморбидность между этими заболеваниями, в то время как средовые причины такой сопряженности выявить не удается.

В более позднем исследовании [42], выполненном на близнецах-подростках женского пола (8-13 и 14-17 лет), подбор моделей продемонстрировал различающиеся этиологические паттерны связи между НПП, депрессией, свертотревожным расстройством и сепарационным тревожным расстройством. С одной стороны, имеется общий первазивный генетический фактор, который определяет предрасположенность ко всем симптомам, в то же время отдельный генетический фактор определяет предрасположенность к ранним симптомам НПП. Факторы общей (разделенной) среды определяют связь ранней депрессии и ранних симптомов НПП, а также предрасположенность к поздним симптомам НПП и устойчивому сепарационному тревожному расстройству, которое проявляется как в раннем подростковом, так и в более позднем возрасте.

Наличие общих генетических факторов, лежащих в основе коморбидности НА и тревожного расстройства, подтверждается и другими работами [14]. Имеются подтверждения и существования общих генетических причин широкого спектра НПП и депрессивных симптомов [43].

В рамках Вирджинского близнецового проекта исследовалась также этиология коморбидности НПП и злоупотребления психоактивными веществами (ЗПВ). В первой публикации авторы указывают на общие генетические и средовые причины нервной булимии (расширенный диагноз) и ЗПВ: 83% корреляций между НБ и ЗПВ объяснялись генетическими причинами и 17% – факторами неразделенной среды, представляющими риск для обоих заболеваний [2]. В более позднем исследовании [3] наиболее значительная генетическая корреляция (0,53) была обнаружена между количеством булимических симптомов и злоупотреблением алкоголем, а наименьшая (0,25) – табакокурением. Авторы делают вывод о значимости семейных факторов для ассоциации НБ и ЗПВ, однако имеющиеся данные пока не позволяют прояснить окончательную этиологию этой связи.

Еще одно похожее исследование, снова выполненное на близнецах Вирджинского регистра [5], оценивало генетические и средовые причины сопряженности некоторых психических расстройств, включая НА и НБ, с устойчивостью к кофеину. Генетические корреляции НА, НБ и кофеиновой резистентности оказались равными 0,64 и 0,49, соответственно, что говорит о том, что связь между фенотипами НПП и резистентностью к кофеину имеет общие генетические причины.

В одной из работ Вирджинского близнецового проекта была сделана попытка поиска общих генетических и средовых факторов сразу для шести психических расстройств у женщин, включая паническое расстройство, большую депрессию, алкоголизм, тревожное расстройство, фобию и булимию [27]. Результаты многомерного генетического анализа позволили авторам сделать заключение, что для всех расстройств наряду с общими генетическими факторами имеются и специфические.

То же самое справедливо и для средовых факторов. Все три группы факторов риска (генетический, общая среда, индивидуальная среда) образуют уникальные паттерны коморбидности для всех шести расстройств. Оказалось, что генетические влияния группируются в два фактора, один из которых специфичен для фобии, панического расстройства и булимии, а второй – для большой депрессии и генерализованного тревожного расстройства. Фактор общей семейной среды оказался специфичным исключительно для булимии, в то время как фактор индивидуально-специфичной среды вносит вклад во все упомянутые расстройства.

В Миннесотском популяционном исследовании близнецовых семей была обнаружена значительная коморбидность НПП с большой депрессией, тревожными расстройствами и никотиновой зависимостью [25]. Исследование касалось только женской популяции. Метод анализа дискордантных МЗ пар позволил подтвердить существование общих факторов, предрасполагающих к НПП и тревожным расстройствам: в МЗ парах, дискордантных по НПП (14 пар), непораженный близнец демонстрировал повышенный риск тревожных расстройств по сравнению с контрольной группой; в парах МЗ, дискордантных по тревожным расстройствам (52 пары), напротив, непораженный близнец был более подвержен НПП, чем контрольная группа. Однако авторы указывают, что природа связи НПП и тревожных расстройств пока остается неясной.

Еще в одном близнецовом исследовании 1002 женских пар 28-40 лет в рамках Австралийского проекта изучалась этиология связи НА с темпераментом и некоторыми личностными чертами [51]. Сопряженными с НА оказались четыре черты, связанные в основном с перфекционизмом (беспокойство по поводу ошибок, существование личных стандартов, неуверенность в своих действиях, потребность в организации). Затем для исследования были выбраны дискордантные по НА пары. Сравнение непораженных близнецов, партнер которых имеет диагноз НА, и контрольных испытуемых (также без диагноза) показало, что для первых более характерны такие черты, как наличие персональных стандартов, потребность в

организации и зависимость от подкрепления (награды). Это позволяет выдвинуть предположение, что НА может отражать семейный стиль темперамента, включающий стремление к совершенству, потребность в порядке и чувствительность к похвале и вознаграждению. Предполагается, что природа этих общих факторов риска НА может быть отчасти генетической.

В рамках того же проекта исследовалась коморбидность компульсивного переедания (с потерей контроля) и самоиндуцированной рвоты, которые обычно являются типичными составляющими пищевого поведения при булимии, но могут встречаться по-отдельности и при других НПП [52]. Авторам удалось установить, что основной вклад (порядка 80-90%) в вариативность этих типов пищевого поведения вносит различающаяся среда, остальное приходится на долю генетических компонентов, причем от 27 до 100% генетических факторов риска являются общими для обоих исследованных вариантов НПП. Среди средовых факторов риска только 5-14% являются общими. Были выявлены в основном специфические для каждого из этих НПП факторы риска. Для самоиндуцированной рвоты специфичным были повышенный уровень невротизма и стремления к поиску новизны, а также низкий уровень родительской заботы; для компульсивного переедания характерны более высокий уровень родительских конфликтов, родительского критицизма и родительских ожиданий, более высокий ИМТ и его колебания, низкий уровень отцовской заботы. Фактически к числу общих факторов были отнесены только критические высказывания родителей по поводу веса и низкий уровень материнской заботы. Авторы подчеркивают, что оба типа поведения должны исследоваться независимо, поскольку существует множество указаний на их относительную самостоятельность.

Близнецовые исследования континуума пищевого поведения и сопряженных черт на неклинических популяциях

Помимо исследований, выполненных на клинических случаях или с помощью клинических опросников или интервью, имеется ряд близнецовых исследований, в которых использовались опросники, направленные на изучение пищевого поведения и пищевых установок, а также сопряженных с этим типом психологических особенностей (недовольство телом, озабоченность весом и т.п.) в нормальной популяции. В таких исследованиях пищевое поведение и прочие характеристики представляют собой непрерывно варьирующие количественные фенотипы, и постановка диагноза не предполагается.

В одном из таких исследований участвовало 147 МЗ и 99 ДЗ пар близнецов-добровольцев 18-45 лет [41], которые заполняли два опросника: Eating Attitudes Test (EAT) [18] и Eating Disorder Inventory (EDI) [19]. Эти опросники применяются для скрининга риска НПП. Показатели наследуемости для суммарного балла EAT и шкалы диет EAT составили 41% и 42%, соответственно. В опроснике EDI высокие показатели наследуемости были обнаружены для шкал «недовольство телом» (52%) и «стремление к худобе» (44%). Вклад наследственного компонента в вариативность индекса массы тела оказался равным 64%. Подбор моделей показал наилучшее

соответствие для генетико-средовой модели с аддитивным наследственным компонентом и отсутствием вклада общей среды, что приводит к выводу, что общая семейная среда не участвует в детерминации вариативности по исследованным фенотипам.

Подобное исследование – также с использованием несколько модифицированного для подростков опросника EDI (M-EDI) – было выполнено на близнецах-подростках женского пола (340 пар 10-12 лет и 301 пара 16-18 лет), принимавших участие в Миннесотском исследовании близнецовых семей. Работа интересна тем, что она впервые была проведена на узком возрастном диапазоне, тогда как раньше исследовались смешанные выборки от 17 до 50-60 лет. Кроме того, впервые были оценены возрастные различия генетических и средовых компонентов пищевого поведения [31]. Оказалось, что в старшей возрастной группе результаты в основном повторяют то, что было получено в предыдущих работах: коэффициенты наследуемости для суммарного балла и ряда шкал (недовольство телом, озабоченность весом, компенсаторное поведение для снижения веса) колеблются в пределах 0,50-0,60, остальная вариативность связана с факторами различающейся среды. Однако в младшей возрастной группе было обнаружено, что для суммарного балла и шкалы озабоченности весом существенную роль играют факторы общей среды (0,46 и 0,33 соответственно). Это говорит о том, что в младшем подростковом возрасте, в отличие от старшего, общие средовые факторы являются достаточно существенными для формирования вариативности пищевого поведения и других сопряженных психологических установок. Авторы полагают, что исследование таких семейных факторов риска, как стиль семейных отношений и выражения эмоций, увлечение родителей диетами и озабоченность своим весом и фигурой, родительский перфекционизм и завышенные ожидания могут быть теми общими средовыми факторами, которые могут спровоцировать НПП у детей. Таким образом, в десяти-двенадцатилетнем возрасте общая семейная среда, видимо, может повлиять на дальнейшее развитие пищевого поведения, тогда как в старшем – основную роль играют факторы различающейся индивидуальной среды. Однако авторы отмечают, что перечисленные семейные факторы лишь отчасти являются чисто средовыми, поскольку они могут отражать и генетические особенности родителей. Например, вариативность темперамента, увлечения диетами, озабоченности весом у взрослых демонстрируют умеренную наследуемость.

В работе [32] те же авторы, выделив в младшей группе подростков препубертатную подгруппу, показали, что только в период начавшегося полового созревания наследуемость нарушенного пищевого поведения становится существенной, тогда как до полового созревания пищевое поведение испытывает в основном средовые влияния. Авторы полагают, что наследственные влияния на патологию пищевого поведения активируются в процессе полового созревания.

Еще одна работа, выполненная на том же контингенте (166 МЗ и 90 ДЗ пар 16-18 лет), позволила оценить у подростков общие генетические и средовые источники вариативности пищевого и компенсаторного поведения и некоторых личностных особенностей (позитивной, негативной эмоциональности и напряженности) по

опросникам М-EDI и Multidimensional Personality Questionnaire (MPQ; Tellegen, 1982) [33]. Негативная эмоциональность положительно коррелировала со всеми шкалами М-EDI (в пределах 0,16-0,33, $p < 0,001$), а позитивная эмоциональность отрицательно, но слабо коррелировала с суммарным баллом М-EDI и шкалами «недовольство телом» и «компульсивное переедание» (-0,09 - -0,14, $p < 0,05$). Напряженность слабо отрицательно коррелировала только со шкалой компенсаторного поведения (-0,16, $p < 0,001$). Внутрикласовые корреляции МЗ близнецов для всех шкал обоих опросников заметно превышали таковые ДЗ близнецов, что говорит о наследуемости этих характеристик. Подбор моделей выявил наилучшее соответствие для АЕ модели (аддитивная наследуемость и неразделенная среда). Наследуемость личностных факторов составила от 0,34 до 0,55. Оставшаяся вариативность объяснялась факторами различающейся среды. Для шкал М-EDI результаты повторили описанные выше [31].

Двумерный корреляционный анализ позволил оценить генетические и средовые корреляции между пищевым поведением и личностными характеристиками. Генетические корреляции между шкалами внутри обоих опросников были весьма высокими (от 0,40 до 1,00), что говорит об общих наследственных источниках вариативности тестируемого поведения. Для вариативности между опросниками М-EDI и MPQ генетические корреляции составили от -0,15 до 0,47. Таким образом, от 2 до 22% дисперсии пищевого поведения и личностных черт объясняется общими генетическими причинами. Средовые корреляции в основном оказались незначимыми за исключением корреляции между суммарным баллом М-EDI, компульсивным перееданием и негативной эмоциональностью: 40-51% вариативности этих особенностей объясняется общими факторами неразделенной среды. Таким образом, личностные черты и пищевое поведение могут иметь общие генетические этиологические основания.

В одной из работ на женских парах близнецов Австралии (4268 пар, рожденных между 1964 и 1971 годами) изучались генетические и средовые корреляции между озабоченностью весом и фигурой и перфекционизмом [53]. Как известно, перфекционизм считается одним из факторов риска НПП, поскольку он приводит к недовольству своим телом и стремлению соответствовать идеальной фигуре, что, в свою очередь, может вести к увлечению диетами и развитию НПП. Авторы задались целью выяснить, лежат ли в основе ковариации перфекционизма и недовольства фигурой общие генетические или средовые причины. Исследование показало, что индивидуальные различия, касающиеся как перфекционизма, так и озабоченности фигурой и весом, в некоторой степени объясняются аддитивными генетическими факторами, но вклад генов небольшой – от 25% до 39%. Однако всего лишь 10% ковариации перфекционизма и озабоченности фигурой и весом могут быть приписаны общим генетическим и средовым факторам. Авторы предполагают, что модель общих причин вряд ли может объяснить ковариацию НПП и перфекционизма.

Исследование, проведенное на популяции близнецов Финляндии, включавшее 4667 человек (мужчин и женщин) 22-27 лет и являющееся частью лонгитюдного проекта, было направлено на изучение сопряженных с НПП особенностей – недовольства телом и стремления похудеть. Для оценки использовались соответствующие две шкалы опросника EDI. Были обнаружены существенные различия между мужчинами и женщинами в наследуемости упомянутых характеристик. Если у женщин наследуемость была довольно значительной – 59% для недовольства телом и 51% для стремления похудеть, то у мужчин вариативность объяснялась чисто средовыми причинами [28].

Еще в одном исследовании в рамках того же проекта, близнецы были опрошены по поводу пищевых привычек и (ретроспективно) о количестве эпизодов преднамеренной потери веса более чем на 5 кг [29]. Для эпизодов интенциональной потери веса коэффициенты наследуемости составили 66% у женщин и 38% у мужчин, причем генетическая корреляция эпизодов интенциональной борьбы с весом и ИМТ оказалась не очень высокой (0,38 для мужчин и 0,45 для женщин), что говорит о том, что вариативность ИМТ и поведения, направленного на потерю веса, имеет мало общих генетических причин.

Можно отметить, что вопрос о связи НПП и индекса массы тела ставится во многих исследованиях пищевого поведения, однако только психогенетические подходы позволяют исследовать этиологию такой связи. Еще в одном из близнецовых исследований было показано, что в целом корреляция между НПП и ИМТ имеет общие генетические причины, однако большая часть аддитивной наследуемости нарушенного пищевого поведения оказалась независимой от ИМТ, хотя по отдельности вариативность как ИМТ, так и пищевого поведения в значительной степени объясняется генетическими причинами (коэффициенты наследуемости ИМТ составили 0,76 для мужчин и 0,80 для женщин; коэффициент наследуемости показателей пищевого поведения был гораздо выше для женщин – 0,65, чем для мужчин – 0,39) [44].

Одно из исследований близнецов, проведенное в Швеции, касалось исключительно мужской популяции [46]. После подбора моделей были оценены коэффициенты наследуемости для когнитивного ограничения приема пищи (59%), для эмоциональной зависимости от еды (60%) и для неконтролируемого поглощения пищи (45%). Таким образом, пищевое поведение не только женщин, но и мужчин находится под влиянием генетических факторов.

Во многих исследованиях НПП отмечается, что одним из факторов риска является ранний возраст наступления менархе. Близнецовые исследования позволяют оценить возможный вклад общих генетических причин существования такой связи. В одном из таких исследований, была обнаружена отрицательная генетическая корреляция (-0,18) НПП и возраста менархе [4]. Соответственно, можно считать, что генетические причины раннего наступления менархе ассоциируются с большей уязвимостью к НПП, однако природа такой связи требует дальнейшего исследования.

Следует упомянуть первое лонгитюдное близнецовое исследование пищевого поведения, выполненное в рамках проекта по исследованию близнецовых семей в Миннесоте [30]; [34]. 386 пар подростков-близнецов женского пола были обследованы в 11, 14 и 17-18 лет с целью проследить изменение и преемственность вклада генетических и средовых факторов в вариативность таких характеристик, как недовольство телом, озабоченность весом, компульсивное переедание и использование компенсаторных приемов для снижения веса. Авторам удалось обнаружить нарастание вклада генетических эффектов при переходе от младшего подросткового возраста к старшим (6% в 11 лет и 46% в 14 и 18 лет), что авторы связывают с важной ролью пубертатного периода в этиологии нарушений пищевого поведения. Источники генетических и общесредовых влияний, как было продемонстрировано вычислением генетических и средовых корреляций, не меняются с возрастом, что говорит об их преемственности. Однако к 14 и 18 годам, видимо, появляются новые источники индивидуальной (неразделенной) среды, что может быть связано с нарастанием автономности в этот период.

Что касается близнецовых исследований пищевого поведения у детей препубертатного возраста, то нам удалось обнаружить лишь две работы. Одна из них, выполненная в Великобритании, включает 5390 пар близнецов и касается пищевой неофобии у детей 8-11 лет [10]. Авторы обнаруживают высокую наследуемость неофобии (0,78); оставшаяся вариативность приходится на факторы индивидуальной среды (0,22). Вторая работа, выполненная в Швеции, касается широкого спектра проблем с приемом пищи у детей [38]. Исследование охватывает 12366 близнецов 9 и 12 лет из когортного близнецового проекта (The Child and Adolescent Twin Study in Sweden - CATSS). Помимо пищевых проблем в исследовании оценивались поведенческие расстройства: синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и расстройства аутистического спектра (РАС). Было обнаружено, что встречаемость пищевых проблем в целом в популяции составляет 0,6%, но она гораздо выше среди детей с СДВГ и РАС. Примерно 40% детей, имеющих проблемы с приемом пищи, демонстрируют симптомы СДВГ и/или РАС. Показатель наследуемости пищевых проблем составил 44%, но высоких кросс-корреляций, свидетельствующих об общих генетических источниках для пищевых проблем и расстройств поведения, обнаружить не удалось.

Близнецовые исследования являются также уникальной возможностью проверить вероятную роль воздействия тестостерона на степень риска возникновения НПП. Хорошо известное десятикратное превышение встречаемости НПП среди женщин по сравнению с мужчинами, что может объясняться не только социальными причинами, но и отчасти биологическими. Как показывают исследования [12]; [13], выполненные на разнополых и однополых близнецах, частота встречаемости НПП среди женщин-близнецов, имеющих партнера мужского пола (т.е. из разнополых пар), является самой низкой по сравнению с женщинами-близнецами из однополых пар и одиночно-рожденными женщинами. Авторы предполагают, что внутриутробное воздействие тестостерона со стороны второго плода мужского пола, может снижать уязвимость перед НПП в дальнейшем.

Заключение

Таким образом, генетико-популяционные близнецовые исследования, несомненно, свидетельствуют о довольно значительном генетическом компоненте основных расстройств пищевого поведения (нервной анорексии, нервной булимии и компульсивного переедания) и сопряженных типов поведения (стремление похудеть, недовольство телом, преднамеренная борьба с весом). Среди средовых факторов основное место принадлежит индивидуально-специфичной среде, и только в раннем подростковом возрасте довольно существенная роль отводится факторам общей (разделенной) среды, что позволяет предполагать участие общесемейного средового фактора в генезисе НПП. Кроме того, можно утверждать, что в основе сопряженности НПП с другими психическими расстройствами (депрессивные и тревожные расстройства, злоупотребление ПАВ) и некоторыми чертами личности (перфекционизм) могут лежать общие генетические причины. Несмотря на то, что ограничительное пищевое поведение направлено на снижение массы тела, не удалось обнаружить общих генетических факторов, одновременно лежащих в основе ИМТ и расстройств пищевого поведения.

Литература

1. Мешкова Т.А. Роль наследственности и среды в этиологии нарушений пищевого поведения. I. Обзор семейных исследований // Клиническая и специальная психология. 2015. №1.
2. Baker J.H., Mazzeo S.E., Kendler K.S. Association between broadly defined bulimia nervosa and drug use disorders: common genetic and environmental influences // International Journal of Eating Disorders. 2007. V. 40. P. 673–678.
3. Baker J.H., Mitchell K.S., Neale M.C., Kendler K.S. Eating disorder symptomatology and substance use disorders: Prevalence and shared risk in a population based twin sample // International Journal of Eating Disorders. 2010. V. 43. P. 648–658.
4. Baker J.H., Thornton L.M., Bulik C.M., Kendler K.S., Lichtenstein P. Shared genetic effects between age at menarche and disordered eating // Journal of Adolescent Health. 2012. V. 51. P. 491–496.
5. Bergin J.E., Kendler K.S. Common psychiatric disorders and caffeine use, tolerance, and withdrawal: An examination of shared genetic and environmental effects // Twin Research and Human Genetics. 2012. V. 15. P. 473–482.
6. Bulik C.M., Sullivan P.F., Kendler K.S. Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating // International Journal of Eating Disorders. 2003, V. 33. P. 293–298.
7. Bulik C.M., Sullivan P.F., Wade T., Kendler K.S. Twin studies of eating disorders // International Journal of Eating Disorders. 2000. V. 27. P. 1–20.

8. *Bulik C.M., Sullivan P.F., Tozzi F., Furberg H., Lichtenstein P., Pedersen N.L.* Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa // *Archives of General Psychiatry*. 2006. V. 63. P. 305-312.
9. *Campbell I.C., Mill J., Uher R., Schmidt U.* Eating disorders, gene–environment interactions and epigenetics // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2011. V. 35. 784–793.
10. *Cooke L.J., Haworth C.M.A., Wardle J.* Genetic and environmental influences on children’s food neophobia // *American Journal of Clinical Nutrition*. 2007. V. 86 P. 428–433.
11. *Crisp A. H., Hall A., Holland A. J.* Nature and nurture in anorexia nervosa: A study of 34 pairs of twins, one pair of triplets, and an adoptive family // *International Journal of Eating Disorders*. 1985. V. 4. P. 5-27.
12. *Culbert K.M., Breedlove S.M., Burt S.A., Klump K.L.* Prenatal hormone exposure and risk for eating disorders: A comparison of opposite-sex and same-sex twins // *Archives of General Psychiatry*. 2008. V. 65. P. 329–336.
13. *Culbert K.M., Breedlove S.M., Sisk C.L., Burt S.A., Klump K.L.* The emergence of sex differences in risk for disordered eating attitudes during puberty: A role for prenatal testosterone exposure // *Journal of Abnormal Psychology*. 2013. V. 122. P. 420–432.
14. *Dellava J.E. Kendler K.S., Neale M.C.* Generalized anxiety disorder and anorexia nervosa: Evidence of shared genetic variation // *Depression and Anxiety*. 2011. V. 28. P. 728–733.
15. *Fairburn, C.G., Cowen, P.J. & Harrison, P.J.* Twin studies and the aetiology of eating disorders // *International Journal of Eating Disorders*. 1999. V. 26. P. 349–358.
16. *Fichter M.M. Noegel R.* Concordance for Bulimia Nervosa in Twins // *International Journal of Eating Disorders*. 1990. V. 9. P. 255-263
17. *Garfinkel P.E., Garner D.M.* Anorexia nervosa: A multidimensional perspective. 1982. New York: Brunner/Mazel. P. 170-173.
18. *Garner, D.M., Olmsted M.P., Bohr Y., Garfinkel P.E.* The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates // *Psychological Medicine*. 1982. V. 12. P. 871-878.
19. *Garner D.M.* Eating Disorder Inventory 2. Professional manual. 1991. Odessa. FL: Psychological Assessment Resources.
20. *Graham P., Nunn K.* Research in eating disorders: should we focus on the brain? // *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*. 2013. V. 1. P. 82-97.

21. *Grimm E.R., and Steinle N.I.* Genetics of eating behavior: established and emerging concepts // *Nutrition Reviews*. 2011. V. 69. P. 52–60.
22. *Halmi K., Brodland G.* Monozygotic twins concordant and discordant for anorexia nervosa // *Psychological Medicine*. 1973, V. 3. P. 521 -524.
23. *Hsu L.K.G., Chesler B.E., Santhouse R.* Bulimia Nervosa in Eleven Sets of Twins: A Clinical Report // *International Journal of Eating Disorders*. 1990. V. 9. N. 3. P. 275-282.
24. *Kaye W.* Neurobiology of Anorexia and Bulimia Nervosa // *Physiology and Behavior*. 2008. V. 94. P. 121–135.
25. *Keel P.K., Klump K.L., Miller K.B., McGue M., Iacono W.G.* Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders // *International Journal of Eating Disorders*. 2005. V. 38. P. 99–105.
26. *Kendler K.S., MacLean C., Neale M., Kessler R., Heath A., Eaves L.* The genetic epidemiology of bulimia nervosa // *American Journal of Psychiatry*. 1991. V.148. P. 1627-1637.
27. *Kendler K.S., Walters E.E., Neale M.C., Kessler R.C., Heath A.C., Eaves L.J.* The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism // *Archives of General Psychiatry*. 1995. V. 52. P. 374-383.
28. *Keski-Rahkonen A., Bulik C.M., Neale B.M. Rose R.J., Rissanen A., Kaprio J.* Body dissatisfaction and drive for thinness in young adult twins // *International Journal of Eating Disorders*. 2005. V.37. P.188–199.
29. *Keski-Rahkonen A., Neale B.M., Bulik C.M., Pietilainen K.H., Rose R.J., Kaprio J., Rissanen A.* Intentional weight loss in young adults: sex-specific genetic and environmental effects // *Obesity research*. 2005. V. 13. N. 4. P. 745-753.
30. *Klump K.L., Burt A.S., McGue M., Iacono W.G.* Changes in genetic and environmental influences on disordered eating across adolescence A longitudinal twin study // *Archives of General Psychiatry*. 2007. V. 64. P. 1409-1415.
31. *Klump K.L., McGue M., Iacono W.G.* Age differences in genetic and environmental influences on eating attitudes and behaviors in preadolescent and adolescent female twins // *Journal of Abnormal Psychology*. 2000. V. 109. N. 2. P. 239-251.
32. *Klump K.L., McGue M., Iacono W.G.* Differential heritability of eating attitudes and behaviors in prepubertal and pubertal twins // *International Journal of Eating Disorders*. 2003 V. 33 P. 287-292.

33. Klump K.L., McGue M., Iacono W.G. Genetic relationships between personality and eating attitudes and behaviors // *Journal of abnormal psychology*. 2002. V. 111. N. 2. P. 380–389.
34. Klump K.L., Perkins P., Burt A.S., McGue M., Iacono W.G. Puberty moderates genetic influences on disordered eating // *Psychological Medicine*. 2007. V.37. P. 627–634.
35. Kortegaard L., Hoerder K., Joergensen J., Gillberg C., Kyvik K. A preliminary population-based twin study of self-reported eating disorder // *Psychological Medicine*. V. 2001. V. 31. P. 361-365.
36. Krom de M., Bauer F., Collier D., Adan R.A.H., la Fleur S. E. Genetic Variation and Effects on Human Eating Behavior // *Annual Review of Nutrition*. 2009. V. 29. P. 283–304.
37. Mazzeo S.E., Bulik C.M. Environmental and genetic risk factors for eating disorders: What the clinician needs to know // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2009. V. 18. P. 67–82.
38. Råstam M., Täljemark J., Tajnia A, Lundström S., Gustafsson P., Lichtenstein P., Gillberg C., Anckarsäter H., Kerekes N. Eating problems and overlap with ADHD and autism spectrum disorders in a Nationwide Twin Study of 9- and 12-Year-Old Children // Hindawi Publishing Corporation. *The Scientific World Journal*. V. 2013, Article ID 315429.
39. Reichborn-Kjennerud T., Bulik C.M., Kendler K.S., Røysamb E., Maes H., Tambs K., Harris J.R. Gender differences in binge-eating: a population-based twin study // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003. V. 108. P. 196–202.
40. Reichborn-Kjennerud T., Bulik C.M., Tambs K., Harris J.R. Genetic and environmental influences on binge eating in the absence of compensatory behaviors: a population-based twin study // *International Journal of Eating Disorders*. 2004. V. 36. P. 307-314.
41. Rutherford J., McGuffin P., Katz R.J., Murray R.M. Genetic influences on eating attitudes in a normal female twin population // *Psychological Medicine*. 1993. V. 23. P. 425-436.
42. Silberg J.L., Bulik C.M. The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005. V. 46. P. 1317–1326.
43. Slane J.D., Burt S.A., Klump K.L. Genetic and environmental influences on disordered eating and depressive symptoms // *International Journal of Eating Disorders*. 2011. V. 44. P. 605–611.

44. *Slof-Op't Landt M.C.T., Bartels M., van Furth E.F., van Beijsterveldt C.E.M., Meulenbelt I., Slagboom P.E., Boomsma D.I.* Genetic influences on disordered eating behaviour are largely independent of body mass index // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008. V. 117 P. 348–356.
45. *Striegel-Moore R.H., Bulik C.M.* Risk Factors for Eating Disorders // *American Psychologist*. 2007. V. 62. N. 3. P. 181–198.
46. *Tholin S., Rasmussen F., Tynelius P., Karlsson J.* Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish Young Male Twins Study // *American Journal of Clinical Nutrition*. 2005. V. 81. P. 564–569.
47. *Treasure J., Holland A.* Genetic vulnerability to eating disorders: Evidence from twin and family studies. // *Remschmidt H., Schmidt M.H. (Eds). Child and Youth Psychiatry: European Perspectives*. Lewiston, NY: Hogrefe & Huber. 1989.
48. *Wade T., Martin N.G., Neale M.C., Tiggemann M., Treloar S.A., Bucholz K.K., Madden P.A.F., Heath A.C.* The structure of genetic and environmental risk factors for three measures of disordered eating // *Psychological Medicine*. 1999. V. 29. P. 925–934.
49. *Wade T.D., Bulik C.M., Neale M., Kendler K.S.* Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors // *American Journal of Psychiatry*. 2000. V. 157. P. 469–471.
50. *Wade T.D., Bulik C.M., Sullivan P.F., Neale M.C., Kendler K.S.* The relation between risk factors for binge eating and bulimia nervosa: a population-based female twin study // *Health Psychology*. 2000. V. 19. N. 2. P. 115–123.
51. *Wade T.D., Tiggemann M., Bulik C.M., Fairburn C.G., Wray N.R., Martin N.G.* Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: A twin study // *Psychosomatic Medicine*. 2008. V. 70. P. 239–244.
52. *Wade T.D., Treloar S., Martin N.G.* Shared and unique risk factors between lifetime purging and objective binge eating: a twin study // *Psychological Medicine*. 2008. V. 38. P. 1455–1464.
53. *Wade T.D., Bulik C.M.* Shared genetic and environmental risk factors between undue influence of body shape and weight on self-evaluation and dimensions of perfectionism // *Psychological Medicine*. 2007. V. 37 P. 635–644.
54. *Walters E.E., Neale M.C., Eaves L.J., Heath A.C., Kessler R.C., Kendler K.S.* Bulimia nervosa and major depression: a study of common genetic and environmental factors // *Psychological Medicine*. 1992. V. 22. P. 617–622.

Heredity and Environment in Etiology of Eating Disorders. I. Review of Twin Studies

Meshkova T.A.,

Ph.D. in Psychology, Dean of the Faculty of Clinical Psychology & Special Education, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, meshkovata@mgppu.ru

Twin studies of eating disorders (anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating) are reviewed. Historically, eating disorders (ED) was viewed as a disorders primarily influenced by sociocultural factors, however, over the past decade, this perception has been challenged. Twin studies demonstrate that genetic factors significantly influence the risk for ED and substantially contribute to the observed association between ED and other disorders and personal traits (major depression, anxiety disorders, substance use disorders, perfectionism). Among environmental factors nonshared (unique) environment plays the main role, except of early puberty.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, twins, twin studies, twin method, heredity and environment, review.

Literature

1. *Meshkova T.A. Rol' nasledstvennosti i sredy v etiologii narushenii pischevogo povedeniya. I. Obzor semeinyh issledovaniy // Klinicheskaya i special'naya psihologiya. 2015. №1.*
2. *Baker J.H., Mazzeo S.E., Kendler K.S. Association between broadly defined bulimia nervosa and drug use disorders: common genetic and environmental influences // International Journal of Eating Disorders. 2007. V. 40. P. 673–678.*
3. *Baker J.H., Mitchell K.S., Neale M.C., Kendler K.S. Eating disorder symptomatology and substance use disorders: Prevalence and shared risk in a population based twin sample // International Journal of Eating Disorders. 2010. V. 43. P. 648–658.*
4. *Baker J.H., Thornton L.M., Bulik C.M., Kendler K.S. Lichtenstein P. Shared genetic effects between age at menarche and disordered eating // Journal of Adolescent Health. 2012. V. 51. P. 491-496.*
5. *Bergin J.E., Kendler K.S. Common psychiatric disorders and caffeine use, tolerance, and withdrawal: An examination of shared genetic and environmental effects // Twin Research and Human Genetics. 2012. V. 15. P. 473–482.*

6. *Bulik C.M., Sullivan P.F., Kendler K.S.* Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating // *International Journal of Eating Disorders*. 2003, V. 33. P. 293–298.
7. *Bulik C.M., Sullivan P.F., Wade T., Kendler K.S.* Twin studies of eating disorders // *International Journal of Eating Disorders*. 2000. V. 27. P. 1–20.
8. *Bulik C.M., Sullivan P.F., Tozzi F., Furberg H., Lichtenstein P., Pedersen N.L.* Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa // *Archives of General Psychiatry*. 2006. V. 63. P. 305–312.
9. *Campbell I.C., Mill J., Uher R., Schmidt U.* Eating disorders, gene–environment interactions and epigenetics // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2011. V. 35. 784–793.
10. *Cooke L.J., Haworth C.M.A., Wardle J.* Genetic and environmental influences on children’s food neophobia // *American Journal of Clinical Nutrition*. 2007. V. 86 P. 428–433.
11. *Crisp A. H., Hall A., Holland A. J.* Nature and nurture in anorexia nervosa: A study of 34 pairs of twins, one pair of triplets, and an adoptive family // *International Journal of Eating Disorders*. 1985. V. 4. P. 5–27.
12. *Culbert K.M., Breedlove S.M., Burt S.A., Klump K.L.* Prenatal hormone exposure and risk for eating disorders: A comparison of opposite-sex and same-sex twins // *Archives of General Psychiatry*. 2008. V. 65. P. 329–336.
13. *Culbert K.M., Breedlove S.M., Sisk C.L., Burt S.A., Klump K.L.* The emergence of sex differences in risk for disordered eating attitudes during puberty: A role for prenatal testosterone exposure // *Journal of Abnormal Psychology*. 2013. V. 122. P. 420–432.
14. *Dellava J.E. Kendler K.S., Neale M.C.* Generalized anxiety disorder and anorexia nervosa: Evidence of shared genetic variation // *Depression and Anxiety*. 2011. V. 28. P. 728–733.
15. *Fairburn, C.G., Cowen, P.J. & Harrison, P.J.* Twin studies and the aetiology of eating disorders // *International Journal of Eating Disorders*. 1999. V. 26. P. 349–358.
16. *Fichter M.M. Noegel R.* Concordance for Bulimia Nervosa in Twins // *International Journal of Eating Disorders*. 1990. V. 9. P. 255–263
17. *Garfinkel P.E., Garner D.M.* Anorexia nervosa: A multidimensional perspective. 1982. New York: Brunner/Mazel. P. 170–173.
18. *Garner, D.M., Olmsted M.P., Bohr Y., Garfinkel P.E.* The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates // *Psychological Medicine*. 1982. V. 12. P. 871–878.

19. *Garner D.M.* Eating Disorder Inventory 2. Professional manual. 1991. Odessa. FL: Psychological Assessment Resources.
20. *Graham P., Nunn K.* Research in eating disorders: should we focus on the brain? // *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*. 2013. V. 1. P. 82-97.
21. *Grimm E.R., and Steinle N.I.* Genetics of eating behavior: established and emerging concepts // *Nutrition Reviews*. 2011. V. 69. P. 52–60.
22. *Halmi K., Brodland G.* Monozygotic twins concordant and discordant for anorexia nervosa // *Psychological Medicine*. 1973, V. 3. P. 521 -524.
23. *Hsu L.K.G., Chesler B.E., Santhouse R.* Bulimia Nervosa in Eleven Sets of Twins: A Clinical Report // *International Journal of Eating Disorders*. 1990. V. 9. N. 3. P. 275-282.
24. *Kaye W.* Neurobiology of Anorexia and Bulimia Nervosa // *Physiology and Behavior*. 2008. V. 94. P. 121–135.
25. *Keel P.K., Klump K.L., Miller K.B., McGue M., Iacono W.G.* Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders // *International Journal of Eating Disorders*. 2005. V. 38. P. 99–105.
26. *Kendler K.S., MacLean C., Neale M., Kessler R., Heath A., Eaves L.* The genetic epidemiology of bulimia nervosa // *American Journal of Psychiatry*. 1991. V.148. P. 1627-1637.
27. *Kendler K.S., Walters E.E., Neale M.C., Kessler R.C., Heath A.C., Eaves L.J.* The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism // *Archives of General Psychiatry*. 1995. V. 52. P. 374-383.
28. *Keski-Rahkonen A., Bulik C.M., Neale B.M. Rose R.J., Rissanen A., Kaprio J.* Body dissatisfaction and drive for thinness in young adult twins // *International Journal of Eating Disorders*. 2005. V.37. P.188–199.
29. *Keski-Rahkonen A., Neale B.M., Bulik C.M., Pietilainen K.H., Rose R.J., Kaprio J., Rissanen A.* Intentional weight loss in young adults: sex-specific genetic and environmental effects // *Obesity research*. 2005. V. 13. N. 4. P. 745-753.
30. *Klump K.L., Burt A.S., McGue M., Iacono W.G.* Changes in genetic and environmental influences on disordered eating across adolescence A longitudinal twin study // *Archives of General Psychiatry*. 2007. V. 64. P. 1409-1415.

31. Klump K.L., McGue M., Iacono W.G. Age differences in genetic and environmental influences on eating attitudes and behaviors in preadolescent and adolescent female twins // *Journal of Abnormal Psychology*. 2000. V. 109. N. 2. P. 239-251.
32. Klump K.L., McGue M., Iacono W.G. Differential heritability of eating attitudes and behaviors in prepubertal and pubertal twins // *International Journal of Eating Disorders*. 2003 V. 33 P. 287-292.
33. Klump K.L., McGue M., Iacono W.G. Genetic relationships between personality and eating attitudes and behaviors // *Journal of abnormal psychology*. 2002. V. 111. N. 2. P. 380 –389.
34. Klump K.L., Perkins P., Burt A.S., McGue M., Iacono W.G. Puberty moderates genetic influences on disordered eating // *Psychological Medicine*. 2007. V.37. P. 627–634.
35. Kortegaard L., Hoerder K., Joergensen J., Gillberg C., Kyvik K. A preliminary population-based twin study of self-reported eating disorder // *Psychological Medicine*. V. 2001. V. 31. P. 361-365.
36. Krom de M., Bauer F., Collier D., Adan R.A.H., la Fleur S. E. Genetic Variation and Effects on Human Eating Behavior // *Annual Review of Nutrition*. 2009. V. 29. P. 283–304.
37. Mazzeo S.E., Bulik C.M. Environmental and genetic risk factors for eating disorders: What the clinician needs to know // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2009. V. 18. P. 67–82.
38. Råstam M., Täljemark J., Tajnia A, Lundström S., Gustafsson P., Lichtenstein P., Gillberg C., Anckarsäter H., Kerekes N. Eating problems and overlap with ADHD and autism spectrum disorders in a Nationwide Twin Study of 9- and 12-Year-Old Children // Hindawi Publishing Corporation. *The Scientific World Journal*. V. 2013, Article ID 315429.
39. Reichborn-Kjennerud T., Bulik C.M., Kendler K.S., Røysamb E., Maes H., Tambs K., Harris J.R. Gender differences in binge-eating: a population-based twin study // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003. V. 108. P. 196–202.
40. Reichborn-Kjennerud T., Bulik C.M., Tambs K., Harris J.R. Genetic and environmental influences on binge eating in the absence of compensatory behaviors: a population-based twin study // *International Journal of Eating Disorders*. 2004. V. 36. P. 307-314.
41. Rutherford J., McGuffin P., Katz R.J., Murray R.M. Genetic influences on eating attitudes in a normal female twin population // *Psychological Medicine*. 1993. V. 23. P. 425-436.

42. *Silberg J.L., Bulik C.M.* The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005. V. 46. P. 1317–1326.
43. *Slane J.D., Burt S.A., Klump K.L.* Genetic and environmental influences on disordered eating and depressive symptoms // *International Journal of Eating Disorders*. 2011. V. 44. P. 605–611.
44. *Slof-Op't Landt M.C.T., Bartels M., van Furth E.F., van Beijsterveldt C.E.M., Meulenbelt I., Slagboom P.E., Boomsma D.I.* Genetic influences on disordered eating behaviour are largely independent of body mass index // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2008. V. 117 P. 348–356.
45. *Striegel-Moore R.H., Bulik C.M.* Risk Factors for Eating Disorders // *American Psychologist*. 2007. V. 62. N. 3. P. 181–198.
46. *Tholin S., Rasmussen F., Tynelius P., Karlsson J.* Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish Young Male Twins Study // *American Journal of Clinical Nutrition*. 2005. V. 81. P. 564–569.
47. *Treasure J., Holland A.* Genetic vulnerability to eating disorders: Evidence from twin and family studies. // Remschmidt H., Schmidt M.H. (Eds). *Child and Youth Psychiatry: European Perspectives*. Lewiston, NY: Hogrefe & Huber. 1989.
48. *Wade T., Martin N.G., Neale M.C., Tiggemann M., Treloar S.A., Bucholz K.K., Madden P.A.F., Heath A.C.* The structure of genetic and environmental risk factors for three measures of disordered eating // *Psychological Medicine*. 1999. V. 29. P. 925–934.
49. *Wade T.D., Bulik C.M., Neale M., Kendler K.S.* Anorexia nervosa and major depression: shared genetic and environmental risk factors // *American Journal of Psychiatry*. 2000. V. 157. P. 469–471.
50. *Wade T.D., Bulik C.M., Sullivan P.F., Neale M.C., Kendler K.S.* The relation between risk factors for binge eating and bulimia nervosa: a population-based female twin study // *Health Psychology*. 2000. V. 19. N. 2. P. 115–123.
51. *Wade T.D., Tiggemann M., Bulik C.M., Fairburn C.G., Wray N.R., Martin N.G.* Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: A twin study // *Psychosomatic Medicine*. 2008. V. 70. P. 239–244.
52. *Wade T.D., Treloar S., Martin N.G.* Shared and unique risk factors between lifetime purging and objective binge eating: a twin study // *Psychological Medicine*. 2008. V. 38. P. 1455–1464.
53. *Wade T.D., Bulik C.M.* Shared genetic and environmental risk factors between undue influence of body shape and weight on self-evaluation and dimensions of perfectionism // *Psychological Medicine*. 2007. V. 37 P. 635–644.

Мешкова Т. А. Роль наследственности и среды в этиологии нарушений пищевого поведения. II. Обзор близнецовых исследований
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 2. С. 1–24.

Meshkova T. A. Heredity and Environment in Etiology of Eating Disorders. I. Review of Twin Studies
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 2, pp. 1–24.

54. *Walters E.E., Neale M.C., Eaves L.J., Heath A.C., Kessler R.C., Kendler K.S.* Bulimia nervosa and major depression: a study of common genetic and environmental factors // *Psychological Medicine*. 1992. V. 22. P. 617-622.

Совладание с травмой у профессиональных спортсменов

Довжик Л.М.,

аспирант, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, lydia.dovzhik@gmail.com

Нартова-Бочавер С.К.,

доктор психологических наук, профессор департамента психологии, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия, s-nartova@yandex.ru

Рассматривается спортивная травма как психологический феномен, раскрываются особенности личности спортсменов в аспекте их уязвимости и ресурсности для преодоления травм. Авторами предполагается наличие особенностей в композиции копинг-стратегий спортсменов, а также различий эмоционального состояния условно благополучных и неблагополучных спортсменов. Рассматривается гендерная специфика исследуемых связей. За все время исследования был опрошено 124 испытуемых ($M_{\text{возраст}}=22.1$, $SD_{\text{возраст}}=4$; 80 мужчин, 44 женщины). Обнаружены значимые различия в практикуемых способах преодоления повседневных и спортивных стрессов у благополучных и неблагополучных спортсменов, показаны гендерные особенности совладания с ситуацией травмы. В мужской группе благополучные спортсмены значимо интенсивнее используют стратегию «Решение проблем», а также спортивные копинги. В женской группе, помимо копингов свойственных мужчинам, присутствует обращение к «Постановке цели и психической подготовке», а также использование копинга «Обучаемость». В ходе исследования также были выявлены копинг-стратегии, которые вносят вклад в переживание благополучия. Очерчиваются прикладные аспекты и перспективы исследования.

Ключевые слова: психология спорта, копинг-стратегия, совладающее поведение, травма, стресс.

Для цитаты:

Довжик Л. М., Нартова-Бочавер С. К. Совладание с травмой у профессиональных спортсменов [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. №2. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Dovzhik_Nartova-Bochaver.shtml.

For citation:

Dovzhik L. M., Nartova-Bochaver S. K. Coping with the Trauma of Professional Athletes [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i

spetsial'naiia psikhologiya], 2015, vol. 4, no. 2. Available at: http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Dovzhik_Nartova-Bochaver.shtml. (In Russ., Abstr. in Engl.)

Введение

Спорт как феномен культуры во все времена был неотъемлемой частью человеческого бытия, представляя собой кульминацию торжества здорового тела и здорового образа жизни. В Древней Греции спорт ассоциировался с понятием «агона» – игры, вызова, состязаний. Однако, говоря о спорте высших достижений, помимо его привлекательности – эффектных побед, виртуозных трюков, популярности – всегда отмечается еще одна его черта, а именно, частота травм у спортсменов, что делает спорт предметом пристального внимания также и клинических психологов. Ведь для достижения высоких результатов необходимо проявить немало упорства и терпения. Каждодневные изнуряющие тренировки, стресс, различные самоограничения, постоянный контроль – все это предъявляет высокие требования к организму. Деятельность спортсмена детерминирована как актуальными целями (тренировки, совершенствование техники), так и долгосрочными (отборы на соревнования, подготовка к ним); спортсмен ограничен возрастными рамками, причем может присутствовать как верхняя граница, так и нижняя. Спортсмен находится в ускоренной ситуации целеустремленного развития, что повышает риски в области психического и физического здоровья [4]; [6]. Таким образом, спорт как феномен человеческой культуры имеет двойственную природу: с одной стороны, это акт мирного самовыражения, игры, избытка энергии, с другой же – добровольное принятие экстремальных условий и нагрузок.

Физическая травма всегда представляет собой трудную жизненную ситуацию, требующую мобилизации ресурсов личности, что сопровождается негативными переживаниями, чувством неопределенности, нарушением базового доверия к миру, сомнением в справедливости происходящего и зачастую ослаблением личностной безопасности [9]; [10]; [16]. В отличие от хронической болезни, травмы и несчастные случаи происходят в любой сфере человеческой жизнедеятельности неожиданно, вынуждая человека менять тактику, а иногда и стратегию жизни, однако у профессиональных спортсменов они представляют собой практически повседневный феномен, ожидаемый ими и привычный [13]; [27].

Травмируясь, спортсмен переживает чувство повышенного стресса, так как травма влияет на привычный образ жизни, а также способна кардинально изменить ход его профессиональной деятельности, например, лишить возможности продолжать спортивную карьеру [5]; [17]; [18]. У реабилитировавшегося спортсмена может наблюдаться страх рецидива травмы, и в таком случае спортсмен начинает беречь травмированную область и работает с чрезмерной осторожностью, что в свою очередь приводит к потере концентрации внимания и снижению результативности [3]. Таким образом, не вызывает сомнений актуальность изучения жизненных стратегий и тактик спортсмена, как саногенных, так и потенциально рискованных [1]; [14]; [15]; [20]; [21].

Исследования свидетельствуют о полидетерминированности повышения риска травматизации и успешности совладания с травмой. Эти явления связаны с индивидуальными особенностями (полом, возрастом, структурой личности), моментом жизненного пути, ситуативными факторами и мотивацией участия в соревнованиях [2]; [5]; [7]; [8]; [9]; [22].

Целью нашего исследования является изучение феноменологии совладания с физическими травмами у спортсменов, а именно – качества их переживаний и применяемых копинг-стратегий в аспекте изучения их уязвимости и ресурсности для преодоления травм.

Определим основные понятия. Травму мы понимаем в рамках нашего исследования в узкомедицинском смысле – как неожиданное телесное повреждение, сопровождающееся болью и нарушающее функционирование субъекта. Это определение отличается от тех, которые используются в психологическом консультировании, акцентируя в первую очередь не ментальные процессы, а факт объективного наличия телесного повреждения. Показателем успешности переживания травмы служит уровень психологического благополучия – состояния субъекта, характеризующегося высоким жизненным тонусом и позитивным отношением к миру [24]. Дополнительными характеристиками переживания служат показатели негативного и позитивного аффекта (эмоций, переживаемых субъектом в течение последних двух недель), а также Лозада-индекс – коэффициент отношения позитивных аффектов к негативным (согласно исследованиям в русле позитивной психологии, для оптимального функционирования человека не показано преобладание негативных или позитивных эмоций, а наиболее благоприятно их соотношение в границах от 2.9 до 11.6) [19]. Характеристиками совладания были предпочитаемые в повседневной жизни и в спортивной деятельности копинг-стратегии спортсменов.

Таким образом, независимые переменные исследования – это пол и уровень благополучия спортсменов, рассматриваемый нами как показатель психологического преодоления ситуации травмы, зависимые переменные – аффекты и используемые копинг-стратегии. На втором этапе обработки данных мы рассматривали благополучие как зависимую переменную, определяемую предпочитаемыми копинг-стратегиями.

Гипотезы исследования:

1. Спортсмены, успешно преодолевающие травму (психологически благополучные на момент обследования), используют композицию копинг-стратегий, отличную от тех спортсменов, кто психологически не благополучен.
2. Эмоциональное состояние благополучных и неблагополучных спортсменов различаются.
3. Исследуемые связи имеют гендерную специфику.

Процедура исследования

Выборку исследования составили 124 профессиональных спортсмена, представляющие разные виды спорта: альпинизм, бадминтон, баскетбол, бокс, велоспорт, волейбол, вольная борьба, гандбол, гольф, горный туризм, греко-римская борьба, легкая атлетика, лыжные гонки, спортивное ориентирование, спортивный туризм, стрельба из лука, сумо, тхэквондо, фигурное катание, футбол, художественная гимнастика, черлидинг. Характеристики выборки респондентов: $M_{\text{возраст}}=22.1$, $SD_{\text{возраст}}=4;80$ мужчин, 44 женщины. Исследование проводилось среди травмированных спортсменов. Нами были выделены 5 групп травм, которые встречались у принимавших в исследовании участие спортсменов: повреждение костной ткани – 44,4 % (перелом – 90 %; вывих – 10 %); травмы, связанные с повреждением связок 20 %; сочетанные травмы – 13.3 %; сильные ушибы, ссадины – 13.3 %; другие – 8.9% (повреждение колена, паховая грыжа). Чтобы сохранить общую картину данных, мы не уравнивали респондентов по видам травм или длительности восстановления. Для нас важна реакция спортсмена или же применяемые копинг-стратегии не только, например, при переломе, а и при любой травме, которая нарушает привычный образ жизни. Также для нас важно изучить особенности психологических механизмов процесса реабилитации, предикторов и анти-предикторов его интенсификации.

Методы. В исследовании использовались стандартизированные опросники: Индикатор стратегий преодоления Д. Амирхана в адаптации Н. А. Сироты и В. М. Ялтонского [12], Шкала позитивного аффекта и негативного аффекта (PANAS, Tompson) [26], «Шкала субъективного благополучия Варвик-Эдинбург» (WEMWBS, Tennant) [25] и «Тест копинг-навыков спортсмена» («Athletic Coping Skills Inventory», ACSI-28, Smith et al., 1995) [23]. Все шкалы переведены и адаптированы на российской выборке, имеют удовлетворительные психометрические характеристики, альфа Кронбаха принимает значения от 0.51 до 0.87. Опросник ACSI-28, адаптированный авторами, включает семь субшкал, описывающих совладание с типичными для спортивной деятельности трудными ситуациями [4].

Таблица 1. Примеры утверждений теста

Субшкала	Пример утверждения
Совладание с неприятностями	Во время соревнований я остаюсь позитивным(ой) и сохраняю энтузиазм, вне зависимости от того, насколько плохо идут дела.
Обучаемость	Если мой тренер критикует или кричит на меня, я исправляю ошибку, не расстраиваясь из-за его реакции.

Концентрация	Занимаясь спортом, я могу сфокусировать внимание и не обращать внимания на отвлекающие моменты.
Уверенность в себе и мотивация достижения	Когда у меня не получается достичь своих целей, то это заставляет меня пробовать снова, прилагая еще больше усилий.
Постановка цели и психическая подготовка	Задолго до того, как начинаются соревнования, у меня в голове уже есть собственный выработанный план действий.
Высшее достижение под действием стресса	Для меня стрессовые ситуации – это вызов, который я принимаю.
Свобода от негативных переживаний	Мое напряжение в основном связано с тем, что я волнуюсь, как я выступлю.

Обработка данных была выполнена с использованием программного обеспечения Statistica 7, реализующего применение методов математической статистики (дескриптивная статистика, непараметрический критерий сравнения Манна-Уитни U, регрессионный анализ).

Результаты и их обсуждение

Поскольку и стратегии совладания, и виды спорта представляют собой гендерно зависимые феномены, выборка была сначала разделена по полу, а потом, согласно логике дизайна исследования, по медиане показателя Шкалы психологического благополучия, которая и в мужской, и в женской подвыборках составила 53 балла.

Таблица 2. Показатели изученных переменных у спортсменов мужского и женского пола в зависимости от уровня субъективного благополучия

Шкала	Мужчины N = 80		Женщины N = 44	
	Условно неблагополучные	Условно благополучные	Условно неблагополучные	Условно благополучные
	N=38	N=42	N=22	N=22
Позитивный аффект	11.1	10.6	10	14.1
Негативный аффект	7.5	6.9	8.5	7.3

Losadaratio	2.2	2.1	1.5	2
Субъективное благополучие	48.6	57.5	46.2	57.1
Социальная поддержка	16	16.6	18.5	17
Избегание	16.2	15.7	15	15
Решение проблем	20.7	22.4	20.2	23
Общий балл	48.7	53.6	39.6	50
Совладание с неприятностями	6.1	7.6	4.7	6.1
Обучаемость	8.6	9.2	7.1	8.4
Концентрация	7.1	8.3	6	7.4
Уверенность в себе и мотивация достижения	7.1	8.5	6.2	8.2
Постановка цели и психическая подготовка	6.5	7	5.1	7.7
Высшие достижения под действием стресса	6.2	6.2	4	5.4
Свобода от негативных переживаний	7.1	6.9	6.5	6.8

Примечание. Полужирным выделены различия, значимые на уровне $p < 0.01$, курсивом – значимая тенденция

Как и ожидалось, в группах условно благополучных и неблагополучных спортсменов мужского пола обнаружены различия в практикуемых ими способах преодоления повседневных и спортивных стрессов: благополучные значимо интенсивнее используют «Решение проблем» ($U = 584.5$, $p = 0.04$), а также спортивные копинги – общий балл у них выше ($U = 576.5$, $p = 0.032$), равно как предпочтение таких способов совладания, как «Совладание с неприятностями» ($U =$

510, $p = 0.005$), «Концентрация» ($U = 547.0, p = 0.015$), «Уверенность в себе и мотивация достижения» ($U = 515.5, p = 0.006$). Различий в эмоциональном состоянии не обнаружено.

В женской выборке получены несколько иные различия. Начнем с того, что у благополучных значимо выше показатель позитивного аффекта ($U = 12.0, p = 0.037$). Это демонстрирует, что, по-видимому, лучше переживает ситуацию травмы не та спортсменка, которая пытается ослабить негативные эмоциональные состояния, а та, которая укрепляет положительные. Этот важный результат хорошо согласуется с идеями позитивной психологии о том, что позитивное мироотношение способствует завершению травматичных ситуаций, а также продублирован интересным фактом нашего же исследования: спортивный копинг «Свобода от негативных переживаний» ни в корреляционном, ни в регрессионном анализе никак не проявил свою роль. Впрочем, этот интересный феномен специфичен в гендерном плане и проявляется только у женщин.

Обнаружены и различия в практикуемых копингах. Так, в женской условно благополучной группе так же, как и в мужской, чаще используется «Решение проблем в повседневной жизни» ($U = 116.5, p = 0.003$), а в спортивной деятельности – специфические способы совладания (общий балл значимо выше: $U = 124.5, p = 0.005$), «Концентрация» ($U = 158.5, p = 0.049$), «Уверенность в себе и мотивация достижения цели» ($U = 133.5, p = 0.01$). Однако есть и результаты, типичные только для женской подгруппы: благополучные спортсменки, в отличие от неблагополучных, чаще обращаются к «Постановке цели и психической подготовке» ($U = 115.5, p = 0.002$), а также в тенденции чаще применяют «Обучаемость» ($U = 163.5, p = 0.065$). Можно сказать, что женские спортивные копинги по сравнению с мужскими отличаются большей интровертированностью – в то время как мужчины склонны концентрироваться на деятельности, цели, достижениях, женщины работают над своим психическим состоянием и стараются наращивать навыки.

Для того чтобы прояснить, какие именно копинг-стратегии вносят вклад в переживание благополучия, мы осуществили регрессионный анализ, в котором независимыми переменными были используемые в повседневной жизни и спортивной деятельности копинги, а зависимой – переживание благополучия. Мы обнаружили в мужской подгруппе один значимый на уровне $p < 0.05$ предиктор – это «Уверенность в себе и мотивация достижения» ($\beta = 0.363$). Однако с этим же уровнем значимости проявился и антипредиктор – «Высшие достижения под действием стресса» ($\beta = -0.27$). Таким образом, несмотря на то, что в психологии спорта феномен высокой мобилизации в условиях стресса рассматривается скорее как знак хорошей адаптации, очевидно, что он не вполне безопасен для благополучия спортсмена и стратегически не полезен, поскольку истощает его ресурсы, возможно, обладая негативным последствием. Поэтому использование данного копинга не показано для сохранения хорошего психологического функционирования субъекта.

В женской подгруппе также подтвердился в качестве предиктора благополучия копинг «Уверенность в себе и мотивация достижения» ($\beta=0.448$). То есть психологически легче преодолевают стрессы спортсменки с высокой самооценкой, позитивной Я-концепцией, не тревожные, обладающие хорошим целеполаганием и достаточно амбициозные – именно эти качества операционализируют содержание указанной копинг-стратегии.

Таким образом, можно заключить, что «Уверенность в себе и мотивация достижения» представляет собой практически универсальный психологически безопасный способ мобилизации и преодоления трудных ситуаций в спортивной деятельности, в том числе и физических травм, используемый спортсменами обоего пола и позволяющий им проходить через неизбежные в спорте испытания наиболее сохранным способом.

Заключение

Итак, проведенное нами исследование подтвердило первую и третью эмпирические гипотезы и частично (на женской выборке) – вторую. Как и любое исследование, оно не свободно от ограничений, которые могут быть сняты впоследствии. Так, на наш взгляд, было бы интересно более глубоко изучить эмоциональное состояние спортсменов, используя качественные, сензитивные к состоянию, идеографические методы – беседу, применение метафор, описание уровня и качества переживаемой боли и ее динамики. Возможно также, что нами было получено мало интересных фактов, связанных с эмоциональным состоянием спортсменов, оттого что опросник PANAS направлен на диагностику состояния в непосредственно предшествующие травме периоды жизни.

Безусловно, было бы интересно проанализировать переменные нашего исследования в зависимости от содержания травмы и вида спорта, что требует расширения первоначального массива данных. Наконец, чрезвычайно интересным представляется изучение спортивной травмы как значимого события, в контексте жизненного пути и его субъективной картины.

Полученные факты эвристичны для практики организации профилактики спортивных травм и психоразвивающей работы с теми спортсменами, которые их пережили. Очевидно, что универсальная мишень коррекционной и профилактической работы – это поддержание уверенности в себе и мотивации достижения, для чего могут разрабатываться и применяться разного рода техники, основанные на визуализации, идеях психосинтеза, телесно-ориентированной психотерапии. Многие приемы могут быть заимствованы из коучинга и позитивной психологии. Примечательно также, что, по-видимому, наиболее конструктивным представляется не ретроспективная работа с уже пережитыми травмами, фиксирующая не совсем удовлетворительное состояние Я-концепции, а конструирование переживания защищенной целостной компетентной личности. Все эти побочные результаты нашего небольшого исследования важны для обоснования практической работы со спортсменами.

Литература

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991. 299 с.
2. Анцыферова Л.И. Психология повседневности; жизненный мир личности и «техники» ее бытия // Психологический журнал. 1993. Т. 14. № 2. С. 3-16.
3. Бочавер К.А., Довжик Л.М. Преодоление профессиональными спортсменами стресса, связанного с травмой / Человек, субъект, личность в современной психологии. Материалы Международной конференции, посвященной 80-летию А.В. Брушлинского. Том 3 / Отв. ред. А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2013. С. 554-557
4. Бочавер К.А., Довжик Л.М., Кукушина А.А. Совладание профессиональных спортсменов со стрессом и апробация «Теста копинг-навыков спортсмена ACSI-28». Спортивный психолог. 2 (33). 2014. С. 80-86
5. Довжик Л.М. Преодоление стресса, связанного с травмой, и жизненная стратегия спортсмена// Молодые ученые – столичному образованию. Материалы XIII Городской научно-практической конференции с международным участием Том 2. М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2014. С. 320-322
6. Касаткин В.Н., Бочавер А.А. Актуальные проблемы психологии здоровья // Психологическая наука и образование www.psyedu.ru. 2010. № 5. С. 255-267.
7. Нартова-Бочавер С.К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. 1997. Т. 18. № 5. С. 20-30.
8. Нартова-Бочавер С.К., Потапова А.В. Введение в психологию развития. Учебное пособие. Москва, Флинта-МПСУ, 2011.
9. Нартова-Бочавер С.К. (сост.) Дифференциальная психология. Хрестоматия : учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по психологическим специальностям. М.: Алвиан, 2008.
10. Нартова-Бочавер С.К. Развитие идей Л.И. Анцыферовой о методологии практической психологии личности // Психологический журнал. 2014. Т. 35. № 6. С. 35-45.
11. Психология стресса и совладающего поведения. Материалы III Международной научно-практической конференции. Кострома, 26 – 28 сентября 2013 г. Кострома, КГУ им. Н. А. Некрасова. 2013. В трех томах.
12. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обозр. психиат. и мед.психол. 1994. - №1. С.63-74

13. *Стамбулова Н.Б.* Психология спортивной карьеры. СПб.: Центр карьеры, 1999. 367 с.
14. Стресс и тревога в спорте: Международный сб. научных статей. /Сост. Ю. Л. Ханнин. М.: Физкультура и спорт, 1983. 288 с.
15. *Уэйнберг Р.С., Гоулд Д.* Основы психологии спорта и физической культуры, К.: Олимпийская литература, 1998. – 334 с.
16. *Харламенкова Н.Е.* Личностная безопасность и стратегии ее достижения // Проблемы психологической безопасности. Сер. "Психология социальных явлений" Российская академия наук, Институт психологии; Ответственные редакторы: А.Л. Журавлев, Н.В. Тарабрина. Москва, 2012. С. 133-159.
17. *Daniel R. Ball MS* A Pain in the Brain: The Psychology of Sport and Exercise Injury // IDEA Health & Fitness Source, 2002
18. *Engebretsen L. , Steffen K. , Alonso J. M.* Sports injuries and illnesses during the Winter Olympic Games 2010, Br J Sports Med 2010;44:pp. 772-780
19. *Fredrickson B.L.* The broaden-and-build theory of positive emotions. Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B: Biological Sciences.2004. 359, 1367-1377.
20. *Moran A.P.* Sport and Exercise Psychology: A Critical Introduction // London ; New York : Routledge, 2004, p. 796
21. *Podlog L., Eklund R. C.* Return to sport after serious injury: a retrospective examination of motivation and psychological outcomes. J Sport Rehabil, 2005
22. *Russell W.D.* Coping with Injuries in S Scholastic Athletics.(Psychological aspects of rehabilitation.)// The Journal of Physical Education, Recreation & Dance, 2000
23. *Smith R.E., Schultz J.T., Smoll F., Placek J.T.* Development and validation of a multidimensional measure of sport-specific psychological skill: The Athletic Coping Skills Inventory-28 // Journal of Sport and Exercise Psychology. №17. 1995. Pp. 379-398.
24. *Stadden S. A.* PhD. The Influence of Athletic Identity, Expectation of Toughness, and Attitude Toward Pain and Injury on Athletes' Help-Seeking Tendencies, 2007
25. *Tennant R., Hiller L., Fishwick R., Platt S., Joseph S., Weich S., Parkinson J., Secker J., Stewart-Brown S.* The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation // Health and Quality of Life Outcomes. 2007. V. 5. № 63. URL: <http://www.hqlo.com/content/5/1/63>.

Довжик Л. М., Нартова-Бочавер С. К. Совладание с травмой у профессиональных спортсменов
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 2. С. 25–38.

*Dovzhik L. M., Nartova-Bochaver S. K. Coping with the Trauma of Professional Athletes
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 2, pp. 25–38.*

26. *Thompson E. R.* Development and validation of an internationally reliable short-form of the positive and negative affect schedule (PANAS). *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2007. 38 (2). 227-242.
27. *Wadey R.G.* An examination of hardiness throughout the sport injury process. University of Wales Institute, Cardiff, 2009.

Coping with the Trauma of Professional Athletes

Dovzhik, L.M.,

*postgraduate, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia,
lydia.dovzhik@gmail.com*

Nartova-Bochaver, S.K.,

Doctor of Sciences (Psychology), Professor of School of Psychology, National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia, s-nartova@yandex.ru

The investigation considers sports injuries as a psychological phenomenon, reveals the personality traits of athletes in terms of their vulnerability and resource to overcome injuries. Authors suggest the specificity of athletes' coping strategies composition, as well as differences in their emotional state depending on the psychological well-being level. We consider gender-specific study links. In the survey, 124 participants were interviewed ($M_{age} = 22.1$, $SD_{age} = 4$; 80 male, 44 female). Authors has found significant differences in the ways of overcoming ordinary and sports stress among athletes having high or low level of well-being, gender-specific coping with the situation of injury have been shown. In the male group, athletes with high level of well-being use Problem-solving strategies, as well as Sport coping skills significantly more often. In the female group, in addition to coping peculiar to men, there is an appeal to Goal Setting and Mental Preparation, besides that they use Coach ability coping strategy. The study also identified coping strategies that contributed to the experience of well-being. Authors propose the practical aspects and perspectives of research.

Keywords: sport psychology, coping strategy, coping, trauma, stress.

Literature

1. *Abul'hanova-Slavskaya K. A.* Strategiya jizni. M.: Mysl', 1991. 299 s.
2. *Ancyferova L.I.* Psihologiya povsednevnosti; jiznennyi mir lichnosti i «tehnik» ee bytiya // Psihologicheskii jurnal. 1993. T. 14. № 2. S. 3-16.
3. *Bochaver K.A., Dovjik L.M.* Preodolenie professional'nymi sportsmenami stressa, svyazannogo s travmoi / Chelovek, sub'ekt, lichnost' v sovremennoi psihologii. Materialy Mejdunarodnoi konferencii, posvyaschennoi 80-letiyu A.V. Brushlinskogo. Tom 3 / Otv. red. A.L. Juravlev, E.A. Sergienko. M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 2013. S. 554-557

4. *Bochaver K.A., Dovjik L.M., Kukshina A.A.* Sovladanie professional'nyh sportsmenov so stressom i aprobaciya «Testa koping-navykov sportsmena ACSI-28». Sportivnyi psiholog. 2 (33). 2014. S. 80-86
5. *Dovjik L.M.* Preodolenie stressa, svyazannogo s travmoy, i jiznennaya strategiya sportsmena// Molodye uchenye – stolichnomu obrazovaniyu. Materialy XIII Gorodskoi nauchno-prakticheskoi konferencii s mejdunarodnym uchastiem Tom 2. M.: GBOU VPO MGPPU, 2014. S. 320-322
6. *Kasatkin V.N., Bochaver A.A.* Aktual'nye problemy psihologii zdorov'ya // Psihologicheskaya nauka i obrazovanie www.psyedu.ru. 2010. № 5. S. 255-267.
7. *Nartova-Bochaver S.K.* «Coping behavior» v sisteme ponyatii psihologii lichnosti // Psihologicheskii jurnal. 1997. T. 18. № 5. S. 20-30.
8. *Nartova-Bochaver S.K., Potapova A.V.* Vvedenie v psihologiyu razvitiya. Uchebnoe posobie. Moskva, Flinta-MPSU, 2011.
9. *Nartova-Bochaver S.K. (sost.)* Differencial'naya psihologiya. Hrestomatiya : uchebnoe posobie dlya studentov vysshih uchebnyh zavedenii, obuchayuschihся po psihologicheskim special'nostyam. M.: Alvian, 2008.
10. *Nartova-Bochaver S.K.* Razvitie idei L.I. Ancyferovoi o metodologii prakticheskoi psihologii lichnosti // Psihologicheskii jurnal. 2014. T. 35. № 6. S. 35-45.
11. Psihologiya stressa i sovladayuschego povedeniya. Materialy III Mejdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferencii. Kostroma, 26 – 28 sentyabrya 2013 g. Kostroma, KGU im. N. A. Nekrasova. 2013. V treh tomah.
12. *Sirota N.A., Yaltonskii V.M.* Koping-povedenie i psihoprofilaktika psihosocial'nyh rasstroistv u podrostkov // Obozr. psihiat. i med.psihol. 1994. - №1. S.63-74
13. *Stambulova N.B.* Psihologiya sportivnoi kar'ery. SPb.: Centr kar'ery, 1999. 367 s.
14. Stress i trevoga v sporte: Mejdunarodnyi sb. nauchnyh statei. /Sost. Yu. L. Hanin. M.: Fizkul'tura i sport, 1983. 288 s.
15. *Ueinberg R.S., Gould D.* Osnovy psihologii sporta i fizicheskoi kul'tury, K.: Olimpiiskaya literatura, 1998. – 334 s.
16. *Harlamenkova N.E.* Lichnostnaya bezopasnost' i strategii ee dostizheniya // Problemy psihologicheskoi bezopasnosti. Ser. "Psihologiya social'nyh yavlenii" Rossiiskaya akademiya nauk, Institut psihologii; Otvetstvennye redaktory: A.L. Juravlev, N.V. Tarabrina. Moskva, 2012. S. 133-159.
17. *Daniel R. Ball M.S.* A Pain in the Brain: The Psychology of Sport and Exercise Injury // IDEA Health & Fitness Source, 2002

18. *Engebretsen L. , Steffen K. , Alonso J. M.* Sports injuries and illnesses during the Winter Olympic Games 2010, Br J Sports Med 2010;44:pp. 772-780
19. *Fredrickson B.L.* The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B: Biological Sciences.*2004. 359, 1367-1377.
20. *Moran A.P.* Sport and Exercise Psychology: A Critical Introduction // London ; New York : Routledge, 2004, p. 796
21. *Podlog L., Eklund R.C.* Return to sport after serious injury: a retrospective examination of motivation and psychological outcomes. *J Sport Rehabil*, 2005
22. *Russell W.D.* Coping with Injuries in S Scholastic Athletics.(Psychological aspects of rehabilitation.)// *The Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 2000
23. *Smith R.E., Schultz J.T., Smoll F., Placek J.T.* Development and validation of a multidimensional measure of sport-specific psychological skill: The Athletic Coping Skills Inventory-28 // *Journal of Sport and Exercise Psychology*. №17. 1995. Pp. 379-398.
24. *Stadden S. A.* The Influence of Athletic Identity, Expectation of Toughness, and Attitude Toward Pain and Injury on Athletes' Help-Seeking Tendencies, 2007
25. *Tennant R., Hiller L., Fishwick R., Platt S., Joseph S., Weich S., Parkinson J., Secker J., Stewart-Brown S.* The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation // *Health and Quality of Life Outcomes*. 2007. V. 5. № 63. URL: <http://www.hqlo.com/content/5/1/63>.
26. *Thompson E.R.* Development and validation of an internationally reliable short-form of the positive and negative affect schedule (PANAS). *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2007. 38 (2). 227-242.
27. *Wadey R.G.* An examination of hardiness throughout the sport injury process. University of Wales Institute, Cardiff, 2009.

Специфика затрудненного общения детей с ограниченными возможностями здоровья

Самохвалова А. Г.,

кандидат педагогических наук, Костромской государственной университет имени Н. А. Некрасова, Кострома, Россия, samohvalova@kmtn.ru

В статье предпринята попытка ответить на вопрос: «Связаны ли ограниченные возможности здоровья ребенка с возникновением трудностей в общении?». Проверяется гипотеза о том, что у подростков с ограниченными возможностями здоровья наряду с общевозрастными коммуникативными проблемами в процессе межличностного общения возникают специфические коммуникативные трудности, отличающиеся от коммуникативных трудностей сверстников с типичным развитием. Сравниваются коммуникативные характеристики и специфика затрудненного общения трех групп младших подростков (по 30 человек в каждой группе) в возрасте 12-13 лет – детей, имеющих нарушения зрения, слуха, и детей с типичным развитием. Затрудненное общение подростков исследуется в двух направлениях: субъективная составляющая выявляется при помощи контент-анализа незаконченных предложений; объективные проявления фиксируются методом экспертной оценки коммуникативного поведения ребенка. Результаты исследования показывают, что дети с ОВЗ, живя в состоянии хронического стресса, значимо чаще ($p \leq 0,02$) по сравнению со сверстниками, имеющими типичное развитие, испытывают в ситуациях общения различные коммуникативные трудности (базовые, содержательные, инструментальные, рефлексивные). Определены индивидуально-специфические и общие коммуникативные трудности, свойственные детям с различными нарушениями здоровья.

Ключевые слова: подросток, затрудненное общение, коммуникативные трудности, субъективные переживания, нарушения зрения, нарушение слуха.

Для цитаты:

Самохвалова А. Г. Специфика затрудненного общения детей с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] //Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. №2. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Samohvalova.shtml> (дата обращения: дд.мм.гггг)

For citation:

Samohvalova A.G. Specificity of Communication Difficulties of Children with Disabilities [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i

spetsial'naiia psikhologiiia], 2015, vol. 4, no. 2. Available at: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Samohvalova.shtml> (Accessed dd.mm.yyyy). (In Russ., Abstr. in Engl.)

Введение

Проблема **детского затрудненного общения** становится все более актуальной в наши дни. Общение – это важнейшее естественное условие социального развития ребенка, доминирующий фактор развития человека как субъекта собственной жизни, специфическая среда, в которой происходит самопознание, самоактуализация и самосовершенствование, а также познание и понимание других людей. Однако огромное количество современных детей и подростков воспринимают ситуации межличностного общения как напряженные, стрессовые, трудные, требующие серьезных усилий и копинг-навыков; у многих возникает страх установления близких отношений, потребность максимально сократить непосредственные коммуникативные контакты, компенсировать их интернет-общением, игровой активностью, аддиктивным поведением и т.д. С особой остротой встает проблема самовыражения и развития ребенка в динамическом ситуационном контексте межличностного общения; проблема построения конструктивных, гармоничных, партнерских коммуникаций со взрослыми и сверстниками; своевременного и эффективного преодоления коммуникативных трудностей, возникающих у ребенка в процессе решения актуальных задач общения.

Многочисленные данные зарубежных и отечественных психологов подтверждают существование специфического по своему психологическому содержанию феномена **затрудненного общения**. Под затрудненным общением понимают не только речевые нарушения и трудности понимания сообщения, а довольно широкий спектр лингвистических, клинических и социально-психологических явлений, который можно свести к ненадлежащему, расстроенному, нарушенному, неблагополучному, дискомфортному, неэффективному общению [4].

В зарубежных психологических традициях затрудненное общение определяется как

- коммуникативные расстройства (*«communication disorders»*) – речевые нарушения, трудности понимания сообщения, трудности кодирования и декодирования информации, трудности слушания, чтения, письма, публичной речи (E. R. Allard, D.F. Williams, R.F. Larkin, G.J. Williams, S. Blaggan, S. Kima, L.J. Lombardin, C. Brucea, C. Newton); нарушение мультиперсональных системных связей (*«multi-personal systems»*), т.е. устойчивых доверительных межличностных связей ребенка с его ближайшим социальным окружением (родителями, педагогами, сиблингами, друзьями) (J. Barr, G. Daniel, J. McCormack, L.J. Harrison, L. McAllister, S. McLeod);
- следствие действия факторов риска (*«Risikofaktor»*), которые провоцируют различные затруднения в общении, повышают риск дезадаптации ребенка в социальной среде, несут потенциальную угрозу для онтогенеза общения (M.

Holtmann, K.Becker, B. Kentner-Figura, M.H. Schmidt, H. Scheithauer, T. Hayer, F. Petermann, G. Jugert).

В отечественной психологии также отсутствует единый подход к пониманию психологии затрудненного общения. Затрудненное общение рассматривается и как результат коммуникативной некомпетентности личности, т.е. несоответствие наличного общения с его оптимальной моделью (Ю.М. Жуков, В.И. Кабрин, Т.А. Аржакаева, Ю.Н. Емельянов, П.В. Растянный, Л.А. Петровская, Е.В. Сидоренко, Ж.А. Максименко, С.В. Артамонова, Л.Я. Лозован и др.); результат субъективных переживаний человека, которые тормозят самопрезентацию личности в общении, блокируют ее коммуникативные потенциалы (В.Н. Куницына, В.А. Кан-Калик, Н.И. Алешкин, Б.Д. Парыгин, Т.Б. Юшачкова, И.А. Зимняя); интеграция субъективных переживаний и объективных коммуникативных трудностей, т.е. внутренние переживания личности в ситуации общения обуславливают возникновение объективных трудностей взаимодействия и взаимовлияния партнеров, снижают эффективность коммуникативных действий (Н.В. Кузьмина, А.А. Бодалев, В.А. Лабунская, Н.М. Казанская, 2012 и др.).

Теоретический анализ показывает, что в психологии на сегодняшний день отсутствует единое понимание феномена «затрудненное общение», отмечается нечеткая дифференциация, смешение, а порой и взаимоподмена категорий «деструктивное общение», «дефицитное общение», «нарушенное общение», «деформированное общение», «затрудненное общение». Кроме того, большинство исследований посвящено проблеме затрудненного общения взрослого человека, в психологии не отражена специфика актуализации затрудненного общения на детских этапах онтогенеза. Эти противоречия и послужили основой для теоретического анализа проблемы затрудненного общения ребенка.

Осмысление психологических взглядов на феномен затрудненного общения ребенка позволило сформулировать следующие принципиальные положения для организации исследования: а) мы придерживаемся интегративного подхода (А. А. Бодалев, В. А. Лабунская, Е. Г. Сомова, Н. М. Казанская), устанавливающего связь внутриличностных переживаний ребенка, его нервно-психического напряжения, возникшего в процессе или в результате общения (Б. Д. Парыгин, В. Н. Куницына, И. А. Зимняя, В. А. Кан-Калик, Н. И. Алешкин, Т. Б. Юшачкова, Л. В. Краснова и др.), с неэффективными моделями коммуникативного поведения, с возникновением объективных трудностей взаимопонимания и взаимовлияния (Т. А. Аржакаева, Ж. А. Максименко, Н. Н. Карташова, Л. И. Бочанцева, Л. Я. Лозован и др.); б) в ситуации затрудненного общения у ребенка могут возникать различные по силе (В. А. Лабунская, Ю. А. Менджерицкая, Е. Д. Бреус и др.) и степени осознанности (А. А. Бодалев, Г. А. Ковалев, Е. О. Смирнова, М. Э. Вайнер и др.) коммуникативные трудности.

Таким образом, затрудненное общение ребенка понимается нами как интегративный, психосоциальный процесс, в ходе которого актуальный уровень коммуникативного развития субъекта не может обеспечить эффективное решение задачи общения без привлечения дополнительных ресурсов, что обуславливает

возникновение различных коммуникативных трудностей и определяет характер коммуникативной активности ребенка.

Главным атрибутом затрудненного общения являются возникающие у ребенка в ситуации межличностного контакта **коммуникативные трудности** – различные по силе, функциональной направленности и осознанности объективные или субъективно переживаемые препятствия, затрудняющие эффективное решение коммуникативной задачи, нарушающие внутреннее равновесие ребенка и/или осложняющие интерперсональное взаимодействие в процессе общения, требующие от субъекта усилий, направленных на их преодоление.

В классификации коммуникативных трудностей мы выделяем четыре группы: базовые, содержательные, инструментальные, рефлексивные трудности.

Базовые трудности детерминированы личностными качествами ребенка, препятствующими эффективно решению трудных коммуникативных задач (трудности эмпатии, вступления в контакт, трудности, связанные с детским эгоцентризмом, с отсутствием положительной установки на другого человека, с неадекватной самооценкой ребенка, с повышенной эмоционально-личностной зависимостью от партнеров по общению и др.).

Содержательные трудности связаны с несовершенством развития когнитивных процессов ребенка, препятствующих анализу и пониманию коммуникативных условий, постановке цели и генерированию коммуникативных программ (трудности, связанные с недостатком коммуникативных знаний, трудности прогнозирования, планирования, перестройки коммуникативной программы).

Инструментальные коммуникативные трудности проявляются в неумении ребенка эффективно реализовывать на практике намеченные программы коммуникативных действий; к данному классу трудностей можно отнести вербальные, невербальные, просодические, экстралингвистические трудности, трудности построения диалога, самоконтроля.

Рефлексивные – это трудности, препятствующие адекватному анализу и оцениванию ребенком собственных коммуникативных действий, блокирующие стремление к саморазвитию в коммуникативной сфере; к ним относятся трудности самоанализа, самонаблюдения, самоизменения [5].

По результатам наших многолетних исследований, особо остро проблема затрудненного общения стоит перед детьми, имеющими ограниченными возможности здоровья (ОВЗ). Различного рода нарушения межличностного общения особо опасны для этой категории детей, поскольку серьезно затрудняют их социализацию, ограничивают адаптивные и коммуникативные возможности. Ряд авторов утверждают, что дети с ОВЗ живут в состоянии хронического стресса [1]; [9]. В процессе социализации, начиная с дошкольного возраста, к ним приходит понимание, что они «не такие, как все», что над ними часто смеются, избегают;

ребенок находится в постоянной мобилизации, обеспечивающей компенсаторные адаптивные функции; в межличностном взаимодействии преобладают защитные поведенческие реакции, направленные на самосохранение и маскировку собственных дефектов [1]. Поэтому стресс, связанный с переживанием физиологической дефицитарности, усиливается в ситуациях межличностного общения.

Социально-психологическое сопровождение детей с ОВЗ в России в основном направлено на организацию их полноценного обучения, а не на успешную самореализацию в сфере межличностного общения. Родители детей с ОВЗ также не готовы оказывать им адекватную помощь в преодолении коммуникативных трудностей, т.к. не обладают необходимыми знаниями и компетенциями. Коммуникативные проблемы дети пытаются решать самостоятельно, возможности для этого у них весьма ограничены, мир воспринимается «чужим», «враждебным» [9]. Ситуации затрудненного общения накапливают негативный коммуникативный опыт, способствуют возникновению психологических комплексов, чувства одиночества, актуализации деструктивных форм межличностного поведения. Именно поэтому крайне остро в обществе стоит проблема своевременного выявления актуальных коммуникативных трудностей детей с ОВЗ и организации адресного психологического сопровождения коммуникативного развития детей с различными нарушениями здоровья.

В нашем исследовании проверялась *гипотеза* о том, что у подростков с ОВЗ наряду с общими возрастными коммуникативными проблемами в процессе межличностного общения возникают специфические коммуникативные трудности, отличающиеся от коммуникативных трудностей условно здоровых сверстников. Эти специфические трудности являются источником негативных переживаний и чувства неполноценности, создают серьезные ограничения для конструктивного общения ребенка, его самораскрытия и самоактуализации в сфере межличностных отношений.

Процедура исследования

Проводилось сравнительное исследование коммуникативных трудностей подростков с ОВЗ и подростков с типичным развитием. Были сформированы 2 группы детей с нарушением здоровья, в контрольную группу вошли условно здоровые сверстники. Экспериментальные и контрольная группы были уравнены по количеству респондентов, возрастному и половому составу. Статистическая обработка эмпирических данных проводилась с помощью программного пакета SPSS V.19.0, различия групповых профилей по отдельным коммуникативным переменным выявлялись с использованием критерия Краскела-Уоллиса, высказывания подростков о субъективных переживаниях в ситуации затрудненного общения обрабатывались с помощью контент-анализа.

В исследовании приняли участие 90 младших подростков в возрасте 12-13 лет. 60 из них – дети с ОВЗ, имеющие сохраненные интеллектуальные функции, проживающие в семьях, обучающиеся в муниципальных закрытых спецшколах:

слабовидящие (n = 30 чел., 16 девочек и 14 мальчиков); **слабослышащие** (n = 30 чел., 16 девочек и 14 мальчиков), в состав контрольной группы вошли 30 подростков (16 девочек и 14 мальчиков) с типичным развитием в возрасте 12-13 лет, имеющих нормальное интеллектуальное развитие, проживающих в семьях, учащихся общеобразовательной школы города.

На проведение исследования было получено добровольное согласие родителей несовершеннолетних детей, родители были чрезвычайно заинтересованы в получении психологических рекомендаций по оптимизации общения детей с ОВЗ, а также сами дети участвовали добровольно; эмпирические данные зашифровывались, исследование проводилось с учетом принципов экологичности, анонимности и конфиденциальности.

В исследовании использовались следующие методы.

1. **Метод экспертной оценки коммуникативного поведения ребенка** [5]. Этот метод обобщения независимых характеристик использовался с целью выявления объективной составляющей затрудненного общения, позволяя фиксировать уровень развития коммуникативных умений подростка и определять его актуальные коммуникативные трудности.

Экспертами выступали педагоги и психологи, хорошо знающие ребенка (не менее трех человек); они осуществляли систематическое стандартизированное наблюдение за коммуникативными проявлениями подростков в разных социальных ситуациях и заполняли на каждого ребенка обобщенную схему наблюдений. Схема наблюдения включала в себя 16 основных показателей коммуникативного развития подростка, каждый из которых оценивался по пятибалльной шкале Лайкерта: **базовые** – контактность, отзывчивость, готовность оказать и принять помощь, эмпатийность, миролюбие; **содержательные** – умение планировать общение, коммуникативная адекватность, инициативность, гибкость; **инструментальные** – умение сотрудничать, умение урегулировать конфликт, умение убеждать, владение коммуникативными средствами; **рефлексивные** – умение анализировать итоги общения, умение признавать и исправлять ошибки в общении. Каждый коммуникативный показатель изучался с учетом ситуационной контекстуализации: отдельно фиксировались коммуникативные проявления подростка в общении с учителями и со сверстниками в ситуациях учебной деятельности, досуга, свободного общения.

Эксперты заносили в протоколы оценки по каждому показателю коммуникативного поведения подростка, наблюдая за ним в различных коммуникативных ситуациях. По результатам оценки всех участвующих экспертов вычислялись средние значения, эмпирические данные проверялись на степень когерентности и конкордантности. На основе этого строился **индивидуальный профиль затрудненного общения подростка** (низкий и очень низкий уровни развития того или иного коммуникативного показателя расценивались как наличие коммуникативных трудностей определенного вида).

2. Проективный метод незаконченных предложений. Этот метод, созданный на основе методологии проективного исследования и контент-анализа, использовался с целью выявления субъективной составляющей затрудненного общения: внутренних переживаний подростка, противоречий, негативных эмоций, которые он испытывает в ситуациях общения со взрослыми и сверстниками. Полученные эмпирические данные обрабатывались с помощью контент-анализа по четырем категориям: значимость общения для подростка; субъективные причины затрудненного общения; объективные причины затрудненного общения, связанные с особенностями партнера; желаемое направление коммуникативного самосовершенствования подростка.

Подросткам предлагалось продолжить 5 предложений, выразив свои подлинные чувства, мысли или действия: «Общение для меня – это...», «Иногда мне трудно общаться с человеком, потому что я...», «Мне неприятно общаться с человеком, который...», «Я с удовольствием избавился бы от качеств, которые мешают мне в общении. Это...», «Чтобы не испытывать никаких трудностей в общении, я бы хотел научиться...».

Основные результаты и их интерпретация

Коммуникативные трудности слабовидящих подростков. Результаты экспертной оценки коммуникативного поведения слабовидящих подростков показали, что наиболее ярко у них проявляются трудности вступления в контакт ($N=27,26$; $p=0,004$), они долго вглядываются в партнера, анализируют возможные способы своего поведения, теряются в новых коммуникативных условиях. Характерны трудности эмпатии, т.е. детям сложно понимать эмоциональное состояние собеседника, ориентировать свои коммуникативные действия на него ($N=22,94$; $p=0,001$); неготовность принимать помощь от «чужих» людей, которыми в их понимании являются здоровые дети, незнакомые взрослые ($N=36,89$; $p=0,001$). Подростки в ситуациях затрудненного общения испытывают трудности самоконтроля ($N=20,03$; $p=0,002$), часто раздражаются, обижаются, могут расплакаться, проявлять неадекватное поведение. Интересно то, что дети не признают своих ошибок в общении ($N=23,54$; $p=0,003$), склонны к самооправданию, фантазированию, часто выдают желаемое за действительное. Вероятно, это можно расценивать, как защитный механизм, позволяющий ребенку минимизировать негативное действие ситуации общения.

Коммуникативные трудности слабослышащих подростков. Подростки с нарушением слуха в ситуациях затрудненного общения склонны к вербальной агрессии ($N=20,57$; $p=0,002$), их громкий голос сопровождается бурными хаотичными невербальными проявлениями (жестикуляцией, мимикой, экстралингвистикой), они склонны «нападать» на партнера, подавлять его; в случае несогласия со стороны собеседника проявляют протестные модели поведения ($N=25,16$; $p=0,002$). Дети проявляют явный индивидуализм, автономны, не любят сотрудничать со сверстниками ($N=14,36$; $p=0,003$); ревностно относятся к результатам своей деятельности и к тем взрослым, с кем у них налажен контакт. В коммуникативной ситуации ребенок очень часто находится в напряжении,

взволнован, чрезмерно мобилизован, создается впечатление, что он ждет нападения – это и является, на наш взгляд, причиной коммуникативной неадекватности ($N=30,14$; $p=0,001$), защитной агрессии.

Коммуникативные трудности подростков с типичным развитием. В ходе исследования выяснилось, что условно здоровые подростки по сравнению со слабовидящими и слабослышащими сверстниками значительно чаще испытывают трудности в выборе вербальных и невербальных средств общения ($N=26,47$; $p=0,003$) и трудности коммуникативного планирования ($N=22,16$; $p=0,002$).

Интересно то, что и в общении детей с ОВЗ, и в общении подростков с типичным развитием проявляются сходные коммуникативные трудности – трудности сотрудничества, склонность к агрессивности, трудности эмпатии, коммуникативного планирования, ведения конструктивного диалога. Эти же трудности были выявлены нами на большой выборке подростков ($n = 740$) [6], что дает нам возможность утверждать, что данные коммуникативные трудности являются общевозрастными и связаны с решением ключевых возрастных задач в сфере общения.

Субъективные переживания подростков в ситуациях затрудненного общения. Контент-анализ результатов, полученных по методу незаконченных предложений, позволил выявить различия в восприятии подростками ситуаций затрудненного общения и их субъективных переживаниях (таблица).

Таблица. Субъективные переживания подростков с ОВЗ и типичным развитием в ситуациях затрудненного общения (в процентах по отношению к общему количеству ответов)

Параметры анализа	Слабовидящие подростки (n = 30)		Слабослышащие подростки (n = 30)		Подростки с типичным развитием (n = 30)	
	N	%	N	%	n	%
1. «Общение для меня – это...»						
1а. радость; хорошее настроение; отдых	7	23	3	10	16	53,3
1б. способ решать проблемы; добиваться своего	9	30	12	40	2	6,7
1в. возможность выразить себя; показать, что ты можешь; обратить на себя внимание	3	10	-	-	5	16,7
1г. проблемы; преодоления; переживания; усилия	11	37	15	50	7	23,3
2. «Иногда мне трудно общаться с человеком, потому что я...»						
2а. больше его знаю; лучше, чем он; умнее его, воспитаннее, чем он; лучше учусь	7	23	3	10	12	40
2б. плохо его знаю; не знаком с ним; редко	10	16	9	30	-	-

вижу						
2в. волнуюсь; стесняюсь; думаю, что он смеется надо мной; боюсь сказать, что думаю	13	43,3	12	40	7	23,3
2г. бываю груб; раздражаюсь; не слушаю его	-	-	6	20	11	36,7
<i>3. «Мне неприятно общаться с человеком, который...»</i>						
3а. кричит; ругается; обзывается; злится	11	36,7	7	23,4	8	26,7
3б. умничает; критикует; учит жизни	9	30	-	-	13	43,3
3в. лезет в душу; выведывает секреты; прилипает; достает	3	10	4	13,3	-	-
3г. скрывает что-то; молчит; не хочет общаться	7	23,3	15	50	2	6,7
3д. предает; готов на подлость; хитрит; врет	-	-	4	13,3	7	23,3
<i>4. «Я с удовольствием избавился бы от качеств, которые мешают мне в общении. Это...»</i>						
4а. зависть; ревность; недоброжелательность	3	10	8	26,7	5	16,6
	-	-	-	-	2	6,7
4б. лживость; нечестность; хитрость	8	26,7	9	30	9	30
4в. злость; раздражение; грубость	7	23,3	7	23,3	2	6,7
4г. стеснительность; закомплексованность; застенчивость; скромность	10	33,3	6	20	-	-
4д. зависимость от других; подчинение; слабоволие; всегда соглашаться с другими	2	6,7	-	-	12	40
4е. безразличие; пофигизм; равнодушие						
<i>5. «Чтобы не испытывать никаких трудностей в общении, я бы хотел научиться...»</i>						
5а. красиво, правильно, понятно говорить; убеждать других; избавиться от слов-паразитов	7	23,3	12	40	-	-
	-	-	2	6,7	9	30
5б. доверять другим; рассказывать о себе	11	36,7	9	30	3	10
5в. не бояться никого; быть смелым; не стесняться	-	-	3	10	14	46,7
	3	10	-	-	4	13,3
5г. шутить; веселить всех; быть прикольным	9	30	4	13,3	-	-
5д. не повторять своих ошибок						
5е. быть как все; хорошо видеть (слышать)						

Таким образом, выяснилось, что:

- подростки с ОВЗ чаще воспринимают общение как процесс, связанный с трудностями, проблемами, необходимостью преодоления, напряжения, приложения усилий; реже получают от общения удовольствие, положительные эмоции;

- подростки с ОВЗ чаще, чем условно здоровые дети, переживают, общаясь в незнакомой ситуации с малознакомыми людьми, которых плохо понимают; волнуются, стесняются, боятся выразить собственное мнение, придумывают несуществующие проблемы, предвзято относятся к партнерам;
- субъективными причинами затрудненного общения подростки с ОВЗ считают либо собственную несдержанность, агрессивность, раздражительность; либо стеснительность, зажатость, склонность к конформизму, слабоволие;
- подростки с ОВЗ испытывают дискомфорт при общении с агрессивно-настроенным партнером; слабовидящие дети болезненно относятся к критике; слабослышащие не любят, когда собеседник что-то скрывает, умалчивает;
- подростки с ОВЗ считают, что справиться с коммуникативными трудностями они бы могли только в том случае, если бы были здоровы, стали «как все», т.е. осознание собственной неполноценности негативно сказывается на самовосприятии и самопрезентации в общении;
- слабовидящие подростки мечтают никого не бояться, не стесняться, быть смелыми; слабослышащие – научиться красиво, правильно, выразительно говорить, следовательно, вербальные коммуникативные трудности и трудности самовыражения в общении являются наиболее осознанными.

Подростки контрольной группы в ситуациях затрудненного общения реже испытывают негативные переживания; избирают в основном стратегии отчужденности, ухода от проблемы; чаще видят причины затруднений в других людях, в обстоятельствах, сокращают количество коммуникаций с «трудным» партнером; не стремятся менять собственное коммуникативное поведение; не мечтают о приобретении каких-либо важных коммуникативных качеств. Следовательно, степень осознанности коммуникативных трудностей у этих детей ниже, чем у подростков с ОВЗ; мотивация коммуникативного самосовершенствования менее выражена.

Выводы

Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что ограниченные возможности здоровья можно рассматривать как фактор, обуславливающий высокую вероятность возникновения различных коммуникативных трудностей подростка (базовых, содержательных, инструментальных и рефлексивных). Выдвинутая гипотеза о том, что у подростков с ОВЗ наряду с общими возрастными коммуникативными проблемами в процессе межличностного общения возникают специфические коммуникативные трудности, отличающиеся от коммуникативных трудностей условно здоровых сверстников, подтвердилась.

В коммуникативных ситуациях дети с ОВЗ значимо чаще ($p \leq 0,02$) становятся субъектами затрудненного общения, испытывая негативные переживания, связанные с чувством собственной ущербности, неполноценности, зажатости, застенчивости; при этом нередко создавая коммуникативные трудности для своих партнеров по общению, проявляя повышенную требовательность к ним, агрессивность, враждебность, зависть, нежелание признавать и исправлять ошибки, неумение конструктивно отстаивать свою позицию, неготовность сотрудничать и договариваться с ними. Особо остро эти тенденции проявляются в общении подростков с ОВЗ с условно здоровыми сверстниками.

Затрудненное общение детей с различными нарушениями здоровья (нарушения зрения, слуха) имеет специфические особенности, связанные с характером заболевания, психофизиологическими характеристиками ребенка и накопленным коммуникативным опытом. Вместе с тем, существуют **типичные коммуникативные трудности**, характерные для всех подростков с ограниченными возможностями здоровья:

- у детей с ОВЗ часто возникают «смысловые барьеры» в общении [2], когда ребенок не понимает требований взрослого или желаний сверстников, иначе смотрит на определенные факты, не воспринимает предложений партнеров, потому что для него они приобретают особый смысл (придирки, насмешки); когда требования непосильны для ребенка (в силу ограничений возможностей), в случаях негативного восприятия субъектом своих партнеров;
- в ситуациях общения нередко возникает чувство стыда, неловкости за себя; дети, имеющие тот или иной дефект, проявляют тревожность, страх вступления в контакт, трудности планирования и самоконтроля в общении, застенчивость, уход в себя;
- подростки зачастую ждут негативного к себе отношения, насмешек, вербальной агрессии, поэтому часто находятся в оборонительной позиции, насторожены, готовы к защите, мнительны, болезненно воспринимают критику;
- у некоторых детей в ситуациях общения проявляется деспотизм, капризность, желание «захватить» все внимание взрослых; они любят, чтобы их жалели, баловали, уступали, выполняли все желания; такие дети нередко специально подчеркивают свои недостатки, чтобы вызвать жалость или манипулировать своим партнером, в коммуникациях проявляется обидчивость, эгоизм, демонстративность, вспыльчивость.

Наряду с признанием того, что развития аномального ребенка гетерохронно [3], следует признать также, что дети с ОВЗ имеют большие затруднения в познании окружающей действительности, что приводит к сужению социальных контактов, ограничивая их ориентировку и возможности в социальной ситуации [7]. Результаты наших исследований показывают, что подростки с ОВЗ получают

«тройную нагрузку трудностей» в ситуациях общения: во-первых, они болезненно переживают собственную физическую дефицитарность, чувствуя себя «не такими, как все», «чужими»; во-вторых, испытывают общевозрастные, нормативные коммуникативные трудности, связанные с потребностью автономизации и независимости в общении; в-третьих, имеют специфические коммуникативные трудности, связанные с характером заболевания, условиями жизнедеятельности, особенностями социальных сетей. Все это создает у ребенка чувства безысходности, бессилия, невозможности повлиять на ситуацию.

Может ли ребенок самостоятельно справиться с этими трудностями без вреда для физического и психического здоровья? Ответ очевиден – нет. Именно поэтому чрезвычайно важно обратить внимание психологического сообщества на проблему затрудненного общения детей с ОВЗ: необходимо знать о специфических коммуникативных трудностях подростков, имеющих различные нарушения здоровья, своевременно выявлять их, создавать программы адресной помощи детям и их семьям в преодолении актуальных проблем общения, сопровождать становление ребенка как субъекта общения. Все это требует консолидации усилий специалистов в области клинической, специальной, социальной и возрастной психологии.

Литература

1. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида. М.: Инфра-М, 2010. 88 с.
2. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. СПб.: Питер, 2008. 399 с.
3. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. М.: Просвещение, 1995. 527 с.
4. Лабунская В.А., Менджерицкая Ю.А., Бреус Е.Д. Психология затрудненного общения. Теория. Методы. Диагностика. Коррекция. М.: Академия, 2001. 288 с.
5. Самохвалова А.Г. Коммуникативные трудности ребенка: проблемы, диагностика, коррекция. СПб.: Речь, 2011. 432 с.
6. Самохвалова А.Г. Психология затрудненного общения ребенка. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2013. 418 с.
7. Солнцева Л.И. Психология детей с нарушениями зрения (детская тифлопсихология). М.: Классике Стиль, 2006. 256 с.
8. Bronfenbrenner U., Morris P.A. The ecology of developmental processes // W. Damon, R.M. Lerner (Eds.). Handbook of child psychology. NY: John Wiley & Sons, 1998. P. 993-1028.
9. McLeod, S., Daniel, G., Barr J. "When he's around his brothers ... he's not so quiet": The private and public worlds of school-aged children with speech sound disorder // Journal of Communication Disorders. 2013. 46. P. 70-83.

Самохвалова А. Г. Специфика затрудненного общения
детей с ограниченными возможностями здоровья
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 2. С. 39–53.

Samohvalova A.G. Specificity of Communication
Difficulties of Children with Disabilities
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 2, pp. 39–53.

Specificity of Communication Difficulties of Children with Disabilities

Samohvalova A.G.,

Ph.D. in education sciences, assistant professor of social psychology, Kostroma State University named after N.A. Nekrasov, Kostroma, Russia, samohvalova@kmtn.ru

The article attempts to answer the question: «Does disabilities of the child connected with the occurrence of difficulties in communication? » Author tests the hypothesis that adolescents with disabilities along with common age communication problems in the process of interpersonal communication have specific, different from communication difficulties of typically developing peers. Communicative characteristics and specifics communication difficulties of the three groups of younger teenagers (30 in each group) aged 12-13 years – children with visual impairment, hearing loss, and children with typical development are compared. Difficulty in communication in adolescents studied in two directions: a subjective component is detected by means of content analysis of pending proposals; objective manifestations recorded by peer review of communicative behavior of the child. The results show that children with disabilities, who live in a state of chronic stress, significantly more often ($r \leq 0,02$) compared with peers who have typical development, experience communication difficulties in a communicative situations (basic, meaningful, instrumental, reflexive). Determined individually specific and general communication difficulties inherent in children with various disabilities.

Keywords: teen, difficulty communicating, communication difficulties, subjective experiences, visual impairment, hearing impairment.

Literature

1. *Aishervud M.M.* Polnocennaya jizn' invalida. M.: Infra-M, 2010. 88 s.
2. *Bojovich L.I.* Lichnost' i ee formirovanie v detskom vozraste. SPb.: Piter, 2008. 399 s.
3. *Vygotskii L.S.* Problemy defektologii. M.: Prosveschenie, 1995. 527 s.
4. *Labunskaya V.A., Mendjerickaya Yu.A., Breus E.D.* Psihologiya zatrudnennogo obscheniya. Teoriya. Metody. Diagnostika. Korrekciya. M.: Akademiya, 2001. 288 s.
5. *Samohvalova A.G.* Kommunikativnye trudnosti rebenka: problemy, diagnostika, korrekciya. SPb.: Rech', 2011. 432 s.

6. *Samohvalova A.G.* Psihologiya zatrudnennogo obscheniya rebenka. Kostroma: KGU im. N.A. Nekrasova, 2013. 418 s.
7. *Solnceva L.I.* Psihologiya detei s narusheniyami zreniya (detskaya tiflopsihologiya). M.: Klassike Stil', 2006. 256 s.
8. *Bronfenbrenner U., Morris P.A.* The ecology of developmental processes // W. Damon, R.M. Lerner (Eds.). Handbook of child psychology. NY: John Wiley & Sons, 1998. R. 993-1028.
9. *McLeod, S., Daniel, G., Barr J.* "When he's around his brothers ... he's not so quiet'»: The private and public worlds of school-aged children with speech sound disorder // Journal of Communication Disorders. 2013. 46. R. 70-83.

Индивидуально-социальные компетенции, факторы личности и когнитивные способности дошкольников

Егоров А.В.,

аспирант, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, egorovfamily@gmail.com

Казьмин А.М.,

кандидат медицинских наук, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, mgppukprd@gmail.com

Мы провели изучение связей между индивидуально-социальными компетенциями, факторами личности и когнитивными способностями дошкольников с типичным развитием, посещающих детский сад (N=54; возраст $73,4 \pm 6$ месяцев, 31 мальчик и 23 девочки). Использовалась методика «Шкала образовательных компетенций дошкольников», М5-PS, компьютерные когнитивные тесты. Использовался кластерный анализ данных при помощи метода к-средних и U-критерий Манна – Уитни. Мы обнаружили, что дети с высоким уровнем сформированности индивидуально-социальных компетенций отличаются большей открытостью новому опыту ($p < 0,0001$), доброжелательностью ($p < 0,05$), добросовестностью ($p < 0,01$), экстраверсией ($p = 0,001$), а также большей успешностью в выполнении когнитивных проб на понимание последовательностей стимулов ($p < 0,05$), использование логического умножения ($p < 0,05$), распознавание эмоциональных экспрессий ($p < 0,05$) и ситуаций социального взаимодействия ($p < 0,01$). Полученные результаты могут указывать на возможное участие как личностных, так и когнитивных факторов в формировании индивидуально-социальных компетенций.

Ключевые слова: дошкольный возраст, индивидуально-социальные компетенции, личность, когнитивные способности.

Для цитаты:

Егоров А. В., Казьмин А. М. Индивидуально-социальные компетенции, факторы личности и когнитивные способности дошкольников [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. №2. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Egorov_Kazmin.shtml (дата обращения: дд.мм.гггг)

For citation:

Egorov A.V., Kazmin A.M. Individual and Social Competence, Personality Factors and Cognitive Abilities of Preschoolers [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia], 2015, vol. 4, no. 2. Available at: http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Egorov_Kazmin.shtml (Accessed dd.mm.yyyy). (In Russ., Abstr. in Engl.)

В рамках создания современных систем дошкольного образования приоритетным направлением является индивидуализация образовательных программ для детей с целью обеспечения оптимальных условий для гармоничного развития личности ребенка. В Федеральном государственном образовательном стандарте дошкольного образования утверждается направленность основной программы дошкольного образования на позитивную социализацию и индивидуализацию развития детей [6]. В соответствии с этим стандартом допускается проведение педагогической оценки развития детей и выявления их индивидуально-психологических особенностей. В рамках педагогической диагностики можно оценивать сформированность личностных качеств, компетенций, включая индивидуально- и социально-ориентированные. С согласия родителей возможно проведение психологического обследования личности и познавательной сферы.

Представляется очевидным, что формирование индивидуально- и социально-ориентированных компетенций ребенка, происходит под воздействием множества факторов: социальной ситуации развития ребенка, индивидуальных особенностей его реагирования (темперамента, факторов личности), познавательных способностей, состояния здоровья и других. Тем не менее конкретный характер этих влияний требует изучения.

В предыдущих исследованиях нами была разработана шкала оценки образовательных компетенций дошкольников, рассчитанная на пользование воспитателями [4]; установлено, что типично развивающиеся дети с высокой выраженностью факторов «открытость новому опыту», «добросовестность» и «экстраверсия» успешнее овладевают индивидуально-ориентированными и социально-ориентированными компетенциями, чем их сверстники с низкой выраженностью этих факторов [2]; показано, что дети с задержкой психического развития и дети с умственной отсталостью имеют меньшую сформированность этих компетенций и низкие оценки факторов «открытость новому опыту», «добросовестность» и «экстраверсия» [1].

В данном исследовании мы преследовали цель выявить связи между индивидуально-социальными компетенциями, факторами личности и когнитивными способностями дошкольников с типичным развитием, прояснить, существуют ли различия в выраженности факторов личности и когнитивных способностях у детей с высоким и низким уровнем сформированности индивидуально-социальных компетенций.

Испытуемые

Выборку составили 54 типично развивающихся ребенка (23 девочки и 31 мальчик, возраст $73,4 \pm 6$ месяцев), посещающих детский сад.

Методы

1. **Шкала оценки образовательных компетенций дошкольников** [4]. Для данного исследования использовались субшкалы «Индивидуально-ориентированные компетенции» («самопрезентация», «осознание субъектного Я», «осознание себя во времени», «саморегуляция», «ассертивная защита», «культура опрятности», «культура приема пищи», «культура одевания», «физическая безопасность») и «Социально-ориентированные компетенции» («партнерство», «лидерство», «исполнительство», «этичность», «просоциальное и контролирующее поведение», «сюжетно-ролевые игры», «игры с правилами», «общественно-полезный труд»). Каждая оценка оценивается по 6 балльной шкале на основе критериев. Путем суммирования вычислялись индивидуально-ориентированная компетентность, социально-ориентированная компетентность, индивидуально-социальная компетентность (сумма значений индивидуально-ориентированной и социально-ориентированной компетентности).
2. **M5-PS** – пятифакторный опросник личности для дошкольников [7]. M5-PS состоит из 90 вопросов. Вычисляются значения пяти факторов: «нейротизм», «открытость новому опыту», «доброжелательность», «добросовестность», «экстраверсия».
3. **Дина-ОКС** – разработанный нами ранее диагностический набор компьютерных тестов, направленный на выявление когнитивных способностей, состоящий из 8 субтестов: «Переучивание», «Поиск», «Категории», «Последовательности», «Понимание речи», «Отношения», «Правила», «Логическое умножение» [3]. Автоматически вычисляется эффективность выполнения тестов в процентах. Для дальнейшего анализа производился перевод процентов в баллы: 0-54,9% - 0 баллов, 55-74,9% - 1 балл, 75-94,9% - 2 балла, 95-100% - 3 балла.
4. **Методика «Распознавание эмоций»** является новым компьютерным тестом вариантом оценки способности испытуемого к распознаванию базовых эмоциональных экспрессий. Состоит тест из четырех этапов, обучающего (рисунок 1а) и трех тестовых (рисунки 1б, 1в, 1г). В рамках обучающего этапа ребенок знакомится со стимульным материалом. Затем он переходит непосредственно к тестовым заданиям. Разница этапов состоит в особенностях предъявляемого стимульного материала: это сюжетные картинки, изолированные персонажи из мультфильмов, выражение глаз людей разного возраста. Стимульный материал предъявляется ребенку в рандомизированном порядке. Ребенок выбирает соответствующее стимульной картинке эталонное изображение эмоции из четырех вариантов: радость, грусть, гнев, страх. Предполагается, что успешность выполнения

заданий этого теста зависит от способности ребенка вычленять и использовать информацию, на основе которой возможна верная дифференциация базовых эмоций. Сопровождающая инструкция для ребенка предоставляется программой. Автоматически вычисляется эффективность распознавания эмоций в процентах. Для дальнейшего анализа производился перевод процентов в баллы: 0-54,9% - 0 баллов, 55-74,9% - 1 балл, 75-94,9% - 2 балла, 95-100% - 3 балла.

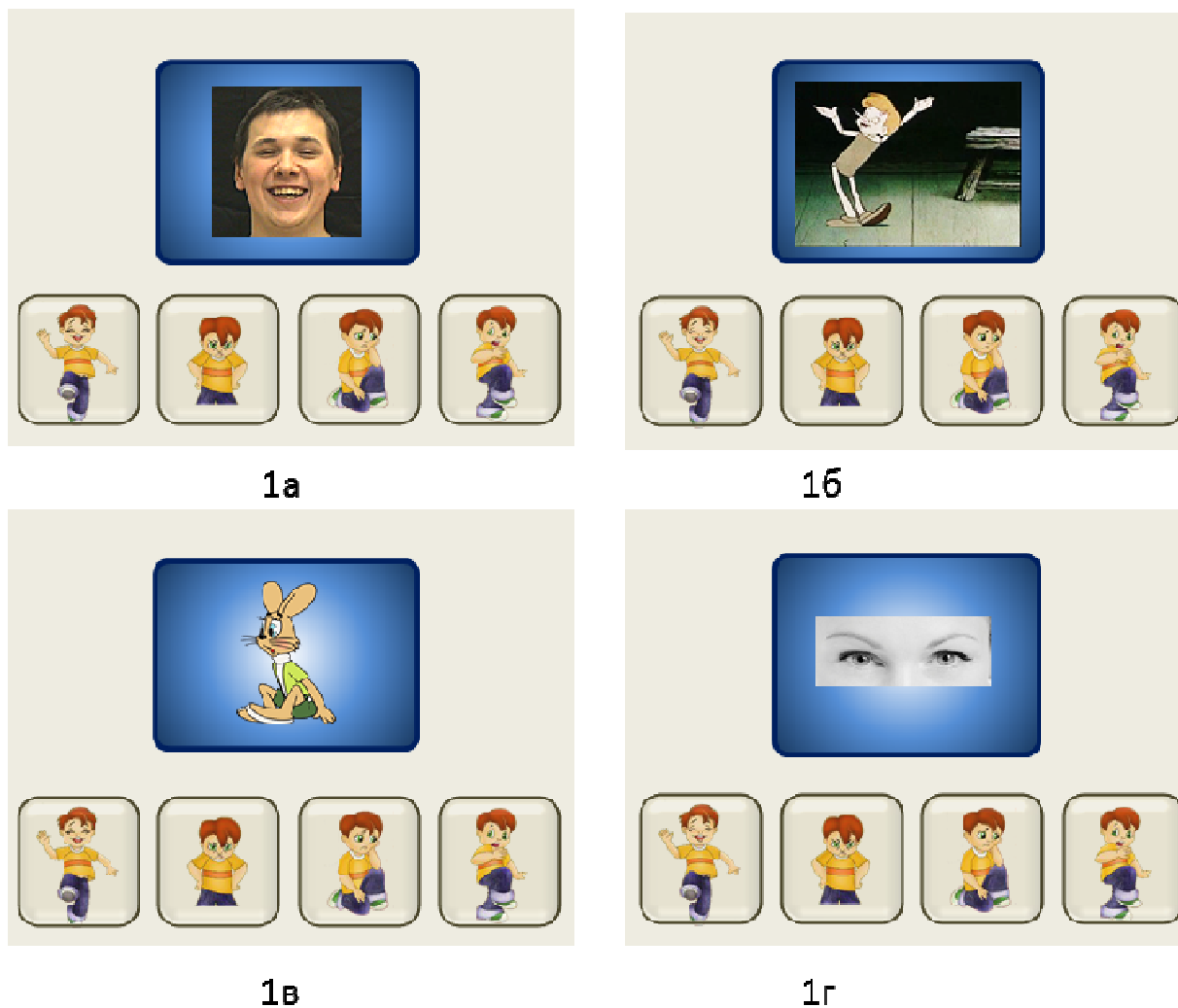


Рис. 1. Вид стимульного поля на сенсорном мониторе в тесте «Распознавание эмоций»

5. **Тест «Взаимодействие»** (рисунки 2а и 2б) составлен на основе подхода к анализу ситуаций взаимодействия субъектов, опирающегося на теорию процессуального анализа [5]. Ребенку в рандомизированном порядке предъявляются эталонные картинки, демонстрирующие одну из четырех ситуаций взаимодействия, соответствующих сочетаниям следующих позиций: «сотрудничество – сотрудничество», «доминирование – подчинение»,

«доминирование – доминирование», «независимость – независимость», после чего ребенку будет необходимо из предъявленного набора картинок выбрать соответствующие предъявленной ситуации. Автоматически вычисляется эффективность выполнения тестов в процентах. Для дальнейшего анализа производился перевод процентов в баллы: 0-54,9% - 0 баллов, 55-74,9% - 1 балл, 75-94,9% - 2 балла, 95-100% - 3 балла.

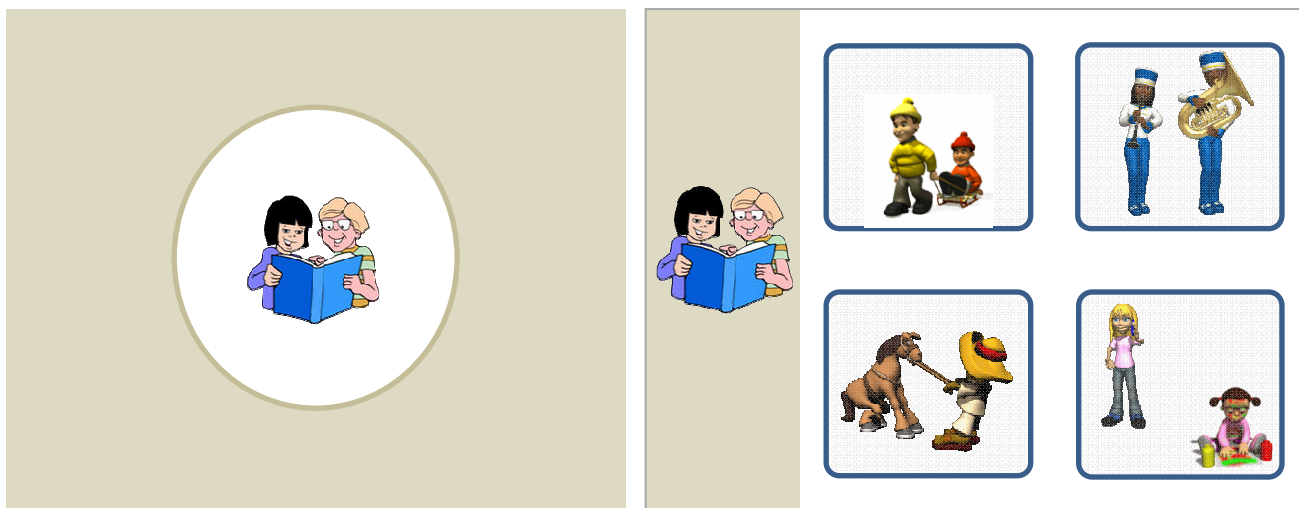


Рис.2. Вид стимульного поля на сенсорном мониторе в тесте «Узнавание эмоций»

Тесты в методиках *Дина-ОКС* и *Дина-СКС* предъявлялись детям на сенсорном мониторе ELO 1917L, автоматический анализ результатов осуществлялся в программе, выполненной на базе приложения Microsoft PowerPoint с использованием макрокоманд. В комплект аппаратного комплекса входили также ноутбук и аудиокolonки.

Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программы «Statistica 8.0».

Процедура

Шкала оценки образовательных компетенций дошкольников заполнялась воспитателями. Компьютерное тестирование, предлагаемое детям как игра, проводилось в отдельном помещении.

Результаты

Выявление связей между индивидуально-социальными компетенциями, факторами личности и когнитивными способностями

Для выявления связей между индивидуально-социальными компетенциями, факторами личности и когнитивными способностями был проведен корреляционный анализ Спирмена, результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Коэффициенты корреляции между значениями индивидуально-ориентированных и социально-ориентированных компетентностей, факторов личности и эффективности выполнения когнитивных тестов

№	Параметры личности и названия компьютерных тестов	Индивидуально-ориентированная компетентность	Социально-ориентированная компетентность
1.	Нейротизм	0,11	0,16
2.	Открытость новому опыту	0,63***	0,56***
3.	Доброжелательность	0,45**	0,52***
4.	Добросовестность	0,51***	0,56***
5.	Экстраверсия	0,58***	0,50***
6.	Переучивание	0,15	0,03
7.	Поиск	0,27*	0,13
8.	Ряды	0,35*	0,38*
9.	Понимание речи	0,13	0,01
10.	Отношения	0,36*	0,28*
11.	Правила	0,15	0,10
12.	Логическое умножение	0,32*	0,25
13.	Распознавание эмоций	0,47**	0,49**
14.	Взаимодействие	0,58***	0,46**
*- значимая связь при $p < 0,05$; ** - значимая связь при $p < 0,001$; значимая связь при $p < 0,0001$			

Значимые положительные связи выявлены между индивидуально-ориентированными и социально-ориентированными компетентностями, с одной стороны, с факторами личности (открытость новому опыту, доброжелательность, добросовестность, экстраверсия) и эффективностью выполнения компьютерных когнитивных тестов («Ряды», «Отношения», «Распознавание эмоций», «Взаимодействие»), с другой стороны.

Выделение групп детей с низким и высоким уровнем сформированности индивидуально-социальных компетенций

При помощи кластерного анализа – метода к-средних – были выделены две группы детей: с низким уровнем сформированности индивидуально-социальных компетенций (кластер 1) и высоким (кластер 2) (таблица 2).

Таблица 2. Описательная статистика кластеров 1 и 2

Кластер 1 содержит 13 случаев		
Переменные	Среднее	Стандартное отклонение
Индивидуально-ориентированная компетентность	32	5,5
Социально-ориентированная компетентность	30,2	3,9
Кластер 2 содержит 41 случай		
Индивидуально-ориентированная компетентность	46,7	3,5
Социально-ориентированная компетентность	41,2	3,9

Сравнение значений факторов личности и эффективности выполнения когнитивных тестов между кластерами 1 и 2

Сравнение значений факторов личности и эффективности выполнения когнитивных тестов между кластерами 1 и 2 проводилось при помощи U-критерия Манна – Уитни. Дети с высокими значениями индивидуально-ориентированных и социально-ориентированных компетенций имели большую выраженность открытости новому опыту ($p < 0,0001$), доброжелательности ($p < 0,05$), добросовестности ($p < 0,01$), экстраверсии ($p < 0,01$), демонстрировали более высокую эффективность выполнения субтестов «ряды 2» ($p < 0,05$), «логическое умножение 1» ($p < 0,05$), тестов «распознавание эмоций» ($p < 0,05$) и «взаимодействие» ($p < 0,01$) (таблица 3, рисунки 3,4).

Таблица 3. Результаты сравнения значений факторов личности и эффективности выполнения когнитивных тестов между кластерами 1 и 2 при помощи U-критерия Манна – Уитни

N	Название фактора личности	Уровень значимости
----------	----------------------------------	---------------------------

1.	Нейротизм	0,723
2.	Открытость новому опыту	0,00006
3.	Доброжелательность	0,013
4.	Добросовестность	0,003
5.	Экстраверсия	0,001
	Название теста	Уровень значимости
1.	Переучивание	0,283
2.	Поиск	0,057
3.	Категории	0,598
4.	Ряды 1	0,217
5.	Ряды 2	0,043
6.	Понимание речи 1	0,863
7.	Понимание речи 2	0,240
8.	Понимание речи 3	0,571
9.	Понимание речи	0,769
10.	Отношения 1	0,071
11.	Отношения 2	0,746
12.	Отношения 3	0,839
13.	Правила 1	0,412
14.	Правила 2	0,217
15.	Правила 3	0,159
16.	Логическое умножение 1	0,016
17.	Логическое умножение 2	0,357
18.	Логическое умножение 3	0,472

19.	Распознавание эмоций	0,020
20.	Взаимодействие	0,007

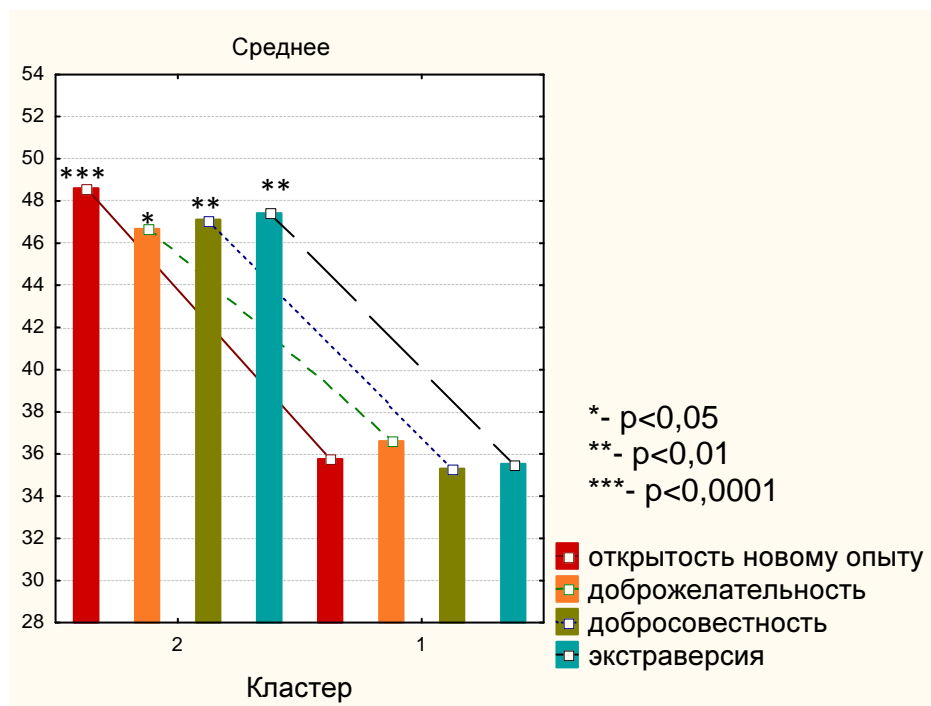


Рис.3. Различия между кластерами 1 и 2 по значениям факторов личности (открытость новому опыту, добросовестность, доброжелательность, экстраверсия)

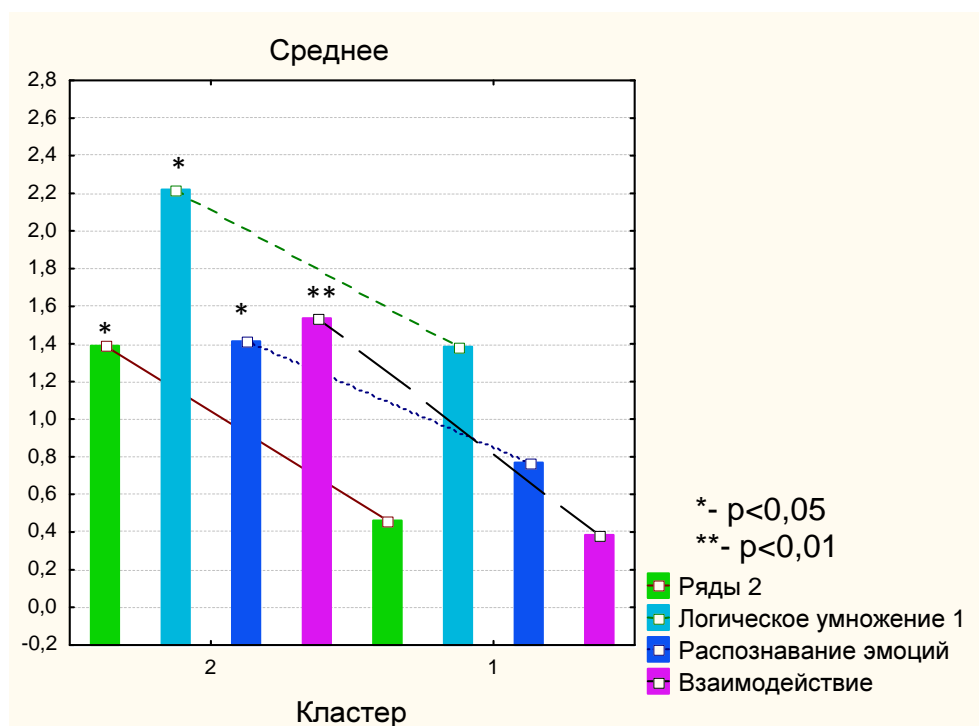


Рис. 4. Различия между кластерами 1 и 2 по эффективности выполнения когнитивных тестов «Ряды» (субтест 2), «Логическое умножение» (субтест 1), «Распознавание эмоций», «Взаимодействие»

Заключение

Мы обнаружили прямую связь между уровнем сформированности индивидуально-социальных компетенций у дошкольников, выраженностью факторов личности (открытость новому опыту, доброжелательность, добросовестность, экстраверсия) и эффективностью выполнения ряда когнитивных тестов (способность к распознаванию последовательностей, одновременному учету двух признаков, распознаванию эмоциональных экспрессий и ситуаций взаимодействия). Наиболее высокие результаты в формировании компетенций личности обнаруживаются у детей, имеющих более выраженные предрасположенности к ответственному отношению к результатам своей деятельности (добросовестность), к вовлечению в познавательную деятельность (открытость новому опыту) и позитивное социальное взаимодействие (доброжелательность, экстраверсия); проявляющих большую успешность в выполнении когнитивных проб, направленных на выявление способности к сукцессивному синтезу (тест «Ряды») и симультанному (тест «Логическое умножение»), распознаванию социально значимых сигналов (эмоциональных экспрессий и ситуаций взаимодействия).

Эти данные не позволяют делать выводы о наличии причинно-следственных связей между изучаемыми переменными. Вероятнее всего, имеет место их взаимное влияние.

Ограничения

Проведенное исследование было сфокусировано на некоторых аспектах функционирования ребенка без учета факторов внешней среды.

Литература

1. Дугина О.В., Егоров А.В., Казаков А.М., Казьмин А.М., Фирсова Л.В. Пилотажное исследование функциональности, достижений и факторов личности у старших дошкольников с типичным и атипичным развитием [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. №4. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n4/57320.shtml> (дата обращения: 28.03.2015)
2. Егоров А.В., Захаренко Н.В., Казьмин А.М., Фирсова Л.В. Личность и достижения дошкольников с типичным развитием и умственной отсталостью [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. №3. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n3/55180.shtml> (дата обращения: 28.03.2015)
3. Казьмин А.М., Егоров А.В., Захаренко Н.В., Дунайцева В.А., Казаков А.М. Пилотажное исследование когнитивных способностей у детей при помощи набора компьютерных методик ДИНА-ОКС [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. №1. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49973.shtml> (дата обращения: 28.03.2015)
4. Казьмин А.М. Инклюзивное образование: шкала оценки образовательных компетентностей дошкольников // Практика управления ДОУ, №7, 2012
5. Казьмин А.М. Теория процессуального анализа: краткое описание и прикладное значение [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. №4. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n4/57302.shtml> (дата обращения: 29.03.2015)
6. Приказ Минобрнауки России от 17.10.2013 N 1155 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования" [Электронный ресурс] // Российская газета. Документы. URL: <http://www.rg.ru/2013/11/25/doshk-standart-dok.html> (дата обращения: 28.03.2015)
7. Scheck A.M., L. Malesky A., Cathy J., Grist L., McCord D. M. (2010) Personality in Preschool Children: Preliminary Psychometrics of the M5-PS Questionnaire, American Journal of Psychological Research, Volume 6, Number 1.

Individual and Social Competence, Personality Factors and Cognitive Abilities of Preschoolers

Egorov A.V.,

postgraduate, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, egorovfamily@gmail.com

Kazmin A.M.,

Ph.D. in Medicine, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, mgppukprd@gmail.com

Authors studied the connections between individual and social competence, personality factors and cognitive abilities of preschool children with typical development, attending kindergarten (N = 54; age 73, 4 ± 6 months, 31 boys and 23 girls). The following method have been used: "Preschool children's educational competence scale», M5-PS, computer cognitive tests. K-means clustering of cases and Mann-Whitney U Test were used. Revealed that children with a high level of individual social competence development were more open to experience minded (p <0,0001), agreeable (p <0,05), conscientious (p <0,01), with higher level of Extraversion (0,001) and also more successful with the cognitive tests for stimulus sequences understanding (p <0,05), logical multiplication usage (p <0,05), emotional expression and situations of social interaction recognition (p <0,05 and p < 0,01). The obtained results may indicate the possible involvement of both personality and cognitive factors in the formation of individual and social competences.

Keywords: preschool age, individual social competence, personality, cognitive abilities.

Literature

1. Dugina O.V., Egorov A.V., Kazakov A.M., Kaz'min A.M., Firsova L.V. Pilotajnoe issledovanie funkcional'nosti, dostizhenii i faktorov lichnosti u starshih doshkol'nikov s tipichnym i atipichnym razvitiem [Elektronnyi resurs] // Klinicheskaya i special'naya psihologiya. 2012. №4. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n4/57320.shtml> (data obrascheniya: 28.03.2015)
2. Egorov A.V., Zaharenko N.V., Kaz'min A.M., Firsova L.V. Lichnost' i dostizheniya doshkol'nikov s tipichnym razvitiem i umstvennoi otstalost'yu [Elektronnyi resurs] // Klinicheskaya i special'naya psihologiya. 2012. №3. URL:

<http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n3/55180.shtml> (data obrascheniya: 28.03.2015)

3. *Kaz'min A.M., Egorov A.V., Zaharenko N.V., Dunaiceva V.A., Kazakov A.M.* Pilotajnoe issledovanie kognitivnyh sposobnostei u detei pri pomoschi nabora komp'yuternyh metodik DINA-OKS [Elektronnyi resurs] // Klinicheskaya i special'naya psihologiya. 2012. №1. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49973.shtml> (data obrascheniya: 28.03.2015)
4. *Kaz'min A.M.* Inklyuzivnoe obrazovanie: shkala ocenki obrazovatel'nyh kompetentnostei doshkol'nikov // Praktika upravleniya DOU, №7, 2012
5. *Kaz'min A.M.* Teoriya processual'nogo analiza: kratkoe opisanie i prikladnoe znachenie [Elektronnyi resurs] // Klinicheskaya i special'naya psihologiya. 2012. №4. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n4/57302.shtml> (data obrascheniya: 29.03.2015)
6. Prikaz Minobrnauki Rossii ot 17.10.2013 N 1155 "Ob utverjdenii federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo standarta doshkol'nogo obrazovaniya" [Elektronnyi resurs] // Rossiiskaya gazeta. Dokumenty. URL: <http://www.rg.ru/2013/11/25/doshk-standart-dok.html> (data obrascheniya: 28.03.2015)
7. *Scheck A.M., L. Malesky A., Cathy J., Grist L., McCord D. M.* (2010) Personality in Preschool Children: Preliminary Psychometrics of the M5-PS Questionnaire, American Journal of Psychological Research, Volume 6, Number 1.

Особенности детско-родительского взаимодействия в семьях, воспитывающих детей с нарушениями слуха

Никитина Ю.В.,

заведующая учебной лабораторией, ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия, julechka2209@mail.ru

Хохлова А.Ю.,

кандидат психологических наук, педагог-психолог, Московский городской психолого-педагогический университет, ГБОУ Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат №65, Москва, Россия, ehalina2@yahoo.com

Статья посвящена проблеме коммуникации (обмена информацией) родителей и их глухих детей. Изучается эффективность обмена информацией между родителями и детьми, имеющими нарушения слуха в зависимости от средств общения, используемых участниками процесса. Под эффективностью понимается возможность максимально быстрого понимания передаваемой одним участником другому информации. Для оценки эффективности обмена информацией разработана специальная экспериментальная ситуация, состоящая из двух этапов: на первом этапе родитель дает инструкцию ребенку, на втором – ребенок родителю. Отмечается время выполнения инструкций, фиксируются средства, используемые родителем и ребенком. В исследовании приняли участие 17 глухих детей, а также их матери, 5 из которых тоже имеют нарушения слуха и владеют русским жестовым языком. Контрольную группу составили 10 нормативно развивающихся детей и их родители. Результаты эксперимента позволяют сделать вывод о том, что в семьях, воспитывающих глухих детей, существуют значительные трудности обмена информацией между родителями и ребенком. В большей степени они проявляются в ситуациях, когда ребенку требуется понимать обращения родителя, и связаны с недостаточной эффективностью средств общения, которые в ряде случаев применяют родители. Наиболее эффективным способом общения, позволяющим усвоить информацию быстро, точно и полно, является русский жестовый язык, что подтверждается наилучшими показателями обмена информацией в парах, где мать и ребенок оба имеют нарушения слуха.

Ключевые слова: глухие дети, детско-родительское взаимодействие, коммуникация, русский жестовый язык, специальные средства общения.

Для цитаты:

Никитина Ю.В., Хохлова А.Ю. Особенности детско-родительского взаимодействия в семьях воспитывающих детей с нарушениями слуха [Электронный ресурс] //Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. №2. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Nikitina_Hohlova.shtml (дата обращения: дд.мм.гггг)

For citation:

Nikitina Yu.V., Khokhlova A.Yu. Child-Parent Interactions in Families Raising Children with Hearing Impairment [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2015, vol. 4, no. 2. Available at: http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Nikitina_Hohlova.shtml (Accessed dd.mm.yyyy). (In Russ., Abstr. in Engl.)

Введение

Общение – один из важнейших факторов психического развития ребенка. Стиль отношения взрослых к ребенку влияет не только на становление тенденции к определенному стилю детского поведения, но и на психическое здоровье детей. По данным, приводимым М. И. Лисиной, длительный дефицит эмоционального созвучного общения даже между одним из родителей и ребенком порождает неуверенность последнего в положительном отношении к нему взрослых вообще, вызывает чувство тревоги и ощущения эмоционального неблагополучия [6]; [13].

В развитии личности младшего школьника по-прежнему очень большую роль играют его родители и близкие люди. Также от семьи зависят усвоение норм и форм поведения ребенка, проявление моральных качеств личности в общении, появление социальных мотивов, самоуважения, ориентация на мнения окружающих людей. Родители влияют на формирование личностных качеств у детей: самосознания, самооценки, уровня притязаний [1]; [5]; [7]; [9]; [11]; [12]; [13].

В России сегодня более 600 тысяч детей и подростков, страдающих нарушениями слуха различной степени тяжести. Среди родителей глухих детей 70% слышащих родителей и 30% – неслышащих.

Известно, что глухие дети, помимо чисто коммуникативных проблем, вызванных недостаточно хорошим уровнем развития речи, чаще, чем слышащие сверстники, имеют эмоционально-поведенческие нарушения [23].

Зарубежные исследования показывают, что использование жестового языка в семье улучшает психологическое состояние ребенка, способствуют интеллектуальному и социальному развитию (своевременное формирование модели психического, адекватная и позитивная самооценка и др.) [17]; [20].

Воспитание глухого ребенка слышащими родителями и глухими родителями качественно отличается, поэтому при изучении этой категории детей стало принято

рассматривать состояние слуха членов их семей (В. Петшак, Н. В. Мазурова, Т. Г. Богданова, Т. В. Розанова, McCayVernon, H. Shlesinger, M. Meadow и др.).

Слышащие родители глухих детей имеют больше возможностей организовывать дошкольную подготовку, принимать участие в тренингах для родителей, так как имеют в среднем более высокий образовательный и социальный статус, обладают более широкими возможностями получения информации. Однако часто слышащие матери воспринимают своего ребенка как менее способного, для них характерны гиперконтроль и гиперопека как стиль воспитания. Отсутствие эффективного канала коммуникации также затрудняет полноценный обмен информацией между родителем и ребенком, вследствие чего общение сводится к более примитивным формам [2]; [18]. Глухие в среднем имеют более низкий уровень образования, менее квалифицированную работу, низкий экономический статус. Однако глухие родители говорят со своим ребенком на общем для них (жестовом) языке с раннего детства, и этот язык – единственный, который глухой ребенок может освоить спонтанно, без специального обучения [22].

Очень мало слышащих родителей специально изучают язык жестов, тем не менее и глухие, и слышащие родители заинтересованы, чтобы их дети владели жестовым языком и чтобы жесты использовались в качестве средства обучения их детей.

Результаты многих исследований по изучению глухих детей из семей глухих и слышащих родителей указывают на более высокие темпы интеллектуального и социального развития глухих детей из семей глухих [3]; [10]; [19]; [21]; [24].

Сенсорный дефект мешает ребенку в нормальном общении со взрослыми, затрудняет контакты со слышащими сверстниками. Не дает возможности своевременно научиться принять точку зрения другого человека, понять его внутреннее состояние [14]. Работа с ребенком с нарушением слуха должна начинаться в раннем возрасте. Ему необходимо не только развитие в привычном понимании, но и развитие механизмов компенсирующих сенсорный дефект и помощь в формировании языка и речи, которую он должен получать не только в специальных коррекционных учреждениях, но и от своих родителей. Так же, как и у нормативно развивающихся детей, не менее важно эмоциональное общение с родителями и остальными окружающими его людьми: педагогами и сверстниками, так как они обеспечивают формирование самосознания, представлений об окружающем мире и взаимодействии людей.

Подробнее стоит остановиться на средствах общения, используемых глухими. К ним относятся дактилология, естественные жесты, домашний жестовый язык (homesign), официальный русский жестовый язык (РЖЯ).

Дактилология – своеобразная форма словесной речи, воспроизводящая написание слова посредством пальцев рук. Различные комбинации пальцев соответствуют буквам алфавита. При дактилологической речи точно

придерживаются правописания. При считывании с губ дактилология помогает воспринимать неуловимую глазом разницу между звонкими и глухими, твёрдыми и мягкими звуками. Дактилология значительно облегчает глухим овладение письменной и устной речью. Дактильная речь может быть усвоена глухими детьми в качестве первой речевой формы (до овладения устной и письменной формами речи).

Домашние жесты – семейная система жестового общения, т.е. условные жесты, которые создает не только сам ребенок, но и окружающие его взрослые. Несмотря на локальность, семейная жестовая система имеет большое значение для развития глухого ребенка, его коммуникативных способностей и мыслительной деятельности. Общение при помощи жестов — это еще и тренировка, в процессе которой накапливается опыт исполнения жестов и навыки их зрительного восприятия. Это способствует быстрому усвоению такими детьми официального жестового языка своей страны, когда они попадают в коллектив глухих, где жестовый язык является основным средством межличностного общения.

Естественные жесты – жесты, принятые и понятные во всём мире (например, «пока», «спать», «иди сюда» и т.п.). К ним можно также отнести изобразительные жесты, имитирующие очертания какого-либо предмета или исполнение какого-либо действия. Эти жесты не являются в строгом смысле элементами языка, так как «изобраются» в процессе ситуации общения, но не становятся устойчивыми символами одних и тех же предметов и явлений, то есть, не являются понятиями.

Официальный жестовый язык (в нашем случае – русский) – это система, состоящая из комбинаций **жестов**, каждый из которых производится руками в сочетании с **мимикой**, формой или движением рта и губ, а также в сочетании с положением корпуса тела. Жестовый язык представляет собой устойчивый набор понятий и систему правил для их использования (правильное исполнение жеста, особенности обозначения пространственных и временных отношений, идиомы и др.). Он объединяет глухих и слабослышащих в особое культурно-лингвистическое сообщество. Лингвистическое изучение жестового языка глухих позволило специалистам доказать, что жестовый язык обладает широким арсеналом средств выражения смыслов и отношений между смыслами. Лингвистические исследования показали, что жестовые языки глухих разных стран отличаются своеобразием лексики и грамматического строя [4].

Многообразие средств общения с глухими детьми дает возможность слышащим родителям общаться со своими глухими детьми на понятном им языке, что так важно для создания благополучной атмосферы в семье, установлению позитивных детско-родительских отношений и, как следствие, способствует гармоничному развитию ребенка.

Однако далеко не все глухие дети к началу школьного обучения (вследствие разных обстоятельств) овладевают разговорной и письменной речью настолько, чтобы понимать все обращения своих родителей, а родители не всегда готовы переориентироваться на доступные ребенку средства коммуникации. Но наши

предшествующие исследования показали, что зачастую это связано не с сознательными установками родителей. Важно отметить, что слышащие родители, столкнувшиеся с трудностями в обмене информацией со своими детьми, не всегда отдают себе отчет в этом в обычной жизни и в экспериментальной ситуации впервые осознают свою неуспешность — оказывается, ребенок может не понимать большую часть того, что до него хотят донести. Нами также было установлено, что глухие дети, свободно общающиеся со своими глухими родителями на жестовом языке, существенно опережают глухих детей из семей слышащих по уровню выполнения вербальных интеллектуальных заданий, предъявляемых на жестовом языке [15]; [16].

Таким образом, анализируя литературу по проблеме коммуникации с глухими детьми в семьях, можно сделать вывод, что общение в семье играет значительную роль в развитии личности ребенка, эмоциональной сферы, познавательных процессов, речи, социальных навыков. И по сравнению с нормативно развивающимися детьми у детей с нарушениями это взаимодействие носит несколько поверхностный характер, что может привести к некоторым вторичным проблемам развития.

В данном исследовании мы останавливаемся на изучении детско-родительского общения в семьях, воспитывающих глухих детей.

Изучение эффективности коммуникации глухих детей с родителями в экспериментальной ситуации

Цель исследования: изучение влияния способов детско-родительского общения на эффективность обмена информацией в диаде «ребенок-родитель».

Задачи исследования:

1. Описать особенности детско-родительского взаимодействия в условиях экспериментальной ситуации.
2. Оценить следующие параметры: время, потраченное на выполнение поставленной совместной задачи; средства общения, используемые ребенком и родителем.
3. Сравнить результаты, полученные в парах глухих детей и их родителей с результатами пар слышащих детей и их родителей.
4. Проанализировать зависимость результатов от используемых средств общения в группе глухих детей и их родителей.
5. Сравнить результаты в ситуациях: а) родитель дает ребенку инструкцию, ребенок выполняет; б) ребенок дает инструкцию, родитель выполняет.

6. Проанализировать связь успешности понимания обращения родителей и уровня интеллектуального развития детей.

Гипотезы:

1. В семьях, воспитывающих глухих детей, обмен информацией родителя с ребенком значительно затруднен, по сравнению с семьями, воспитывающими детей без нарушений слуха.
2. В разных семьях, воспитывающих глухих детей, эффективность обмена информацией родителя с ребенком может значительно различаться (большой разброс данных, чем в обычных семьях).
3. В семьях, использующих конвенциональные жесты русского жестового языка (РЖЯ), обмен информации более эффективен, чем в семьях, их не использующих.
4. В группе глухих детей и их родителей эффективность обмена информацией может зависеть от уровня интеллектуального развития детей.

Выборка. В исследовании принимали участие глухие и слышащие ученики первых классов московских школ и их родители.

Таблица. Характеристики выборки

Характеристики	Глухие дети	Дети без нарушения слуха
Кол-во человек	17	10
Пол	М-10, Ж-7	М-5, Ж-5
Возраст	7-9 лет	7-8 лет
Родители	Глухие родители – 5 чел. Слышащие родители – 13 чел.	Слышащие родители – 10 чел.

Процедура исследования

Исследование проводилось с помощью специально разработанной экспериментальной ситуации, предложенной нами в 2007 г. [15]; [16].

Экспериментальная ситуация включает две серии.

Процедура первой серии заключалась в следующем: перед ребенком на столе раскладывались различные канцелярские принадлежности (ручки, линейки, бумага, тетради, простые и цветные карандаши, ножницы, клей и др.). Психолог давал инструкцию ребенку: «Внимательно смотри, что объясняет мама. Сделай то, что она

просит очень быстро». Перед матерью ставилась задача объяснить ребенку два задания так, чтобы он понял как можно быстрее:

1. взять три карандаша – красный, синий и зеленый;
2. нарисовать красный круг, синий треугольник, зеленый квадрат.

На втором этапе перед родителем ставилась задача понять и выполнить просьбу ребенка. Ребенку демонстрировали картинку, на которой был изображен мешочек с предметами, находящимися как бы «внутри»: карандаш, конфета, мандарин, игрушечные машинка, коровка, мишка и слон. Психолог сообщал ребенку: «Посмотри на картинку, выбери, что тебе нравится (хочется). Попроси маму достать и дать тебе это. А еще что хочешь? А еще?». Так ребенок поочередно выбирает три предмета по картинке, а затем просит родителя достать эти три предмета из мешка. Родителю рисунок с изображениями предметов не демонстрировался, а давалась инструкция: «Внимательно смотрите, что попросит у вас ребенок. И как только поймете, чего он хочет, достаньте это предмет из мешочка. Старайтесь понять как можно быстрее».

Оценивались следующие параметры:

1. время выполнения задания;
2. средства общения (устная речь, дактилология, естественные жесты, homesign (домашние жесты), конвенциональные жесты, другие средства).

Для обработки результатов были использованы дисперсионный анализ и непараметрический критерий ранговых корреляций Спирмена–Кендалла в программах Microsoft Office Excel 2003 и Statistica 6.

Результаты

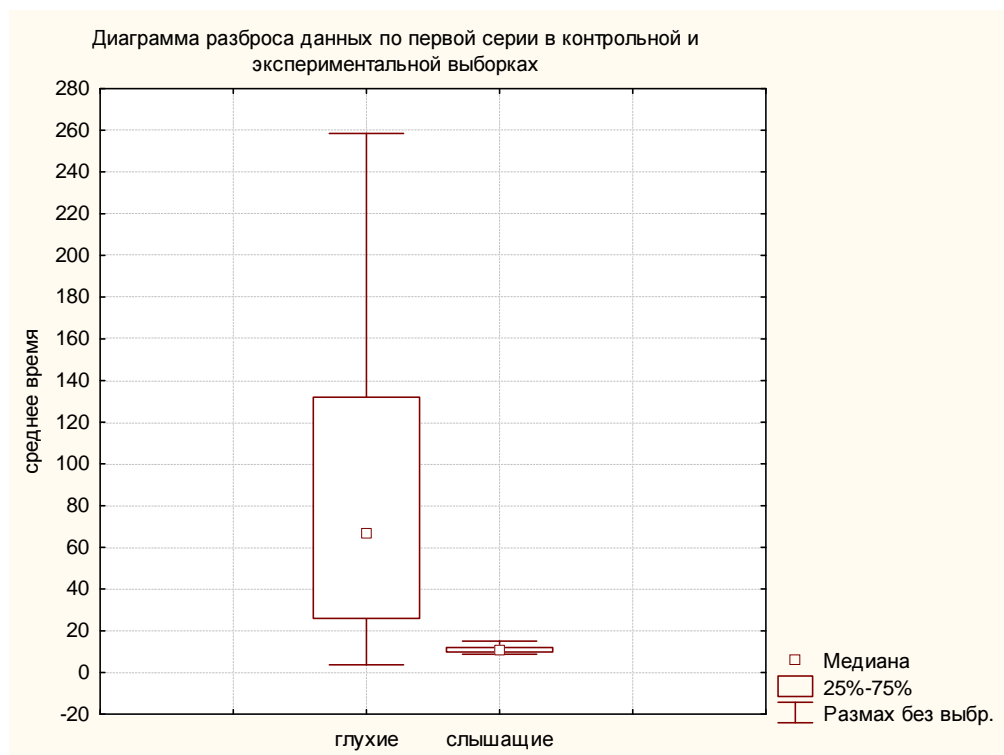
Чаще всего пары с глухим ребенком (12 из 17 родителей, 16 из 17 детей) использовали в экспериментальной ситуации устную речь и дактилологию (11 из 17 родителей, 12 из 17 детей), семеро родителей и четверо детей применяли естественные жесты, восемь родителей и двое детей – жесты РЖЯ, двое родителей и двое детей – другие средства общения (например, указывали на окружающие предметы, рисовали). Никто из родителей и детей не использовал домашние жесты (т.е. изобретенные в своей семье, но ставшие устойчивыми обозначениями, применяемыми в одних и тех же ситуациях).

Как правило, глухие дети в общении с глухим родителем демонстрировали лучшее понимание инструкций, которую давала им мать с помощью жестов РЖЯ и дактилологии, сами же они в качестве средства общения использовали устно-дактильную речь. Возможно, предпочтение словесной речи связано с желанием показать свои знания, так как этот способ общения поощряется как педагогами, так и семьей.

Среди пар со слышащими матерями выделялась одна пара, где мать использовала устную речь, а ребенок – устно-дактильный способ. Они показали очень высокий результат, значительно превысив показатели других пар в своей группе.

Дисперсионный анализ показал значимые различия между группами со слышащими и глухими детьми по времени выполнения заданий первой серии экспериментальной ситуации ($F(4,24)=7,56; p<0,01$). Среднее время выполнения задания первое серии в группе детей без нарушений слуха составило 11,18 с, минимальный результат – 8,74 с, максимальный – 15 с, стандартное отклонение – 1,88. В группе глухих детей средний результат – 103,36 с, минимальный результат – 3,7 с, максимальный – 394 с, стандартное отклонение – 105,15. Следует обратить внимание на то, что в группе глухих детей разброс результатов значительно больше, чем в группе детей без нарушений слуха (график 1).

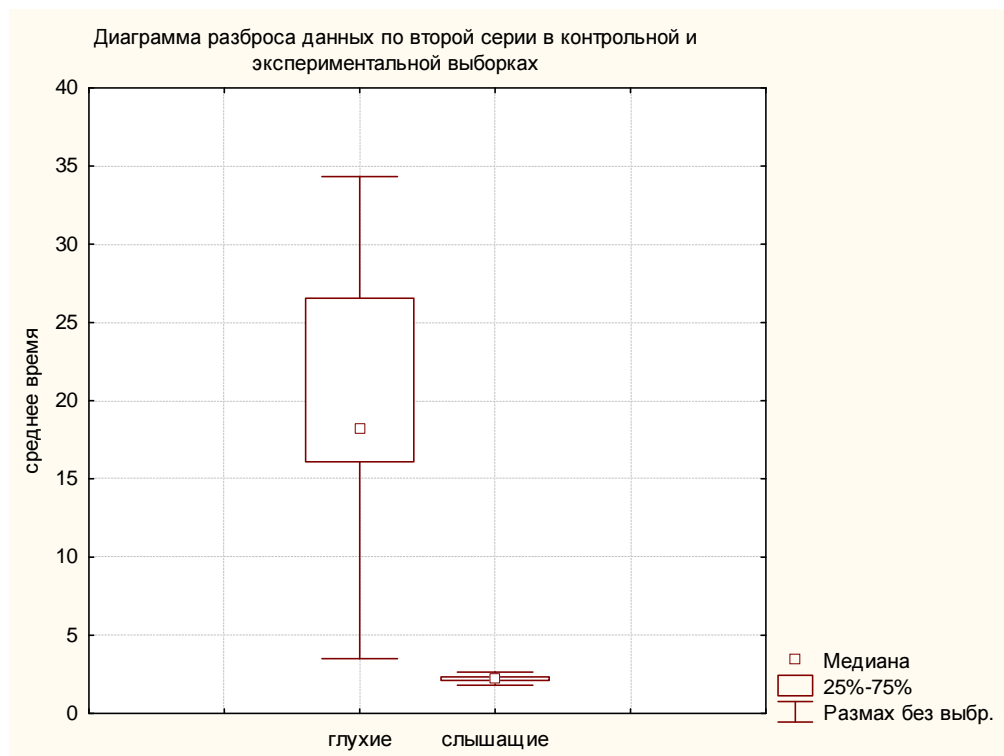
График 1



Задания второго этапа пары «слышащий родитель – слышащий ребенок» выполняли также значимо быстрее, чем пары с глухим ребенком ($F(4,24)=9,64; p<0,0047$). Среднее время выполнения задачи второй серии в парах с детьми без нарушения слуха составило 2,23 с, минимальный результат – 1,81 с, максимальный – 2,65 с, стандартное отклонение – 0,25. В парах с глухими детьми средний результат составил 27,65 с, минимальный – 3,52 с, максимальный – 110 с, стандартное отклонение – 25,66.

График 2 отображает разброс временных показателей в выполнении задач второй серии и наглядно демонстрирует, что разброс результатов в экспериментальной группе значительно шире, чем в контрольной.

График 2



Сравнение результатов первой и второй серий показало различие в эффективности передачи информации от родителя к ребенку и от ребенка к родителю ($F(4,15)=8,32$; $p<0,00696$). В первой серии, где ребенок принимал инструкцию от родителя, средний результат составил 103,36 с, минимальный результат – 3,7 с, максимальный – 394 с, стандартное отклонение – 105,15. Во второй серии, где перед родителем стояла задача правильно понять просьбу ребенка, средний результат составил 27,65 с, минимальный – 3,52 с, максимальный – 110 с, стандартное отклонение – 25,66. То есть родители понимали детей быстрее, чем дети родителей.

График 3 показывает различия по показателю «среднее время выполнения задачи» в первой и второй сериях исследования в парах с глухим ребенком.

График 3



В экспериментальной выборке все полученные результаты мы сочли возможным разделить на три группы, условно обозначив их как «лучшие результаты», «средние результаты» и «худшие результаты». В первой серии исследования эти группы получаются приблизительно равными по количеству участников, а во второй серии эксперимента – разными. Интересной оказалась связь результатов выполнения задания и средств общения, используемых для обмена информацией в парах.

В первой серии получилось 7 пар – лучшие результаты», 5 – средние результаты и 5 в – худшие результаты. В группе лучших результатов практически все участники использовали жесты РЖЯ (5 из 7) отдельно или в сочетании с дактилологией или устной речью. Именно в этой группе оказались глухие дети из семей глухих родителей. В группе худших результатов выполнения первой серии большинство участников пользовались смешанным способ общения, состоящим из устной речи, естественных жестов, дактилологии и других средств общения (например, рисование или указание на окружающее предметы), никто из них не использовал жесты РЖЯ. В группе со средними результатами некоторые участники использовали устную речь в сочетании с РЖЯ (2 из 5), другие – сочетании с дактилологией или/и с естественными жестами.

По результатам второй серии исследования в группу лучших результатов можно отнести только 2 пары участников, в группу средних – 14, а в группу худших результатов – 1 пару. Практически все участники исследования во второй серии

передавали сообщение родителям устно-дактильно (8 из 17), только устно – 4 из 17, еще 4 ребенка использовали устно-дактильный способ в сочетании с естественными жестами и РЖЯ или другими средствами передачи информации. Лишь один ребенок не пользовался устной речью вообще (использовал только жесты).

Корреляционный анализ показателей «среднее время выполнения задач» (по обеим сериям экспериментальной ситуации) и результатов детей по тесту Равена показал отсутствие связи интеллекта детей и эффективности обмена информацией в парах «родитель – глухой ребенок» (непараметрический критерий – ранговые корреляции Спирмена–Кендалла).

Обсуждение результатов

Результаты исследования показали наличие трудностей в обмене информацией между глухими детьми и их родителями, причем трудности характерны и в понимании ребенком обращения матери, и в понимании матерью обращения ребенка. Результат представляется ожидаемым и закономерным, если обратить внимание на то, что основным средством общения в парах была дактилология, сопровождаемая устной речью. Дактилология поэлементно (побуквенно) воспроизводит слова и по скорости значительно уступает устной речи. Да и само восприятие дактильной речи требует больших энергетических затрат, так как ребенку требуется дольше поддерживать внимание, анализировать каждую комбинацию пальцев. Объем словарного запаса детей также не всегда соответствует ожиданиям родителей, и последние не всегда уверены, что каждое использованное ими слово понятно ребенку. О значениях некоторых слов детям приходится догадываться по контексту ситуации.

Интересными представляются различия результатов первой и второй серии эксперимента. Выяснилось, что родители достоверно быстрее понимают своих детей. Это может быть обусловлено тем, что родители с самого раннего возраста учатся угадывать желания своего ребенка и, возможно, зачастую могут заранее предположить, какие предметы ребенок выберет из небольшого количества предложенных в мешочке. А результаты первой серии для родителей были неожиданными. Для некоторых из родителей стало откровением, что дети многие из их слов и просьб понимают очень медленно и в искаженном виде.

В семьях, воспитывающих глухих детей существует больший диапазон различий в эффективности обмена информацией, чем в семьях, воспитывающих детей без нарушений слуха, что подтверждает нашу вторую гипотезу. В обычных семьях различия очень незначительны, так как обусловлены лишь незначительными колебаниями в скорости реакции, а также скоростью и темпом речи. В семьях с глухими детьми различия связаны, скорее всего, с разницей выбора родителями специальных средств общения (самым эффективным оказался жестовый язык в случае передачи информации от родителя к ребенку), а также с уровнем владения ими членами семьи, так как лучшее взаимопонимание продемонстрировали пары, где и дети, и родители имеют нарушения слуха.

Во второй серии только двое детей старались общаться с родителями с помощью РЖЯ, причем это были дети слышащих родителей, и поэтому РЖЯ не способствовал повышению скорости выполнения задачи. Родители этих детей с трудом понимали их жесты, а сами (в первой серии) пользовались устно-дактильным способом общения, и результаты этих пар оказались в группах худших и средних.

Остальные дети, независимо от того, как слышат их родители, стремились показать свои знания и обращаться к родителям устно-дактильно. Мы объясняем это тем, что исследование проводилось в школе, где использование словесной речи поощряется, особенно в общении со взрослыми.

Последняя гипотеза исследования не подтвердилась, так как мы предполагали, что результаты коммуникативных задач, поставленных перед детьми и родителями, могут быть отчасти обусловлены уровнем интеллекта детей. Но статистический анализ показал отсутствие связи результатов с показателями теста интеллекта. Таким образом, мы предполагаем, что именно эффективность разных средств общения, а не сообразительность детей определяет скорость обмена информацией в семьях, воспитывающих глухих детей.

Следует отметить также, что в конце исследования с родителями проводилась беседа, объясняющая возникшие трудности. Ее целью было, прежде всего, снизить уровень напряжения матери и тревоги по поводу неожиданных сложностей в общении с ребенком. Каждая пара, независимо от результатов, получала одобрение и позитивную оценку экспериментаторов в связи с тем, что, в конце концов, непонимание в каждом случае было преодолено и удалось достигнуть поставленных задач. Многие матери просили рекомендаций по повышению эффективности общения, а также задавали вопрос, где можно выучить жестовый язык. И это можно считать положительным практическим результатом проведенной работы.

Выводы

1. В семьях, воспитывающих глухих детей, существуют значительные трудности обмена информацией между родителями и ребенком. В большей степени они проявляются в ситуациях, когда ребенку требуется понимать обращения родителя.
2. Трудности связаны с недостаточной эффективностью средств общения, которые в большинстве случаев применяют родители.
3. Наиболее эффективным способом общения, позволяющим усвоить информацию быстро, точно и полно, является русский жестовый язык, что подтверждается наилучшими показателями обмена информацией в парах, где и мать, и ребенок имеют нарушения слуха.
4. Таким образом, необходима психологическая работа по нормализации общения в семьях, воспитывающих глухих детей, и она может проходить не

только в традиционном направлении обучения детей словесной речи, но и с помощью обучения родителей жестовому языку.

Литература

1. *Абрамова Г.С.* Возрастная психология: Учебник для студентов вузов. М.: Академический Проект, 2001.
2. *Басилова Т.А., Моисеева И.В., Саприна Е.А., Хохлова А.Ю.* Особенности глухих учащихся современной специальной школы и факторы, влияющие на сохранность их психического здоровья. Психологическая наука и образование, 2010, №2
3. *Богданова Т.Г., Мазурова Н.В.* Влияние внутрисемейных отношений на развитие личности глухих младших школьников // Дефектология. 1998. №3. с. 40-44.
4. *Зайцева Г.Л.* Жестовая речь. Дактилология. М.: Владос, 2000. 192с.
5. *Кулагина И.Ю.* Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений/ И.Ю. Кулагина, В.Н. Колюцкий. М.:ТЦ Сфера, 2004. 464с.
6. *Лисина М.И.* Общение и его влияние на развитие психики дошкольника. М., 1974 г.
7. *Лисина, М. И.* Формирование личности ребенка в общении / Лисина М. И Психолого-педагогические проблемы становления личности и индивидуальности в детском возрасте: Сб. научн. тр. / Под ред. В.В. Давыдова, И.В.Дубровиной. М., 1980.
8. Обычные семьи, особые дети: [пер. с англ.] / Селигман М., Дарлинг Р. М.: Теревинф, 2007. 368 с.
9. *Палагина Н. Н.* Ребенок в раннем и дошкольном детстве/ Н. Н.Палагина, Л. В. Ахромеева. Фрунзе, 1982.
10. *Петшак В.* Исследование эмоциональных отношений глухих школьников к членам семьи. // Дефектология. - 1991.- № 1. – с. 18-24.
11. Психология детей дошкольного возраста/ под ред. А.В Запорожца, Д.Б. Эльконина. М.,1964.
12. Психология / Под ред. А.А. Крылова. М.: Проспект, 1999. 584с. с.245

13. Развитие общения у дошкольников/ под ред. А.В. Запорожца, М.И. Лисиной. М.,1964.
14. Специальная психология / Под ред. В.И. Лубовского. М. Академия 2003
15. Хохлова А.Ю. Изучение особенностей детско-родительского взаимодействия в семьях глухих и слышащих родителей, воспитывающих глухих детей. Дефектология. 2007. № 3. с. 40-48.
16. Хохлова А.Ю. Эффективность детско-родительского общения и интеллектуальное развитие глухих детей. Культурно-историческая психология. 2008. №3. с. 86-91.
17. Desselle D.D. Self-esteem, family climate, and communication patterns in relation to deafness // Volume 139 – 1994 № 3
18. Marshark M. Psychological Development of Deaf Children. New York, Oxford University Press, 1993.
19. Meadow K. Early Manual Communication in Relation to the Deaf Child's Intellectual, Social and Communicative Functioning // The Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 2005. Vol. 10. № 4.
20. Peterson C. Development of social-cognitive and communication skills in children born deaf // Scandinavian Journal of Psychology. 2009. 50. 475 – 483.
21. Peterson C., Wellman H., Liu D. Steps in Theory-of-Mind Development for Children With Deafness or Autism // Child Development. 2005. Vol. 76. № 2.
22. Schlesinger H. & Meadow K. P. Sound and Sign. Childhood deafness & Mental Health. University of California Press, Berkeley, 1972.
23. Stevenson J., McCann D., Watkin P., Worsfold S., Kennedy C. The relationship between language development and behavior problems in children with hearing loss // Journal of Child Psychology and Psychiatry 51:1 (2010), pp 77–83
24. Sullivan P., Schutle L. Factor Analysis of WISC-R with Deaf and Hard-of-Hearing Children // Psychological Assessment. 1992. Vol. 4. № 4

Child-Parent Interactions in Families Raising Children with Hearing Impairment

Nikitina Yu.V.,

head of education laboratory, Pirogov Russian National, Research Medical University, Moscow, Russia, julechka2209@mail.ru

Khokhlova A.Yu.,

Ph.D., educational psychologist, Special school for deaf children, docent of Special Psychology and Rehabilitology chair, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia ehalina2@yahoo.com

Article reveals communication (information exchange) between parents and their deaf children. The effectiveness of information exchange in different communication means between parents and children having hearing loss was investigated. Effectiveness here is an opportunity of fast understanding of the information given by one participant to another. Special experimental situation was constructed to measure the effectiveness. This situation was divided in two parts: at first parent was giving instructions to the child, then – child was giving instructions to the parent. The time that was needed to follow the instructions was measured, and communication means were registered. 17 deaf children and their mothers participated in the study. 5 of those mothers also have hearing impairment and do know sign language. Control group was represented by 10 regular developing children and their parents. Experimental results allows us to make the conclusion that there are significant difficulties in information exchange between parent and child in families raising deaf children. These difficulties are more shown in situations when children have to understand parents' instructions and are the result of not very efficient communication means that parents use in several cases. The most efficient communication means that allow receiving information faster, accurately and fully is Russian sign language. That is shown by the best results of information exchange in pairs of mother and child both having hearing loss.

Keywords: deaf children, child-parent interaction, communication, Russian sign language, special means of communication.

Literature

1. *Abramova G.S. Vozrastnaya psihologiya: Uchebnik dlya studentov vuzov. M.: Akademicheskii Proekt, 2001.*

2. *Basilova T.A., Moiseeva I.V., Saprina E.A., Hohlova A.Yu.* Osobennosti gluhih uchashihsya sovremennoi special'noi shkoly i faktory, vliyayuschie na sohrannost' ih psihicheskogo zdorov'ya. *Psihologicheskaya nauka i obrazovanie*, 2010, №2
3. *Bogdanova T.G., Mazurova N.V.* Vliyanie vnutrisemeinyh otnoshenii na razvitie lichnosti gluhih mladshih shkol'nikov // *Defektologiya*. 1998. №3. s. 40-44.
4. *Zaiceva G.L.* Jestovaya rech'. *Daktilologiya*. M.: Vldos, 2000. 192s.
5. *Kulagina I.Yu.* Vozrastnaya psihologiya: Polnyi jiznennyi cikl razvitiya cheloveka. Uchebnoe posobie dlya studentov vysshih uchebnyh zavedenii/ I.Yu. Kulagina, V.N. Kolyuckii. M.:TC Sfera, 2004. 464s.
6. *Lisina M.I.* Obschenie i ego vliyanie na razvitie psihiki doshkol'nika. M., 1974 g.
7. *Lisina M.I.* Formirovanie lichnosti rebenka v obschenii / Lisina M. I Psihologo-pedagogicheskie problemy stanovleniya lichnosti i individual'nosti v detskom vozraste: Sb. nauchn. tr. / Pod red. V.V. Davydova, I.V.Dubrovinoi. M., 1980.
8. *Obychnye sem'i, osobyete deti: [per. s angl.] / Seligman M., Darling R. M.: Terevinf, 2007. 368 s.*
9. *Palagina N.N.* Rebenok v rannem i doshkol'nom detstve/ N. N.Palagina, L. V. Ahromeeva. Frunze, 1982.
10. *Petshak V.* Issledovanie emocional'nyh otnoshenii gluhih shkol'nikov k chlenam sem'i. // *Defektologiya*. - 1991.- № 1. – s. 18-24.
11. *Psihologiya detei doshkol'nogo vozrasta/ pod red. A.V Zaporojca., D.B. El'konina. M.,1964.*
12. *Psihologiya / Pod red. A.A. Krylova. M.: Prospekt, 1999. 584s. s.245*
13. *Razvitie obscheniya u doshkol'nikov/ pod red. A.V. Zaporojca, M.I. Lisinoi. M.,1964.*
14. *Special'naya psihologiya / Pod red. V.I. Lubovskogo. M. Akademiya 2003*
15. *Hohlova A.Yu.* Izuchenie osobennostei detsko-roditel'skogo vzaimodeistviya v sem'yah gluhih i slyshaschih roditelei, vospityvayuschie gluhih detei. *Defektologiya*. 2007. № 3. s. 40-48.
16. *Hohlova A.Yu.* Effektivnost' detsko-roditel'skogo obscheniya i intellektual'noe razvitie gluhih detei. *Kul'turno-istoricheskaya psihologiya*. 2008. №3. s. 86-91.
17. *Desselle D.D.* Self-esteem, family climate, and communication patterns in relation to deafness // *Volume 139 – 1994 № 3*

18. *Marshark M.* Psychological Development of Deaf Children. New York, Oxford University Press, 1993.
19. *Meadow K.* Early Manual Communication in Relation to the Deaf Child's Intellectual, Social and Communicative Functioning // The Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 2005. Vol. 10. № 4.
20. *Peterson C.* Development of social-cognitive and communication skills in children born deaf // Scandinavian Journal of Psychology. 2009. 50. 475 – 483.
21. *Peterson C., Wellman H., Liu D.* Steps in Theory-of-Mind Development for Children With Deafness or Autism // Child Development. 2005. Vol. 76. № 2.
22. *Schlesinger H. & Meadow K.P.* Sound and Sign. Childhood deafness & Mental Health. University of California Press, Berkeley, 1972.
23. *Stevenson J., McCann D., Watkin P., Worsfold S., Kennedy C.* The relationship between language development and behavior problems in children with hearing loss // Journal of Child Psychology and Psychiatry 51:1 (2010), pp 77–83
24. *Sullivan R., Schutle L.* Factor Analysis of WISC-R with Deaf and Hard-of-Hearing Children // Psychological Assessment. 1992. Vol. 4. № 4

Субъективные параметры оценки больничной среды и их влияние на психологическое благополучие пациентов

Агаларова К. Н.,

*помощник депутата ГД ФС РФ, Государственная дума Федерального собрания
Российской Федерации, Москва, Россия, Carina-light@yandex.ru*

Статья посвящена изучению взаимоотношений, созданных между человеком и пространством, его окружающим, а именно между пациентом и больничной средой. В статье дается небольшой экскурс в историю вопроса. Проведенное в ряде медицинских учреждений исследование направлено на изучение влияния факторов больничной среды на психологическое состояние пациентов и их выздоровление, а также на изучение паттернов поведения человека, пребывающего в больнице. При грамотном подходе к лечению пациентов играют роль не только квалификация врачей, качество медоборудования, новизна медтехнологий и назначаемых пациентам лекарственных препаратов, но и условия больничной среды, в которых проходит лечение пациент, а также доверительные взаимоотношения между пациентом и лечащим врачом. Тема малоизучена, особенно в российской медицине, изучение ее послужит рекомендательной базой для более эффективного подхода к лечению больных, для создания благоприятных больничных условий. Рассматриваемая тема носит междисциплинарный характер. Преимущественно она относится к предмету изучения средовой психологии, также находится на стыке персоналогии, психологии здоровья и реабилитационной психологии.

Ключевые слова: личность, больничная среда, благополучие, пациент, больной, выздоровление, излечение, безопасность, доверие, средовое поведение, персонализация пространства, обживание.

Для цитаты:

Агаларова К. Н. Субъективные параметры оценки больничной среды и их влияние на психологическое благополучие пациентов [Электронный ресурс] //Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. №2. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Agalarova.shtml> (дата обращения: дд.мм.гггг)

For citation:

Agalarova K. N. Subjective Factors of the Hospital Environment and Their Influence on Psychological Well-being of Patients [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia], 2015, vol. 4, no. 2. Available at:

<http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Agalarova.shtml> (Accessed dd.mm.yyyy). (In Russ., Abstr. in Engl.)

Введение

Главной задачей любого медицинского учреждения является в первую очередь улучшение и поддержание здоровья пациентов. Оказываемая населению медицинская помощь должна быть доступной и качественной. Повышению качества медицинской помощи способствует укрепление материально-технической базы больницы путем приобретения и своевременного ремонта медицинского оборудования, а также повышение квалификации медицинского персонала путем прохождения непрерывного медицинского образования [7]. При этом недостаточно уделено внимание психологическому состоянию пациентов. Учитывая слабое освещение данного вопроса в отечественной психологии, мы провели исследование восприятия больничной среды пациентами и связи между дружелюбностью этой среды и их психологическим благополучием [1].

История проблемы

В 19 веке в Англии медсестра-волонтер Флоренс Найтингейл (Florence Nightingale, 1820-1910), исследуя престарелых людей в больничной среде, пришла к выводу, что у престарелых пациентов есть потребность в естественном солнечном свете, красивом виде, хорошей вентиляции больничных помещений и эстетических впечатлениях, таких как цветы у кровати. Найтингейл заключила, что такие чувственные впечатления важны для того, чтобы помочь пациенту скорее оправиться от болезни. Она настаивала на важности эстетических эмоциональных переживаниях пациентов во время госпитализации [15].

В Дании Ц. Тиммерман (C. Timmermann), Л. Уренфилд (L. Uhrenfeldt), Р. Биркелунд (R. Birkelund) исследовали влияние больничной среды, а именно архитектуры, оформления, интерьера на выраженность положительных чувственных впечатлений раковых больных в их психологическом состоянии и, соответственно, выздоровлении. Были выявлены две основные темы: сохранение идентичности и позитивные мысли и чувства пациентов. Участники эксперимента выяснили, что положительные переживания в условиях стационара оказали существенное влияние на их настроение, формируя позитивные мысли и чувства. Вид на природу также помогает им забыть о своих негативных мыслях на некоторое время. У некоторых пациентов возможность выходить на природу (в парковую зону больницы) способствовала воссоединению с приятными воспоминаниями и историями из их жизни, восстанавливая их чувство целостности. Авторы исследования пришли к заключению, что больничные условия, максимально приближенные к домашним, а также вид на природу способствуют сохранению личностной целостности и психологическому благополучию пациентов. Кроме того, положительные сенсорные впечатления и возможность отдохнуть на природе, благодаря парковой прибольничной зоне, укрепляют позитивные мысли и чувства пациентов [17].

Другие зарубежные исследователи, К. Хаммерстон и А. Бьерндал (Hammerstrøm & Bjørndal), Р. Улрик (R. Ulrich), Френдсен (Frandsen), продолжили эту линию и выявили, что положительные эстетические переживания пациентов способствуют снижению длительности пребывания пациента в стационаре, что говорит о более быстром выздоровлении [13].

Исследования, проведенные в других странах, также признают взаимосвязь между людьми и окружающей их средой.

О важности солнечного света писали Р. Улрик (R. Ulrich), К. Бьюкемин и П. Хейс (Beauchemin&Hays). Улрик (Ulrich) показал, что доступ к солнечному свету через окно связан с более коротким пребыванием пациентов в больнице после операции. Кроме того, Бьюкемин и Хейс (Beauchemin&Hays) выяснили, что пациенты отделения кардиологии и интенсивной терапии, помещенные в палаты, расположенные южнее, были госпитализированы на значительно более короткий период, чем пациенты, находящиеся в палатах, обращенных к северу [8]; [19].

Существующие исследования также показали, что поступающий через окна в больничные помещения солнечный свет, просмотр фильмов, содержащих виды природы, а также картины с видом на природу влияют на ощущение боли и стресса пациентов, связанных с самой болезнью и пребыванием в больнице [10]; [18]; [20]; [22].

Д. Эдвардсон (D. Edvardson) с коллегами показали, что госпитализированные пациенты придают значение следующим факторам больничной среды: уютной обстановке, направленной на выздоровление; знакомой и спокойной окружающей обстановке; возможности поддерживать отношения с другими людьми во время госпитализации. Выяснилось, что больничная среда является символическим выражением таких экзистенциальных понятий как смерть, опасность, стыд и позор, а также забота или ее отсутствие. Не менее важным является баланс между вовлечением пациента в круговорот больничной среды, лечения и возможностью уединиться [11]; [12].

К. Мартинсен (K. Martinsen) предполагает, что больничные палаты с различными вариациями формы, цвета и интерьера вносят значимый вклад в ощущение безопасности и влияют на психологическое состояние пациентов [14]; [15].

Такой подход основан на понимании, что тело накапливает все чувственные переживания от окружающей среды и что это приводит либо к укреплению психологического благополучия человека, либо, наоборот, к возникновению его внутреннего дискомфорта. Именно поэтому очень важно уделять внимание окружающей больничной среде: она действительно влияет на психологическое благополучие и на выздоровление пациента, между комфортом внешним и внутренним существует связь [9].

Отечественные психологи также проявили активный интерес к изучению круга проблем, составляющих предмет психологии среды. Работы В. А. Лабунской, В. С. Мухиной, С. К. Нартовой-Бочавер, М. В. Осориной, В. И. Панова, В. Р. Пилипенко, В. А. Ясвина и др. демонстрируют большое прикладное значение средовых исследований. В работах С. К. Нартовой-Бочавер раскрываются основные понятия и механизмы процесса взаимодействия человека и среды, рассматриваются возможности физической среды, ее важнейшая роль в поддержании психологического благополучия человека [5]; [6].

Таким образом, имеющиеся исследования демонстрируют, что окружающая больничная среда оказывает существенное влияние на пациентов сложными и разнообразными способами, изучение которых послужило предметом рассмотрения в настоящей статье.

Процедура исследования

В исследовании, проведенном в июле 2014 года и направленном на изучение условий больничной среды и их влияния на психологическое благополучие пациентов в больнице, приняли участие 65 испытуемых – пациентов московских городских больниц (37 женщин и 28 мужчин, возраст 25-55 лет).

В исследовании были применены следующие методы: наблюдение, вербально-коммуникативный метод (интервью) (*Приложение 1*), эссе (*Приложение 2*), методика на определение субъективного благополучия [3] (*Приложение 3*).

Данные были обработаны с помощью корреляционного анализа, качественного анализа, а также феноменологически.

В результате исследования было получено эмпирическое определение психологического благополучия пациентов, которое включает их душевное равновесие, ощущение защищенности и комфорта. Чтобы обеспечить условия для своего психологического благополучия, человек воздействует на внешние обстоятельства жизни, обживая, персонализируя больничное пространство. В рамках больничной среды обживание больничного пространства является защитным механизмом, который призван обезболить негативные эмоции и, в первую очередь, страх, появляющийся в результате вынужденности нахождения человека в непривычной, незнакомой среде. Таким образом, ранее новая для человека больничная среда в результате ее обживания становится приближенной к привычной, домашней, более комфортной. Объективные действия, связанные с наполнением окружающей среды личными вещами, обладают символическим смыслом для пациента [2]. Учитывая деиндивидуализирующие условия больничной среды, персонализация пространства способствует сохранению и поддержанию личностной целостности пациента, его психологической самобытности [4]; [5]; [6].

Результаты и их обсуждение

Проанализировав данные, полученные из анализа эссе, мы обнаружили, что в больничной среде пациенты выделяют три составляющие: физическую, социальную и психологическую. Под физической понимается качество ремонта, интерьер, мебель, медицинское оборудование, медицинские технологии, степень чистоты и стерильности в помещениях, организованный в больнице порядок, обеспечение безопасности от посторонних потенциально опасных людей, прибольничная инфраструктура (наличие тренажерного зала, бассейна, парковой зоны и пр.); под социальной – компетентность врачей и медперсонала и их внимательное отношение к пациентам, выстроенное на доверии общение в диаде «пациент-врач», информированность пациента о его состоянии здоровья и проводимом лечении, уважительные взаимоотношения с соседями по палате, доступность общения с родственниками; под психологической – психологический комфорт/дискомфорт от нахождения в больнице, внутреннее принятие/непринятие больничных условий, настроенность на выздоровление.

Условия вынужденности попадания в больницу, физическое недомогание вызывают у человека стрессовое состояние: 51 человек из 65 опрошенных подтвердили это. Лишь 14 человек ответили, что, находясь в больнице, они могут «отдохнуть от рутины дел», «передохнуть», «подумать о себе». Нахождение в больнице дает возможность «уединиться», «отдохнуть от домочадцев». Такие ответы давали женщины в возрасте 28-35 лет.

На вопрос, может ли больничная обстановка способствовать выздоровлению, все испытуемые ответили, что может, если в больнице создана обстановка комфортная, благоприятная.

Главными стрессами человека, попавшего в больницу, пациенты назвали: вынужденность находиться в незнакомом, непривычном месте, страх за свою жизнь, страх перед процедурами, страх боли, невозможность повлиять на ситуацию, ограничения в передвижении, в питание, больничный режим, проблема личной гигиены, недоверие медперсоналу, недружелюбный, грубый медперсонал, одиночество, отсутствие близких людей рядом, нахождение вдали от дома, скука, вынужденность находиться с посторонними, чужими людьми в палате, изоляция социальная и информационная, нахождение в окружении больных людей, неприглядный вид перед знакомыми, отсутствие приватности и пр.

Раздражение у пациентов вызывают: отсутствие врачей в выходные дни, режим, невкусная еда, очереди к врачам, наличие других пациентов, суета посетителей, нечистоплотность, беспомощность, бессилие самостоятельно справиться с болезнью, непроинформированность о плане лечения и т.д.

Позитивными сторонами нахождения в больнице испытуемые назвали помимо самого лечения и дальнейшего выздоровления: возможность уединиться, пересмотреть свою жизнь, возможность познакомиться с новыми людьми и завязать новые знакомства, почувствовать заботу и любовь близких, возможность своевременной помощи, смена обстановки и пр.

Больница ассоциируется у пациентов с тюрьмой, лагерем, санаторием, домом отдыха, храмом, монастырем, «лечебной клеткой», «временным убежищем от проблем», изоляцией, режимом, белыми пустыми стенами, процедурами, однообразием, безысходностью, грустью, помощью, надеждой, взятками. Больницу находят, с одной стороны, тревожной, задерживающей, неудобной, неприятно пахнущей, шумной, замкнутой, угнетающей, равнодушной, безличной, скучной, холодной; а, с другой – чистой, благотворной, спокойной, помогающей, лечащей.

В ходе интервью испытуемыми были отмечены критерии, которые определяют уровень психологического благополучия: качество оказываемого им лечения, доверие лечащему врачу; комфортная, дружеская обстановка в палате; больничные условия, приближенные к домашним.

Проанализировав ответы интервью, мы получили, что довольными больничными условиями были 35 пациентов, доверяют лечащим врачам и медперсоналу 36 человек, устанавливают дружеские взаимоотношения с другими пациентами 53 человека, ощущают себя психологически (субъективно) благополучными 32 человека (таблица 1).

Таблица 1. Средние значения ответов испытуемых

	Переменные				
Средние ответы испытуе мых	Удовлетворе нность больничным и условиями	Доверие к медперсо налу	Персонализ ация пространст ва	Дружеские взаимоотно шения с другими пациентами	Психологич еское благополуч ие
Да	35	36	35	53	32
Нет	30	29	30	12	33
Ср.балл	5,88	5,86	5,05		5,07

Попытка найти взаимосвязь между переменными – персонализацией пространства и психологическим благополучием, удовлетворением больничными условиями и психологическим благополучием, доверием к медперсоналу и психологическим благополучием – привела к следующим результатам (таблица 2).

Таблица 2. Связь между параметрами больничной среды и переживанием благополучия

п/п	Переменные	Коэффициент корреляции (уровень значимости 0,05)

1	Удовлетворенность больничными условиями – Психологическое благополучие	0,91
2	Доверие – Психологическое благополучие	0,67
3	Персонализация пространства – Психологическое благополучие	0,43

Высокие показатели корреляции свидетельствуют о высокой взаимосвязи между удовлетворением больничными условиями и психологическим благополучием пациента, а также между доверием к медперсоналу и психологическим благополучием. Таким образом, оба фактора – физические условия и доверие к медперсоналу – влияют на психологическое состояние пациента и формируют его. Меньшая по значению взаимосвязь наблюдается между обживанием больничного пространства и психологическим состоянием.

Выводы

Итак, проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что больничная среда может рассматриваться как физическая среда, обладающая видимыми и измеряемыми характеристиками, и как особая социальная среда, в которой осуществляется взаимодействие, в первую очередь, с лечащим врачом, медперсоналом и другими пациентами. Оба фактора могут влиять на состояние пациента и на ход его лечения как положительно, способствовать выздоровлению, так и отрицательно, препятствовать этому. А в свете новых условий работы и оплаты труда в отечественной медицинской практике наблюдается формальное, объектное отношение медперсонала к пациентам: врачи самостоятельно принимают решения о ходе лечения, не всегда информируют пациентов об их состоянии здоровья. Подобное отношение вызывает у пациента чувство недоверия к медперсоналу и ухудшает психологическое состояние.

Таким образом, больничная среда становится важным фактором в лечении пациента, оказывая влияние на его ход. В то же время пациент как субъект влияет на больничную среду, внося в нее изменения посредством ее обживания. Между пациентом и больничной средой складываются тесные субъект-субъектные отношения, нуждающиеся в дальнейшем, более глубоком их исследовании как с терминологической точки зрения, так и с методологической.

Литература

1. Агаларова К.Н. Больничная среда как фактор выздоровления пациентов // Актуальные проблемы психологического знания: теоретические и практические проблемы психологии. Москва, 2014. №2(31).

2. *Валединская О.Р., Нартова-Бочавер С.К.* Личное пространство человека и возможности его «измерения» // Психология зрелости и старения. 2002. № 2. С. 66-77.
3. Методика на определение субъективного благополучия. Диссертационная работа Пучковой Е.Г. “Благополучие как фактор самоактуализации личности”, 2003 г. Шкала субъективного благополучия / Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. - М., Изд-во Института Психотерапии. 2002. С.467-470. Интернет-ресурс: <http://vsetesti.ru/202/>
4. *Нартова-Бочавер С.К.* Психологическая суверенность личности: генезис и проявления. Диссертация соискание ученой степени доктора психологических наук. М., 2005.
5. *Нартова-Бочавер С.К., Потапова А.В.* Введение в психологию развития. Учебное пособие / М., Флинта-МПСИ. 2011.
6. *Нартова-Бочавер С.К.* Теория приватности как направление зарубежной психологии // Психологический журнал. 2006. Т. 27. № 5. С. 28-39.
7. *Скворцова В.И.* Доклад об отчете Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2014 год в Государственной Думе ФС РФ: <http://transcript.duma.gov.ru/node/4235/>
8. *Beauchemin K. & Hays P.* (1998) Dying in the dark: sunshine, gender and outcomes in myocardial infarction. *Journal of the Royal Society of Medicine* 91, 352–354.
9. *Cold B.* (2008) The room’s esthetic character. Chapter 1. In: *Health in Space and Time* (eds Gjengedal E., Schiøtz A. & Blystad A.), pp. 19–39. Cappelen kademiske Forlag, Bergen, Norway.
10. *Diette G., Lechtzin N., Haponik E., Devrotes A. & Rubin H.* (2003) Distraction therapy with nature sights and sounds reduces pain during flexible bronchoscopy – a complementary approach to routine analgesia. *Chest* 123, 941–948.
11. *Edvardson D., Sandman P. & Rasmussen B.* (2005) Sensing an atmosphere of ease: a tentative theory of supportive care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19, 344–353.
12. *Edvardson D., Sandman P. & Rasmussen B.* (2006) Caring or uncaring – meanings of being in an oncology environment. *Journal of Advanced Nursing* 55, 188– 197.
13. *Hammerstrøm K. & Bjørndal A.* (2007) Architecture and design for quality of life and health. An orientation of the present research. No. 20, Kunnskapssenteret.

14. *Martinsen K.* (2001) The house and the song, tears and shame. Chapter 7. In: *Shame – Perspectives on Shame, Pride and Shamelessness of the Modern* (ed. Wyller T.), pp. 167–190. Fagbokforlaget, ergen, Norway.
15. *Martinsen K.* (2005) Staying at the hospital and experience architecture. Chapter 7. In: *Architecture, Body and Learning* (ed. Larsen K.), pp. 131–157. ans Reitzels forlag, København, Denmark.
16. *Nightingale F.* (1859/1992) *Notes on Nursing – What Is and What Is Not.* Harrison and Sons, London, UK.
17. *Timmermann C., Uhrenfeldt L., Birkelund R.* Cancer patients and positive sensory impressions in the hospital environment – a qualitative interview study// *European Journal of Cancer Care*, 2013. №22, 117–124.
18. *Tse M., Chung J. & Wong T.* (2002) The effect of visual stimuli on pain threshold and tolerance. *Journal of Clinical Nursing* 11, 462–469.
19. *Ulrich R.* (1984) View through a window may influence recovery from surgery. *Science* 224, 420–421.
20. *Ulrich R., Simons R. & Miles M.* (2003) Effects of environmental simulations and television on blood donor stress. *Journal of Architectural and Planning Research* 20, 38–47.
21. *Ulrich R., Zimring C., Zhu X., DuBose J., Seo H. & Choi Y.* (2008) A review of the research literature on evidence based healthcare design. *HERD* 1, 61–125.
22. *Walch J., Rabin B., Day R., Williams J., Choi K. & Kang J.* (2005) The effect of sunlight on post-operative analgesic medication usage: a prospective study of patients undergoing spinal surgery. *Psychosomatic Medicine* 67, 156–163.

Приложение 1

Интервью

Разработано автором исследования.

Выбор больницы

1. Вы сами выбрали больницу, в которой находитесь?

Если да, по каким критериям выбирали больницу? Ваши ожидания оправдались?

2. Удовлетворены ли вы условиями больницы?

Укажите, пожалуйста, на шкале, в какой мере вы удовлетворены больничными условиями, если 1 – не удовлетворен вообще, 10 – полностью удовлетворен (испытуемым предъясняется бланк; на бланке отмечена шкала от 1 до 10).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Персонализация

3. Обживаете ли вы больничную палату, больничную территорию?
Укажите, пожалуйста, на шкале, в какой мере вы обживаете пространство, если 1 – не обживаю вообще, 10 – полностью обживаю пространство (испытуемым предъявляется бланк; на бланке отмечена шкала от 1 до 10).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Что вы делаете для обживания?

5. Во время обживания больничной территории чувствуете ли вы себя лучше?

Социальная среда

6. Общаетесь ли вы с соседями по палате? Складываются ли у вас дружеские отношения с ними?

Безопасность

7. Как вы понимаете безопасность больницы? И какие критерии вы относите к безопасности?

8. Ощущаете ли вы себя в безопасности, находясь в этой больнице?

9. Доверяете ли вы лечащему врачу? Медсестрам?

Укажите, пожалуйста, на шкале, в какой мере вы доверяете врачам и медсестрам в больнице, если 1 – не доверяю вообще, 10 – полностью доверяю (испытуемым предъявляется бланк; на бланке отмечена шкала от 1 до 10).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Приложение 2

Эссе

1	Что люди могут делать в больнице?	
2	Что такое хорошая больница?	
3	Может ли больничная обстановка способствовать выздоровлению взрослого пациента? Ребенка?	
4	Каковы самые главные стрессы человека, попавшего в больницу?	
5	Что вызывает его раздражение?	
6	Каковы позитивные стороны пребывания в больнице?	
7	С чем бы вы сравнили больницу?	
8	Подберите 10 определений, описывающих больницу.	

Приложение 3

Методика на определение субъективного благополучия

Инструкция. Укажите, пожалуйста, в какой мере вы согласны или не согласны с приведенными ниже высказываниями, используя для этого следующую шкалу.

- 1 - полностью согласен;
2 - согласен;
3 - более или менее согласен;
4 - затрудняюсь ответить;
5 - более или менее не согласен;
6 - не согласен;
7 - полностью не согласен.

п/п	Вопросы	Варианты ответов						
		1	2	3	4	5	6	7
1	В последнее время я был в хорошем настроении.	1	2	3	4	5	6	7
2	Моя работа давит на меня.	1	2	3	4	5	6	7
3	Если у меня есть проблемы, я могу обратиться к кому-нибудь.	1	2	3	4	5	6	7
4	В последнее время я хорошо сплю.	1	2	3	4	5	6	7
5	Я редко скучаю в процессе своей повседневной деятельности.	1	2	3	4	5	6	7
6	Я часто чувствую себя одиноким.	1	2	3	4	5	6	7
7	Я чувствую себя здоровым и бодрым.	1	2	3	4	5	6	7
8	Я испытываю большое удовольствие, находясь вместе с семьей или друзьями.	1	2	3	4	5	6	7
9	Иногда я становлюсь беспокойным по неизвестной причине.	1	2	3	4	5	6	7
10	Утром мне трудно вставать и работать.	1	2	3	4	5	6	7
11	Я смотрю в будущее с оптимизмом.	1	2	3	4	5	6	7
12	Я охотно меньше просил бы других о чем-либо.	1	2	3	4	5	6	7
13	Мне нравится моя повседневная деятельность.	1	2	3	4	5	6	7
14	В последнее время я чрезмерно реагирую на незначительные препятствия и неудачи.	1	2	3	4	5	6	7
15	В последнее время я чувствую себя в прекрасной форме.	1	2	3	4	5	6	7
16	Я все больше ощущаю потребность в уединении.	1	2	3	4	5	6	7
17	В последнее время я был очень рассеян.	1	2	3	4	5	6	7

Subjective Factors of the Hospital Environment and Their Influence on Psychological Well-being of Patients

Agalarova K. N.,

The assistant of the member of Parliament, The Federal Assembly – Parliament of the Russian Federation, Moscow, Russia, Carina-light@yandex.ru

The article is devoted to the study of the relationship between man and the space around him, namely between the patient and hospital environment. The article gives a little insight into the history of the issue. The study held in a number of hospitals explored the influence of hospital environment on the psychological state of patients and their recovery, as well as the searching of behavior patterns of patients staying in the hospital. There are several main factors in the right treatment: the doctor's qualification, quality of medical equipment, novelty of medical technology and medicines prescribed to patients but also the conditions of the hospital environment and trusting relationship between patient and doctor as well. This theme is insufficiently explored especially in Russian medicine. Its studying will serve as a referral base for a more effective treatment of patients, and also for a creating a conducive hospital environment. This theme is interdisciplinary in nature. Mainly it refers to the subject of environmental psychology, also located at the junction of personality, health psychology and rehabilitation psychology.

Keywords: personality, hospital environment, well-being, patient, recovery, medical treatment, outcome, safety, trust, environmental behavior, space personalization, anxiety.

Literature

1. Agalarova K.N. Bol'nichnaya sreda kak faktor vyzdorovleniya pacientov // Aktual'nye problemy psihologicheskogo znaniya: teoreticheskie i prakticheskie problemy psihologii. Moskva, 2014. №2(31).
2. Valedinskaya O.R., Nartova-Bochaver S.K. Lichnoe prostranstvo cheloveka i vozmojnosti ego «izmereniya» // Psihologiya zrelosti i stareniya. 2002. № 2. S. 66-77.
3. Metodika na opredelenie sub'ektivnogo blagopoluchiya. Dissertacionnaya rabota Puchkovo E.G. "Blagopoluchie kak faktor samoaktualizacii lichnosti", 2003 g. Shkala sub'ektivnogo blagopoluchiya / Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manuilov G.M. Social'no-

psihologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malyh grupp. - M., Izd-vo
Instituta Psihoterapii. 2002. С.467-470. Internet-resurs: <http://vsetesti.ru/202/>

4. *Nartova-Bochaver S.K.* Psihologicheskaya suverenost' lichnosti: genezis i proyavleniya. Dissertaciya soiskanie uchenoi stepeni doktora psihologicheskikh nauk. M., 2005.
5. *Nartova-Bochaver S.K., Potapova A.V.* Vvedenie v psihologiyu razvitiya. Uchebnoe posobie / M., Flinta-MPSI. 2011.
6. *Nartova-Bochaver S.K.* Teoriya privatnosti kak napravlenie zarubejnoi psihologii // Psihologicheskii jurnal. 2006. T. 27. № 5. S. 28-39.
7. *Skvorcova V.I.* Doklad ob otchete Ministerstva zdavoohraneniya Rossiiskoi Federacii za 2014 god v Gosudarstvennoi Dume FS RF: <http://transcript.duma.gov.ru/node/4235/>
8. *Beauchemin K. & Hays P.* (1998) Dying in the dark: sunshine, gender and outcomes in myocardial infarction. *Journal of the Royal Society of Medicine* 91, 352–354.
9. *Cold B.* (2008) The room's esthetic character. Chapter 1. In: *Health in Space and Time* (eds Gjengedal E., Schiøtz A. & Blystad A.), pp. 19–39. Cappelen akademiske Forlag, Bergen, Norway.
10. *Diette G., Lechtzin N., Haponik E., Devrotes A. & Rubin H.* (2003) Distraction therapy with nature sights and sounds reduces pain during flexible bronchoscopy – a complementary approach to routine analgesia. *Chest* 123, 941–948.
11. *Edvardson D., Sandman P. & Rasmussen B.* (2005) Sensing an atmosphere of ease: a tentative theory of supportive care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19, 344–353.
12. *Edvardson D., Sandman P. & Rasmussen B.* (2006) Caring or uncaring – meanings of being in an oncology environment. *Journal of Advanced Nursing* 55, 188– 197.
13. *Hammerstrøm K. & Bjørndal A.* (2007) Architecture and design for quality of life and health. An orientation of the present research. No. 20, Kunnskapssenteret.
14. *Martinsen K.* (2001) The house and the song, tears and shame. Chapter 7. In: *Shame – Perspectives on Shame, Pride and Shamelessness of the Modern* (ed. Wyller T.), pp. 167–190. Fagbokforlaget, Bergen, Norway.
15. *Martinsen K.* (2005) Staying at the hospital and experience architecture. Chapter 7. In: *Architecture, Body and Learning* (ed. Larsen K.), pp. 131–157. ans Reitzels forlag, København, Denmark.

16. *Nightingale F.* (1859/1992) *Notes on Nursing – What Is and What Is Not.* Harrison and Sons, London, UK.
17. *Timmermann C., Uhrenfeldt L., Birkelund R.* Cancer patients and positive sensory impressions in the hospital environment – a qualitative interview study// *European Journal of Cancer Care*, 2013. №22, 117–124.
18. *Tse M., Chung J. & Wong T.* (2002) The effect of visual stimuli on pain threshold and tolerance. *Journal of Clinical Nursing* 11, 462–469.
19. *Ulrich R.* (1984) View through a window may influence recovery from surgery. *Science* 224, 420–421.
20. *Ulrich R., Simons R. & Miles M.* (2003) Effects of environmental simulations and television on blood donor stress. *Journal of Architectural and Planning Research* 20, 38–47.
21. *Ulrich R., Zimring C., Zhu X., DuBose J., Seo H. & Choi Y.* (2008) A review of the research literature on evidence based healthcare design. *HERD* 1, 61–125.
22. *Walch J., Rabin B., Day R., Williams J., Choi K. & Kang J.* (2005) The effect of sunlight on post-operative analgesic medication usage: a prospective study of patients undergoing spinal surgery. *Psychosomatic Medicine* 67, 156–163.

Арт-терапевтическая программа психокоррекционной работы по нормализации эмоционально-личностной сферы заикающихся дошкольников

Колягина В.Г.,

кандидат психологических наук, Московский государственный гуманитарный университет имени Михаила Шолохова, Москва, Россия, nika.koljagina@rambler.ru

В последние годы количество детей с речевыми нарушениями неустанно растет. Трудности эмоционально-личностного развития ребенка с речевым нарушением становятся фактором, осложняющим адаптацию в социуме. Неблагоприятное эмоциональное самочувствие (страхи) негативно влияют не только на психологическое состояние детей, но и как порочный круг, усугубляет речевой дефект. Нами было организовано исследование посвященное изучению психологических особенностей страхов у дошкольников с нарушением речи. Целью исследования является выявление и изучение психологических особенностей страхов у дошкольников с недостатками речевого развития и обоснование психокоррекционной работы, направленной на нормализацию эмоционально-личностной сферы детей. В статье предоставлено научное обоснование влияния арт-терапии на эмоционально-личностную сферу заикающихся дошкольников. Показаны динамические изменения в эмоциональном состоянии детей и научно обосновано положительное влияние арт-терапевтических методик на психику заикающихся дошкольников.

Ключевые слова: заикающиеся дошкольники, арт-терапевтические методики, страхи, динамические изменения страхов, психокоррекционный план работы, структура занятий.

Для цитаты:

Колягина В. Г. Арт-терапевтические методы психокоррекционной работы по нормализации эмоционально-личностной сферы дошкольников с нарушением речи [Электронный ресурс] //Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. №2. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Kolyagina.shtml> (дата обращения: дд.мм.гггг)

For citation:

Kolyagina V. G. Art-the Rapeutic Methods of Psychocorrectional Work for Normalizing of the Emotional-Personal Sphere of Preschool Children with Speech [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2015, vol. 4, no. 2. Available at: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Kolyagina.shtml> (Accessed dd.mm.yyyy). (In Russ., Abstr. in Engl.)

Современная специальная психология в поисках эффективных средств коррекции все больше ориентируется на использование арт-терапевтических методов в процессе обучения и воспитания детей с проблемами развития, подтверждая тем самым идею воспитания посредством искусства, получившую распространение в начале XX в.

В России с конца XX века начинается активное использование средств искусства в психокоррекционной работе с детьми. Распространение данного направления способствует появлению исследований, посвященных теоретическим разработкам и практике арт-терапии в работе с детьми и подростками (А. Г. Гришина, А. И. Копытин, Л. Д. Лебедева, Е. А. Медведева, И. Ю. Левченко, Л. Н. Комиссарова, Т. А. Добровольская, А. А. Осипова и др.).

В широком значении арт-терапия – одна из форм психотерапии искусством, включающая также изо-, драма-, музыка-, танцевально-двигательную терапию и др. Арт-терапия применительно к специальному образованию рассматривается как синтез нескольких областей: искусства, медицины и психологии (Е. А. Медведева, И. Ю. Левченко, Л. Н. Комиссарова и Т. А. Добровольская). В лечебной и психокоррекционной практике арт-терапия понимается как совокупность методик, построенных на применении разных видов искусства в своеобразной символической форме и позволяющих с помощью стимулирования художественно-творческих проявлений осуществить коррекцию психосоматических, психоэмоциональных и личностных нарушений детского развития.

В современных исследованиях большое внимание уделяется проблемам эмоционально-личностного состояния заикающихся дошкольников, которое является одной из составляющей эмоциональной дезорганизации лиц, страдающих этим речевым расстройством, фактором, усложняющим структуру заикания и снижающим продуктивность его коррекции (Л. А. Зайцева, В. И. Селиверстов, Н. Н. Станиславская и др.). Ряд авторов (В. А. Калягин, А. Б. Хавин, В. Н. Шкловский и др.) называют тревожность и страхи наиболее выраженной, специфической личностной чертой заикающихся. Наряду с факторами, провоцирующими начало заикания, рассматриваются личностные особенности детей, которые могут быть не причиной, а следствием речевого нарушения. К их числу относят страхи, интроверсию, специфические состояния страха при речи, коммуникативные трудности, заниженную самооценку и др.

Таким образом, можно заключить, что заикающимся разных возрастных групп свойственны определенные нарушения эмоционально-волевой сферы (тревожность, страхи и т.д.), познавательных процессов, а также коммуникативные нарушения, что в совокупности приводит к неполноценности процесса общения и адаптации. Поэтому актуальным является проведение психокоррекционной работы по преодолению эмоционально-личностных трудностей этих детей.

Нами было проведено исследование, посвященное изучению психологических особенностей дошкольников с нарушением речи. Была составлена психокоррекционная программа для работы с заикающимися дошкольниками, в которую вошли занятия, способствующие нормализации и развитию эмоционально-личностной сферы заикающихся детей.

В эксперименте участвовали 60 дошкольников с заиканием в возрасте 5-7 лет, посещающие психокоррекционные занятия в МДОУ детском саду комбинированного вида №50 «Дефектолог» (г. Люберцы) и Центр патологии и нейрореабилитации речи (г. Москва).

В таблице 1 описаны психокоррекционные задачи и темы занятий в зависимости от этапа работы.

Таблица 1. Психокоррекционный план работы с использованием средств искусства и игровых технологий

№	Блоки работы и темы занятий	Задачи
	<p>Ориентировочный (2 занятия)</p> <p>№ 1. Знакомство</p> <p>№ 2. Мой автопортрет</p>	<p>Психокоррекционные задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • установление эмоционально-позитивного контакта с детьми; • ориентировка детей в обстановке игровой комнаты и правилах взаимодействия со сверстниками и взрослым; • знакомство с участниками группы, установление первичных взаимоотношений в группе; • формирование позитивного отношения к образу «Я». <p>Коррекционно-педагогические задачи:</p>

<p>I этап</p>		<ul style="list-style-type: none"> • знакомство с различными художественными материалами и их изобразительными возможностями; • развитие мелкой и общей моторики; • уточнение представлений об основных цветах, величине (длине линий) и фактуре материалов; • обогащение словаря прилагательными-названиями основных цветов и величины изображений, фактуры материалов; • развитие фразовой речи.
<p>II этап</p>	<p>Развитие коммуникативных функций (2 занятия)</p> <p>№ 3. Коллективный рисунок «Необитаемый остров».</p> <p>№ 4. Настроение моей куклы-автопортрета</p>	<p>Психокоррекционные задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • формирование чувства принадлежности к группе и позитивного отношения к сверстникам; • формирование умений различать и сравнивать различные эмоциональные состояния, определять их характер (приятно/неприятно, страшно, радостно, удивительно, печально, грустно); • формирование умений понимать собственное эмоциональное состояние, выражать свои чувства распознавать чувства других людей через мимику, жесты, выразительные движения и интонации; • развитие вербальных и невербальных навыков общения. <p>Коррекционно-педагогические задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • развитие мелкой и общей моторики; • развитие образного и вербально-логического мышления;

		<ul style="list-style-type: none"> • развитие зрительной и слуховой памяти; • закрепление навыка плавного выразительного высказывания.
III этап	<p>Работа с эмоциональными трудностями (6 занятий)</p> <p>№ 5. Волшебный сон</p> <p>№ 6. Страхи моей куклы-автопортрета</p> <p>№ 7. Нарисуй свой страх</p> <p>№ 8. Сказка о капризном дельфиненке и волшебных водорослях</p> <p>№ 9. Слепи из глины свой страх и разрушь его</p> <p>№ 10. Сказка о детях, которые боялись говорить</p>	<p>Психокоррекционные задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • повышение общего уровня эмоциональных переживаний детей; • снятие эмоционального напряжения; • уточнение особенностей поведения детей в различных психотравмирующих ситуациях; • коррекция негативизма и агрессивного поведения; • работа с чувствами и переживаниями, связанными с прошлым негативным эмоциональным опытом; • формирование модели доброжелательного поведения с взрослыми и сверстниками; • формирование адекватного отношения к речевому дефекту; • коррекция и профилактика страха речи; • фиксация положительных переживаний успеха и победы в ситуации преодоления страха. <p>Коррекционно-педагогические задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • развитие основных танцевальных движений; • знакомство с глиной; • обогащение словаря словами-названиями основных эмоций; • формирование интонаций и мимического

		<p>рисунка, соответствующих основным эмоциям;</p> <ul style="list-style-type: none"> • развитие фразовой речи.
IV этап	<p>Конструктивно-формирующий этап</p> <p>(4 занятия)</p> <p>№ 11 Я и мои обидчики</p> <p>№ 12. Помоги дорисовать мой рисунок</p> <p>№ 13. Послушай музыку и нарисуй ее настроение</p> <p>№ 14. Я сейчас, я в будущем</p>	<p>Психокоррекционные задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • нормализация самооценки и формирование позитивного образа «Я»; • повышение чувства уверенности в себе; • обучение взаимодействию в группе; • формирование навыков социального поведения; • расширение поведенческого репертуара и навыков общения; • снятие эмоционального напряжения; • формирование «эмоциональной децентрации» - способности воспринимать и учитывать в своем поведении эмоциональные состояния, желания и интересы партнеров по общению; • формирование адекватных способов эмоционального реагирования и поведения в психотравмирующих ситуациях; • обучение навыкам релаксации; • формирование способности к произвольной саморегуляции эмоциональных переживаний и поведенческих реакций. <p>Коррекционно-педагогические задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • развитие вербально-логического мышления • развитие зрительной памяти • развитие интонационной и мелодичной стороны речи;

		<ul style="list-style-type: none"> • развитие фразовой и связной речи. • закрепление навыка плавного выразительного высказывания.
В этап	<p>Обобщающе-закрепляющий</p> <p>(1 занятие)</p> <p>№ 15. Рисуем мандалу</p>	<p>Психокоррекционные задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • развитие навыков позитивной коммуникации; • развитие умения выражать свое эмоциональное состояние цветом; • обобщение сформированных адекватных способов эмоционального реагирования и поведения в психотравмирующих ситуациях; • формирование предпосылок эмоционального контроля и сдерживания негативных эмоций; • перенос нового позитивного эмоционального опыта в реальную жизнь. <p>Коррекционно-педагогические задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • развитие зрительной памяти; • развитие предметного рисунка и предпосылок сюжетных изображений; • развитие образного мышления; • развитие интонационной стороны речи; • развитие связной монологической речи.

Все занятия имели единую структуру, содержание менялось в зависимости от этапа психокоррекционной работы. Структура занятий была разработана с учетом особенности возраста и сложности структуры психического и речевого нарушения заикающихся дошкольников.

Структура занятий с дошкольниками с заиканием с использованием средств искусства и игровых технологий

Вводная часть

Цели: подготовить детей к совместной работе; сконцентрировать их на занятии; установить доверительный эмоциональный контакт с детьми; снять напряжение и двигательную активность.

Содержание:

- 1) игры знакомство детей друг с другом и психологом («Возьми мяч и назови свое имя», «Найди у соседа красный цвет и дотронься до него», «Расскажи о своем настроении», «Представь всем свою пальчиковую куклу» и т.д.)
- 2) танцевально-двигательные игры под музыку («Тряпичные куклы», «В магазине игрушек», «Повтори мой танец», «Танец маленьких гномиков», «Танец осенних листьев» и т.д.)
- 3) двигательные игры («Море волнуется раз», «Отгадай, в кого я превратился» и т.д.)
- 4) игры-превращения, упражнения для снятия мышечных зажимов и снижение двигательной активности («Я воздушный шарик», «Я добрый/злой мальчик», «Я тряпичная/деревянная кукла» и т.д.)

Основная часть

Цели: развитие и коррекция эмоционально-личностной сферы дошкольников и преодоление эмоциональных трудностей; релаксация и создание позитивного настроения; развитие коммуникативных навыков общения и рефлексии; развитие речевой и познавательной функций.

Содержание:

- 1) Задания по изотерапии:
 - нарисуй себя;
 - нарисуй себя сейчас и в будущем;
 - нарисуй свой страх и трансформируй его;
 - нарисуй свою семью;
 - я и мои обидчики;
 - помоги дорисовать рисунок соседу;
 - совместный рисунок детей «Необитаемый остров»;

- выставка рисунков «Чем тебе понравился чужой рисунок?»;
- нарисуй мандалу;
- слепи из глины свой страх и разрушь его.

2) Задания с использованием куклотерапии

- создаем куклу-автопортрета из пластилина и игрушки из «Киндер-сюрпризов»
- присваиваем своей кукле имя и делаем настроение;
- рассказываем о своей кукле и ее настроении;
- рассказываем о страхах своей куклы.

3) Задания с использованием сказкотерапии:

- прослушиваем сказки, направленные на развитие саморегуляции;
- прослушиваем сказки, направленные на осознание своего дефекта и принятие его, уменьшение страха речи;
- прослушиваем сказки, направленные на нормализацию детско-родительских отношений.

4) Задания с использованием театрализованной деятельности:

- покажи героя сказки, которую мы прослушали;
- коллективное создание и проигрывание прочитанной сказки;
- обсуждение прослушанных сказок;
- рисование прослушанных сказок.

5) Задания с использованием музыкотерапии:

- прослушай музыку моря и представь, что ты на море (волшебный сон);
- послушай музыку и нарисуй ее настроение.

Завершающая часть

Цели: закрепление положительного настроения полученного на занятии; организация консультативно-просветительных бесед с родителями.

Содержание – игровые упражнения для повышения самооценки:

- организация выставки детских рисунков (какой рисунок тебе нравится и почему);
- демонстрация рисунков и продуктов деятельности родителям.

В программу по коррекции эмоциональных трудностей дошкольников с заиканием входила **работа с родителями** со следующими задачами:

- формирование представлений об основных детских страхах и последовательности их возникновения по мере развития ребенка;
- знакомство с причинами появления страхов у детей и основными приемами преодоления детских страхов в семье;
- знакомство с упражнениями и приемами воспитания, позволяющими повысить у детей сопротивляемость к страхам;
- обсуждение психологических особенностей детей с заиканием и условиями устранения данного заболевания;
- побуждение родителей к изменению способов реагирования на негативное поведение детей;
- принятие своего ребенка такой, какой он есть и его речевого дефекта;
- формирование рациональной позиции родителей в вопросах наказания детей.

Но главным образом позитивные изменения в эмоциональном развитии старших дошкольников с заиканием заключались в преодолении возрастных страхов или снижении их числа. Эффективность психокоррекционной работы с заикающимися дошкольниками определялась.

- снижением количества возрастных и специфических страхов;
- снижение интенсивности переживания о речевом дефекте;
- улучшение коммуникативных навыков общения;
- повышение уверенности в себе;
- снижение уровня тревожности;
- снижение агрессивности.

Сравнительный анализ динамики изменений количества страхов дошкольников с заиканием в зависимости от этапа исследования

Как видно из рисунка 1 и таблицы 2, после посещения курса занятий с использованием средств искусства и игровых технологий количество и уровень страхов детей существенно снизился.

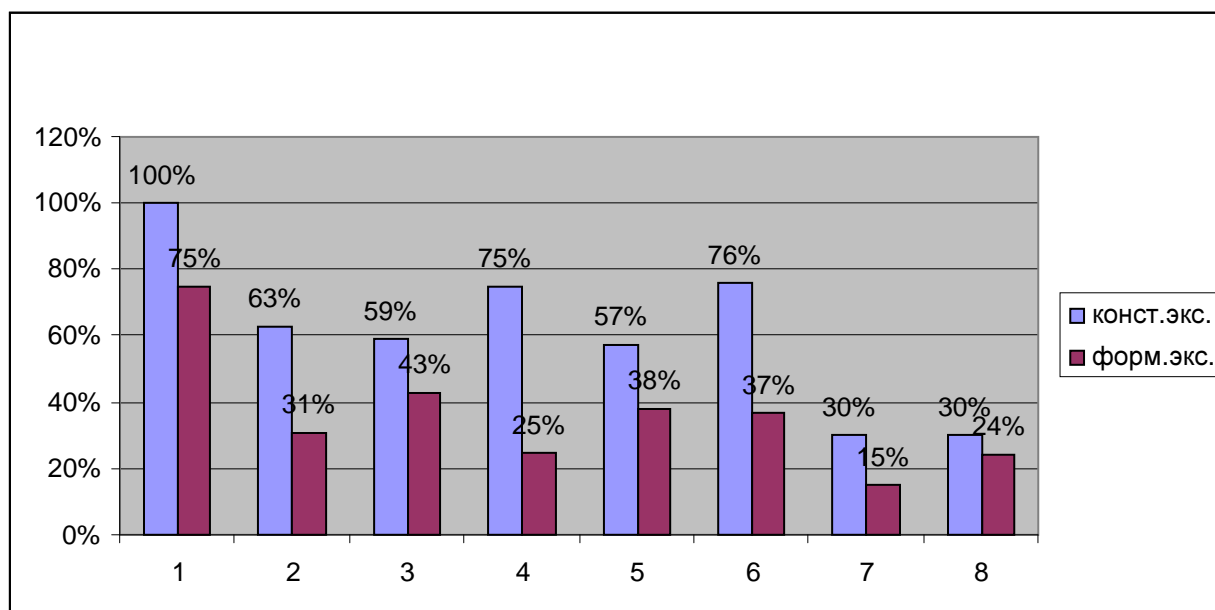


Рис.1. Динамические изменения количества страхов констатирующего и формирующего экспериментов.

Математическая обработка полученных результатов, проведенная с помощью критерия ϕ^* - угловое преобразование Фишера – подтвердила наличие значимых отличий по таким группам страхов, как:

1. страх собственной смерти и смерти своих родителей (при $p < 0,01$);
2. медицинские страхи (при $p = 0,03$);
3. боязнь за свое здоровье (при $p = 0,03$);
4. страх причинения физического ущерба сказочными и криминальными персонажами (при $p = 0,04$);
5. ночные страхи (при $p = 0,03$);

6. боязнь стихийных бедствий (при $p < 0,01$);
7. страх речи (при $p = 0,04$);
8. социальные страхи (при $p = 0,03$).

Полученные динамические данные об изменении количества страхов дошкольников с заиканием еще раз доказывают эффективность психокоррекционной работы с использованием средств искусства и игровых методик.

Таблица 2. Динамические изменения количества страхов дошкольников с заиканием по итогам формирующего эксперимента

№	Группы детских страхов	Сравнительные данные страхов заикающихся дошкольников	
		Констатирующий эксперимент	Формирующий эксперимент
1	Страх смерти и смерти своих родителей	100%	75%
2	Медицинские страхи	63%	31%
3	Боязнь за свое здоровье	59%	43%
4	Страх причинения физического ущерба сказочными и криминальными персонажами	75%	25%
5	Ночные страхи	57%	38%
6	Боязнь стихийных бедствий	76%	47%
7	Страх речи	30%	15%
8	Социально-опосредованные страхи	30%	24%

Из рисунка 1 видно, что у определенной части дошкольников с заиканием после проведения психокоррекционной работы с использованием средств искусства и игровых технологий снизились количественные показатели страхов и детям удалось преодолеть свои страхи и опасения. Статистическая обработка показала достоверность различий между результатами обследования детей на констатирующем и контрольном этапах.

В ходе психокоррекционной работы по преодолению эмоциональных трудностей дошкольников с заиканием удалось достигнуть положительных изменений в развитии речевых, моторных функций, совершенствования эмоционально-волевой и личностных сфер. Эти изменения произошли как на качественном уровне, так и в количественных показателях.

В ходе применения различных арт-терапевтических занятий был активизирован творческий потенциал детей, у них появилось образное видение воображаемой ситуации, находчивость и оригинальность в решении творческих задач, самостоятельность и желание импровизировать.

У всех детей повысился уровень внутренней саморегуляции. Сгладились проявления повышенной раздражительности, конфликтности, негативизма, упрямства. При обследовании общения наблюдалась более адекватное отношение к себе и окружающим. Значительно повысился уровень нравственно-этических норм поведения.

Количество возрастных и специфических страхов снизилось. Были преодолены страхи чужих людей, медицинские страхи, сказочных персонажей, темноты, животных, индивидуальные специфические страхи и др. Существенно снизился страх речи, дети стали более общительными. Они стали увереннее в себе и своих возможностях, избавились от социальной изоляции, научились распознавать приятные и неприятные эмоциональные переживания, получили навыки владения самоконтролем и саморегуляцией.

Дошкольники стали более коммуникабельными, значительно снизилась ситуативная тревожность. Дети отмечали, что стали в меньшей степени бояться определенных ситуаций. В рисунках детей появились более яркие краски и тона, исчез черный и красный цвет, что говорит о снижении негативных эмоций у детей. Исчезли сюжеты убийств, агрессии, крови в рисунках некоторых детей, которые заменила более спокойная и реалистичная обстановка.

Заметна динамика в плавности и мелодичности диалоговой речи заикающихся. Количество запинок заметно уменьшилось. Дети стали активнее выражать свои желания, мысли, потребности. Активность при взаимоотношениях друг с другом повысилась. На завершающем занятии с использованием изотерапевтических моментов, при диагностическом рисовании мандалы, дети показали динамику эмоционального состояния: цветовая гамма рисунков свидетельствует о радостном настроении, о гармонии и принятии себя. Что

подтвердили сами дети и их родители, сообщив об изменении поведения детей в семейной обстановке. Дети стали более спокойными, гипердинамичность снизилась, уровень агрессивности и непослушания существенно понизился, что сказалось и на настроении матерей.

Результативность проведенной психокоррекционной работы с дошкольниками с заиканием показала, что использование средств искусства и игровых технологий в занятиях по преодолению эмоциональных трудностей у детей является эффективной и способствует гармонизации эмоционально-личностного развития дошкольников с речевыми нарушениями.

Литература

1. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: Учебник для студентов средних и высших педагогических учебных заведений / Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комиссарова, Т.А. Добровольская М.: Академия, 2001. 248 с.
2. Вальдес Одрисола М.С. Формирование эмоционально-волевой сферы у школьников с проблемами в развитии средствами арттерапии: Методическое пособие для педагогов. М.: Гном и Д, 2004. 64с.
3. Ворожцова О.А. Музыка и игра в детской психотерапии. Музыкальная арт-терапия для детей. М.: Института психотерапии, 2004. 90 с.
4. Гарбузов В.И., Захаров А.И., Исаев Д.Н. Неврозы у детей и их лечение. Л.: Медицина, 1977. 272 с.
5. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. СПб.: Союз, 2004. 448 с.
6. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. СПб.: Речь, 2002. 310 с.
7. Миланич Ю.М. Психологическая коррекция эмоциональных нарушений у детей дошкольного возраста: Дисс. канд. псих. наук. СПб., 1998. 161 с.
8. Прихожан А.М. Тревожность и страх у младших школьников // Руководство практического психолога: Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И.В. Дубровиной. М.: Академия, 1997. с. 84-93
9. Рау Е.Ю. Роль игровой психотерапии в устранении заикания у дошкольников // Психотерапия в дефектологии / Под ред. Н.П. Вайзмана. М., 1992. с. 19-24.
10. Талипина О.В. Психологическая коррекция страхов у детей дошкольного возраста средствами игротерапии: Дисс. канд. псих. наук. М., 2002. 170 с.

Колягина В. Г. Арт-терапевтические методы психокоррекционной работы по нормализации эмоционально-личностной сферы дошкольников с нарушением речи
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 2. С. 98–114.

Kolyagina V. G. Art-therapeutic Methods of Psychocorrectional Work for Normalizing of the Emotional-Personal Sphere of Preschool Children with Speech
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 2, pp. 98–114.

Art-the Rapeutic Methods of Psychocorrectional Work for Normalizing of the Emotional-Personal Sphere of Preschool Children with Speech

Kolyagina V. G.,

Ph.D. in Psychology, Moscow State Humanitarian University named after Mikhail Sholokhov (MSHU), nika.koljagina@rambler.ru

In recent years, the population of children with speech disorders constantly growing. The problem of stuttering in preschool children remains an urgent. Difficulties of emotional-personal development of children with speech disorders have become a complicating factor in adaptation to society. Adverse emotional well-being (fears) has a negative impact not only on the psychological state of the children, but also as a vicious circle, exacerbated speech defect. This article provides a scientific basis of art therapy impact for emotional-personal sphere of stuttering preschool children. Dynamic changes in the emotional state of children were shown and positive effect of art therapy techniques on the mind of stuttering preschool children was scientifically proven.

Key words: stammering preschool children, art therapy techniques, fears, dynamic changes of fear, psychocorrectional work plan, the structure of work.

Literature

1. Artpedagogika i artterapiya v special'nom obrazovanii: Uchebnik dlya studentov srednih i vysshih pedagogicheskikh uchebnyh zavedenii / E.A. Medvedeva, I.Yu. Levchenko, L.N. Komissarova, T.A. Dobrovol'skaya M.: Akademiya, 2001. 248 s.
2. *Val'des Odriosola M.S.* Formirovanie emocional'no-volevoi sfery u shkol'nikov s problemami v razvitii sredstvami artterapii: Metodicheskoe posobie dlya pedagogov. M.: Gnom i D, 2004. 64s.
3. *Vorojtcova O.A.* Muzyka i igra v detskoj psihoterapii. Muzykal'naya art-terapiya dlya detei. M.: Instituta psihoterapii, 2004. 90 s.

4. *Garbuzov V.I., Zaharov A.I., Isaev D.N.* Nevrozy u detei i ih lechenie. L.: Medicina, 1977. 272 s.
5. *Zaharov A.I.* Dnevnye i nochnye strahi u detei. SPb.: Soyuz, 2004. 448 s.
6. *Zinkevich-Evstigneeva T.D.* Praktikum po skazkoterapii. SPb.: Rech', 2002. 310 s.
7. *Milanich Yu.M.* Psihologicheskaya korrekciya emocional'nyh narushenii u detei doshkol'nogo vozrasta: Diss. kand. psih. nauk. SPb., 1998. 161 s.
8. *Prihojan A.M.* Trevojnost' i strah u mladshih shkol'nikov // Rukovodstvo prakticheskogo psihologa: Psihicheskoe zdorov'e detei i podrostkov v kontekste psihologicheskoi slujby / Pod red. I.V. Dubrovinoi. M.: Akademiya, 1997. s. 84-93
9. *Rau E.Yu.* Rol' igrovoi psihoterapii v ustranении zaikaniya u doshkol'nikov // Psihoterapiya v defektologii / Pod red. N.P. Vaizmana. M., 1992. s. 19-24.
10. *Talipina O.V.* Psihologicheskaya korrekciya strahov u detei doshkol'nogo vozrasta sredstvami igroterapii: Diss. kand. psih. nauk. M., 2002. 170 s.

Участие: теоретические аспекты и оценка в практике ранней помощи

Казьмин А.М.,

кандидат медицинских наук, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, mgppukprd@gmail.com

В статье обсуждаются теоретические и практические аспекты участия как одного из критериев оценки эффективности сопровождения детей раннего и дошкольного возраста с ограничениями жизнедеятельности и их семей. Определение участия и рекомендаций по его измерению в Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья сопоставляется с исследованиями участия у детей раннего и дошкольного возраста, с вариативными инструментами оценки участия, используемыми в настоящее время. В заключении приводится обобщенная характеристика существующих методик оценки участия, перечисляются тенденции дальнейших разработок и исследований в этой сфере.

Ключевые слова: участие, оценка, МКФ-ДП, ранний возраст, дошкольный возраст.

Для цитаты:

Казьмин А. М. Участие: теоретические аспекты и оценка в практике ранней помощи [Электронный ресурс] //Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. №2. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Kazmin.shtml> (дата обращения: дд.мм.гггг)

For citation:

Kazmin A.M. Participation: Theoretical Aspects and Assessment in Early Intervention Practice [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2015, vol. 4, no. 2. Available at: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Kazmin.shtml> (Accessed dd.mm.yyyy). (In Russ., Abstr. in Engl.)

Введение

В настоящее время в практике оказания мультидисциплинарной помощи людям с ограничениями жизнедеятельности, включая реабилитологию, инклюзивное образование, раннюю помощь, происходит постепенное внедрение биопсихосоциального подхода к оценке функционирования человека, к планированию и оценке эффективности воздействий, направленных на поддержку адаптации и развития личности. Этот подход взят за основу в Международной

классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), в том числе в версии для детей и подростков (МКФ-ДП) [21]. Согласно этой классификации, функционирование человека оценивается в двух измерениях: состояние организма (структура и функции организма) и взаимодействие человека с окружением (активность и участие). Предусмотрен учет влияния факторов внешней среды и личностных факторов на функционирование.

В концептуальной основе МКФ-ДП понятие *«участие»* является одним из ключевых. Однако в МКФ-ДП, наряду с определением участия, имеются вариативные рекомендации к его измерению и соотнесению с доменами составляющей «Активность и участие», что приводит к появлению существенных различий в интерпретации содержания этого понятия среди исследователей, а это, в свою очередь, становится причиной разработки неадекватных методик оценки участия [15].

В данной работе проведен теоретический анализ содержания понятия «участие» и сформулированы примерные требования к разработке соответствующих оценочных методик.

Понятие «участие»

Согласно МКФ/МКФ-ДП, *участие* – это **вовлечение в жизненную ситуацию** [19].

Жизненная ситуация, по мнению многих исследователей, включает объективные (средовые) и субъективные элементы [2]. Объективные элементы – это средовые факторы: объекты, в том числе люди, события и их последовательности. Субъективные элементы ситуации – это восприятие человеком средовых факторов и собственных действий, отношение к ним. Субъективная сторона жизненной ситуации в разной степени представлена в понятиях «динамическая смысловая система» (Л. С. Выготский) [4], «личностный смысл» (А. Н. Леонтьев) [7], «отношение» (В. Н. Мясищев) [8], «конструкт ситуации» (В. Н. Воронин, И. Н. Князев) [3].

Вовлечение в жизненную ситуацию предполагает активное взаимодействие субъекта со средой. Другими словами, понятие «участие» соотносится с такими сложными конструктами, как модель психической деятельности (Н. Я Грот) [5], включающая психические обороты, состоящие из «моментов»: «объективного восприятия», «чувства», «воли, стремления», «действия»; понятие компетентности как «мотивированной способности» (Дж. Равен) [9], модель функциональной системы (П.К. Анохин) [1], структура функционального домена и компетенции в теории процессуального анализа (А.М. Казьмин) [6]. Все эти модели включают в качестве неотъемлемых компонентов следующие: ориентацию в текущей ситуации, аффективное вовлечение, произвольную регуляцию, выполнение действий.

В отличие от понятия «активность» (самостоятельное выполнение действий, в том числе – автоматизированных, не обязательно мотивированных) участие предполагает мотивированное выполнение комплекса координированных действий

в жизненной ситуации как самостоятельно, так и при взаимодействии с партнерами. В тоже время участие проявляется как в действиях, так и в субъективном отношении [14]; [28]. Участием не является присутствие субъекта в среде [27].

Основными признаками участия являются чувство включения в целенаправленную активность и чувство контроля своего включения [20]. Участие проявляется в повседневных жизненных ситуациях, имеющих сложную структуру, предполагающих наличие или отсутствие взаимодействия с социальным окружением [10]; [15]. Участие не сводится к субъективному восприятию своей активности, входящему в понятие «качество жизни», но отражает выбор ребенка по выполнению действий в повседневных жизненных ситуациях, включает расширение своих возможностей специфической деятельности в различных средовых контекстах [28].

С позиции биопсихосоциального подхода, участие ребенка может быть ограниченным вследствие нарушений функций или структур его организма (например, из-за неразборчивости речи детей с синдромом Дауна или дефицита понимания социальной ситуации детьми с расстройствами аутистического спектра), а также из-за наличия средовых барьеров (например, при отсутствии или затруднении доступности детского сада, необходимого реабилитационного оборудования, помощи специалистов, негативного отношения к ребенку окружающих его людей), препятствующих личностных факторов (например, выученная беспомощность, заниженная самооценка и т.д.).

Соотнесение участия со структурой МКФ-ДП

В МКФ-ДП для измерения участия предлагается использовать определитель «реализация» (для оценки действий человека в текущем окружении, в естественной ситуации) и/или дополнительный определитель [19]; [21]. В то же время подчеркивается, что участие не сводится к реализации.

В зависимости от уровня развития ребенка участие может быть оценено по отношению ко всем доменам составляющей «Активность и участие» или к некоторым доменам. Пользователям предоставляется право выбора доменов для оценки участия в зависимости от контингента детей и целей проведения оценки.

Инструментарий для оценки участия

Chien C-W et al. [14] проанализировали 16 опросных методик на соответствие критериям измерения участия и категориям МКФ-ДП. Высокие результаты показали три новых инструмента: Child and Adolescent Scale of Participation (CASP) [12], Participation and Environment Measure for Children and Youth (PEM-CY) [16] – для детей старше 5 лет, Young Children's Participation and Environment Measure (YC-PEM) – для детей от 0 до 5 лет [22]; [24]; [25].

В этих методиках ситуации для измерения участия разделены на нескольких пространственно-временных категориях: в CASP – ситуации дома, в школе, в социуме

(вне школы и вне дома), ситуации для дома и социума (например, совершение покупок или планирование дня), в РЕМ-СУ – обстановка дома, в школе, в других социальных ситуациях (вне школы и дома), в УС-РЕМ – обстановка дома, в детском саду, в других социальных ситуациях.

В методиках используются разные подходы к измерению участия и сопутствующих параметров. В CASP предлагается сравнить уровень участия ребенка в ситуации по сравнению с большинством сверстников (полное участие, некоторое ограничение, выраженное ограничение, невозможность участия; оценка не применима по возрасту), используются открытые вопросы для прояснения того что мешает или способствует участию ребенка, используется ли специальная реабилитационная техника или оборудование. В РЕМ-СУ и УС-РЕМ оценивается частота присутствия ребенка в ситуации, выраженность избирательного внимания и инициативности в наиболее частотных ситуациях по пятибалльной шкале (от незначительного вовлечения – 1, до очень сильного вовлечения – 5), влияние на участие факторов внешней среды (из предлагаемого перечня с возможностью добавления факторов респондентом), желание родителя изменить уровень или частоту участия ребенка. Все эти опросники имеют высокую внутреннюю согласованность, надежность, прошли валидизацию.

Для оценки участия детей в семейных ситуациях, отдыхе и самообслуживании предложена методика Child Engagement in Daily Life measure, её надежность и валидность проверена на 429 детей с церебральным параличом и контрольной группе из 110 здоровых сверстников [13]. Оцениваются два параметра для участия в семейных ситуациях и отдыхе: частота включения в ситуацию и уровень удовольствия, выражаемого ребенком в этих ситуациях. Участие в самообслуживании измеряется по уровню самостоятельности.

Все перечисленные инструменты направлены на измерение вовлечения ребенка в жизненные ситуации без оценки качества или уровня самостоятельности выполнения действий. Именно такие требования к оценке участия были предложены R. Forsyth and S. Jarvis [17], отмечавшими важность измерения интенсивности вовлечения, получения удовольствия и формирования предпочтений отдельно от других факторов, таких как интенсивность помощи.

Исследования участия детей с нарушениями развития

В последние годы нарастает количество публикаций, посвященных исследованию участия детей с нарушениями развития в различных жизненных ситуациях. Однако из-за использования инструментов, основанных на разных интерпретациях понятия «участие», их результаты не всегда сопоставимы.

Например, при оценке участия детей травматическими поражениями головного мозга использовалась методика Assessment of Life Habits (LIFE-H-Children) [18], в которой лишь половина пунктов относится к участию, другая – к активности [14]. Авторы обнаружили снижение участия в привычной активности у детей, перенесших травму, по сравнению с уровнем до получения травмы.

При опросе более 1500 первичных воспитателей детей с нарушениями развития (родителей и других людей, осуществляющих основной уход за ребенком), получающих услуги ранней помощи, используя УС-РЕМ, выяснилось, что более 40% детей ограничены в участии в ситуациях вне дома вследствие нарушений функций, а не из-за отсутствия предоставления соответствующих средовых условий [24].

Аналогичное исследование было проведено в отношении 576 детей в возрасте от 5 до 17 лет с использованием РЕМ-СУ [11]; [26]. Фокус внимания был сосредоточен на участии детей с инвалидностью и здоровых детей в домашних ситуациях. Как и ожидалось, участие детей с инвалидностью оказалось значительно сниженным по сравнению со сверстниками контрольной группы; кроме того было выявлено неблагоприятное влияние низких доходов семьи на участие детей.

Апробация опросника Children Participation Questionnaire (CPQ), разработанного для детей от 4 до 6 лет на основе Occupational Therapy Practice Framework (ОТПФ) выявила снижение участия у детей с нарушениями развития по сравнению с группой сверстников без таких нарушений [29]. В CPQ оценивается участие детей в 44 видах активности в 6 областях занятости: повседневной активности, инструментальной активности, игре, досуге, социальных ситуациях вне дома, обучении. Параметрами оценки служат спектр активностей (ситуаций), доступных ребенку (максимум – 44), уровень самостоятельности ребенка, уровень удовольствия ребенка, уровень удовлетворенности родителей участием ребенка.

Методика оценки участия в ситуациях отдыха и досуга в возрасте от 6 до 21 лет Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) была отработана при обследовании 427 детей с физическими нарушениями [23]. В качестве параметров оценки участия использовались показатели широты ситуаций, интенсивности вовлечения, степени удовольствия, предпочтения.

Другая парадигма используется в исследованиях участия детей с проблемами развития речи и языка в общении при помощи методики FOCUS (Focus on the Outcomes of Communication Under Six) [30]; [31]. Пункты этого опросника оценивают функции артикуляции и голоса, реализацию речевых действий, включая построение фраз, инициацию и поддержание разговора, а также взаимодействие в игре.

Заключение

Проведенный анализ понятия «участие» и имеющихся инструментов оценки участия у детей первых лет жизни позволяет сделать вывод, что вовлечение рассматривается большинством исследователей в качестве основной измеряемой характеристики, отвечающей сущности участия. Тем ни менее подходы к оценке вовлечения отличаются существенным образом. Одни исследователи не раскрывают содержание вовлечения, предлагая просто оценить его интенсивность по сравнению с большинством сверстников [12], некоторые дополняют такую недифференцированную оценку измерением выражения ребенком удовольствия, предпочтения [23], другие указывают, что вовлечение определяется устойчивостью внимания и выраженностью инициативы [11]; [16]; [26] или частотой вовлечения от

общего числа присутствия в ситуации [13]. В зависимости от контекста использования оценки участия (например, для контроля эффективности программ развития ребенка на дому) создаются методики, включающие ограниченный спектр жизненных ситуаций [23] или делается акцент на оценке выполнения действий [30]; [31]. С практической точки зрения, продуктивным представляется дополнительное проведение оценки влияния средовых факторов на участие [16], [22].

В некоторых методиках, наряду с вовлечением, оценивается реализация, а вовлечение не выделено в отдельную шкалу [30]; [31].

Дальнейшая разработка методик оценки участия предопределена необходимостью модернизации психолого-педагогического сопровождения детей с ограничениями жизнедеятельности с целью содействия их наиболее полному включению в образовательное пространство и в социальную жизнь. Очевидные требования к новым инструментам в этой сфере – соответствие принципам МКФ/МКФ-ДП, наличие четких критериев оценки вовлечения, параллельное измерение реализации, оценка влияния факторов окружающей среды.

Литература

1. Анохин П. К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем. М., 1972.
2. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций. Учебное пособие. М.: Российское педагогическое агентство, 1998
3. Воронин В. Н., Князев В. Н. К определению психологического понятия ситуации // Актуальные вопросы организационно-психологического обеспечения работы с кадрами. М., 1989.
4. Выготский Л. С, Мышление и речь // Собр. соч. В 6 т. М, 1981. Т. 2. .
5. Грот Н. Я. Психология чувствований в ее истории и главных основах. Спб., 1880.
6. Казьмин А.М. Теория процессуального анализа: краткое описание и прикладное значение [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. №4. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n4/57302.shtml> (дата обращения: 20.04.2015)
7. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / под ред. Д.А.Леонтьева. М.: Смысл; Академия, 2004. 346 с.
8. Мясищев В. Н. Психология отношений. 4-е изд. //МПСИ . 2011/
9. Равен Д. Компетентность в современном обществе : выявление, развитие и реализация / М.: Когито-Центр, 2002

10. *Adolfsson M.* Applying the ICF-CY to identify everyday life situations of children and youth with disabilities Dissertation No. 14. School of Education and Communication Jönköping University, Jönköping 2011 <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:443678/FULLTEXT01.pdf>
11. *Anaby D., Law M., Coster W., Bedell G., Khetani M., Avery L., Teplicky R.* The mediating role of the environment in explaining participation of children and youth with and without disabilities across home, school, and community Arch Phys Med Rehabil. 2014 May;95(5):908-17. doi: 10.1016/j.apmr.2014.01.005. Epub 2014 Jan 24.
12. *Bedell G.* (2009). Further validation of the Child and Adolescent Scale of Participation (CASP). *Developmental Neurorehabilitation*, 12, 342-351.
13. *Chiarello L., Palisano R., McCoy S.W., Bartlett D., Wood A., Chang H.J., Kang L.J., Avery L.* (2014). Child Engagement in Daily Life: A measure of participation for children with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, early online (doi:10.3109/09638288.2014.882417)
14. *Chien C.-W., Rodger S., Copley J., Skorka K.* Comparative Content Review of Children's Participation Measures Using the International Classification of Functioning, Disability and Health—Children and Youth. (2014) *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95 (1), pp. 141-152. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2013.06.027> [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(13\)00523-6/fulltext](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(13)00523-6/fulltext)
15. *Coster W., Khetani M.A.* Measuring participation of children with disabilities: issues and challenges. *Disabil Rehabil.* 2008; 30: 639–648
16. *Coster W., Bedell G., Low M., Khetan M.A., Teplicky R., Liljenquist K., Gleason K., Kao Y-C.* (2011) Psychometric evaluation of the Participation and Environment Measure for Children and Youth//*Developmental Medicine & Child Neurology* 53: 1030–1037
17. *Forsyth R., Jarvis S.* Participation in childhood. *Child: Care, Health and Development.* Volume 28, Issue 4, pages 277–279, July 2002. DOI: 10.1046/j.1365-2214.2002.00272.x
18. *Fougeyrollas P., Lepage C., Boissière L., Deaudelin I., Doré L.* Assessment of Social Participation in Three Measurement Times in Children with Traumatic Brain Injuries (TBI) Based on Parental Perceptions. *Open Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2014, 2, 156-165 Published Online November 2014 in SciRes. <http://www.scirp.org/journal/ojtr>, <http://dx.doi.org/10.4236/ojtr.2014.24021>
19. *Granlund M., Arvidsson P., Niia A, Bjo" rck-Åkesson E, Simeonsson R, Maxwell G, Adolfsson M, Eriksson-Augustine L, Pless M:* Differentiating activity and participation of children and youth with disability in Sweden: A third qualifier in the International

- Classification of Functioning, Disability, and Health for Children and Youth?
American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 2012;91(suppl):S84YS96.
20. Hoogsteen L., Woodgate R.L. Can I play? A concept analysis of participation in children with disabilities. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2010; 30: 325–339
 21. International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth Version. Geneva: World Health Organization (2007)
 22. Khetani M.A., Graham J., Davies P., Law M., Simeonsson R. (2014). Psychometric Properties of the Young Children's Participation and Environment Measure (YCP-PEM). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Advance online publication. doi: 10.1016/j.apmr.2014.09.031
 23. King G.A., Law M., King S., Hurley P., Hanna S., Kertoy M., Rosenbaum P. Measuring children's participation in recreation and leisure activities: construct validation of the CAPE and PAC. *Child Care Health Dev*. 2007 Jan;33(1):28-39.
 24. Khetani M.A., Graham J., Alvord C. (2013). Community participation patterns among preschool-aged children who have received Part C early intervention services. *Child: Care, Health and Development (Special Issue)*, 39(4), 490-499
 25. Khetani M.A. (2014). Validation of environmental content in the Young Children's Participation and Environment Measure. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Advance online publication. doi: 10.1016/j.apmr
 26. Law M., Anaby D., Teplicky R., Khetani M.A., Coster W., Bedell, G. (2013). Participation in the home environment among children with and without disabilities. *British Journal of Occupational Therapy (Special Issue)*, 76(2), 58-66.
 27. Maxwell G, Augustine L, Granlund M. Does thinking and doing the same thing amount to involved participation? Empirical explorations for finding a measure of intensity for a third ICF-CY qualifier. *Developmental Neurorehabilitation*. 2012;15(4):274-83.
 28. McConachie H, Colver AF, Forsyth RJ, Jarvis SN, Parkinson KN. Participation of disabled children: how should it be characterised and measured? *Disabil Rehabil*. 2006 Sep 30;28(18):1157-64
 29. Rosenberg L., Jarus T., Bart O. Development and initial validation of the Children Participation Questionnaire (CPQ). *Disabil Rehabil*. 2010;32(20):1633-44. doi: 10.3109/09638281003611086
 30. Thomas-Stonell N., Washington K., Oddson B., Robertson B., Rosenbaum P. Measuring communicative participation using the: Focus on the Outcomes of Communication Under Six Child: Care, Health and Development. Vol. 39, Issue 4, pgs. 474-480, 2013. DOI: 10.1111/cch.12049

Казьмин А. М. Участие: теоретические аспекты и
оценка в практике ранней помощи
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 2. С. 115–127.

*Kazmin A.M. Participation: Theoretical Aspects and
Assessment in Early Intervention Practice
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 2, pp. 115–127.*

31. *Thomas-Stonell N.L., Oddson B., Robertson B., Rosenbaum P., Development of the FOCUS (Focus on the Outcomes of Communication Under Six), a communication outcome measure for preschool children. Developmental Medicine & Child Neurology, 52, pgs. 47-53, 2010*

Participation: Theoretical Aspects and Assessment in Early Intervention Practice

Kazmin A.M.,

*Ph.D. in Medical sciences, Moscow State University of Psychology and Education,
mgppukprd@gmail.com*

The article discusses the theoretical and practical aspects of participation as one of the assessment criteria of the support effectiveness for early aged children and preschool aged children with disabilities and for their families. The definition of participation and its measuring recommendations in the International Classification of Functioning, Disability and Health is compared with studies of participation of early aged and preschool aged children, with a variability of currently used assessment tools of participation. The summary gives the generalized description of the existing methods of participation assessment and lists the tendencies of further developments and researches in this field.

Keywords: participation, assessment, ICF-CY, early age, preschool age.

Literature

1. Anohin P.K. Principial'nye voprosy obschei teorii funkcional'nyh sistem. M., 1972.
2. Burlachuk L.F. , Korjova E.Yu. Psihologiya jiznennyh situacii. Uchebnoe posobie. M.: Rossiiskoe pedagogicheskoe agentstvo, 1998
3. Voronin V.N., Knyazev V.N. K opredeleniyu psihologicheskogo ponyatiya situacii // Aktual'nye voprosy organizacionno-psihologicheskogo obespecheniya raboty s kadrami. M., 1989.
4. Vygotskii L.S. Myshlenie i rech' // Sobr. soch. V 6 t. M, 1981. T. 2. .
5. Grot N.Ya. Psihologiya chuvstvovaniy v ee istorii i glavnyh osnovah. Spb., 1880.
6. Kaz'min A.M. Teoriya processual'nogo analiza: kratkoe opisanie i prikladnoe znachenie [Elektronnyi resurs] // Klinicheskaya i special'naya psihologiya. 2012. №4. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n4/57302.shtml> (data obrascheniya: 20.04.2015)
7. Leont'ev A.N. Deyatel'nost'. Soznanie. Lichnost' / pod red. D.A.Leont'eva. M.: Smysl; Akademiya, 2004. 346 s.

8. *Myasishev V.N.* Psihologiya otnoshenii. 4-e izd. //MPSI . 2011/
9. *Raven D.* Kompetentnost' v sovremennom obschestve : vyyavlenie, razvitie i realizaciya / М.: Kogito-Centr, 2002
10. *Adolfsson M.* Applying the ICF-CY to identify everyday life situations of children and youth with disabilities Dissertation No. 14. School of Education and Communication Jönköping University, Jönköping 2011 <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:443678/FULLTEXT01.pdf>
11. *Anaby D, Law M, Coster W, Bedell G, Khetani M, Avery L, Teplicky R.* The mediating role of the environment in explaining participation of children and youth with and without disabilities across home, school, and community Arch Phys Med Rehabil. 2014 May;95(5):908-17. doi: 10.1016/j.apmr.2014.01.005. Epub 2014 Jan 24.
12. *Bedell G.* (2009). Further validation of the Child and Adolescent Scale of Participation (CASP). Developmental Neurorehabilitation,12, 342-351.
13. *Chiarello L, Palisano R, McCoy SW, Bartlett D, Wood A, Chang HJ, Kang LJ, Avery L.* (2014). Child Engagement in Daily Life: A measure of participation for children with cerebral palsy. Disability and Rehabilitation, early online (doi:10.3109/09638288.2014.882417)
14. *Chien C.-W., Rodger S., Copley J., Skorka K.* Comparative Content Review of Children's Participation Measures Using the International Classification of Functioning, Disability and Health–Children and Youth. (2014) Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 95 (1) , pp. 141-152. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2013.06.027> [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(13\)00523-6/fulltext](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(13)00523-6/fulltext)
15. *Coster W., Khetani M.A.* Measuring participation of children with disabilities: issues and challenges. Disabil Rehabil. 2008; 30: 639–648
16. *Coster W., Bedell G., Low M., Khetan M.A., Teplicky R., Liljenquist K., Gleason K., Kao Y.-C.* (2011) Psychometric evaluation of the Participation and Environment Measure for Children and Youth//Developmental Medicine & Child Neurology 53: 1030–1037
17. *Forsyth R., Jarvis S.* Participation in childhood. Child: Care, Health and Development. Volume 28, Issue 4, pages 277–279, July 2002. DOI: 10.1046/j.1365-2214.2002.00272.x
18. *Fougeyrollas P., Lepage C., Boissière L., Deaudelin I., Doré L.* Assessment of Social Participation in Three Measurement Times in Children with Traumatic Brain Injuries (TBI) Based on Parental Perceptions. Open Journal of Therapy and Rehabilitation, 2014, 2, 156-165 Published Online November 2014 in SciRes. <http://www.scirp.org/journal/ojtr>, <http://dx.doi.org/10.4236/ojtr.2014.24021>

19. *Granlund M, Arvidsson P, Niia A, Bjo" rck-Åkesson E, Simeonsson R, Maxwell G, Adolfsson M, Eriksson-Augustine L, Pless M.* Differentiating activity and participation of children and youth with disability in Sweden: A third qualifier in the International Classification of Functioning, Disability, and Health for Children and Youth? *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 2012;91(suppl):S84YS96.
20. *Hoogsteen L., Woodgate R.L.* Can I play? A concept analysis of participation in children with disabilities. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2010; 30: 325–339
21. International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth Version. Geneva: World Health Organization (2007)
22. *Khetani M.A., Graham J., Davies P., Law M., Simeonsson R.* (2014). Psychometric Properties of the Young Children's Participation and Environment Measure (YCP-PEM). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* Advance online publication. doi: 10.1016/j.apmr.2014.09.031
23. *King G.A., Law M., King S., Hurley P., Hanna S., Kertoy M., Rosenbaum P.* Measuring children's participation in recreation and leisure activities: construct validation of the CAPE and PAC. *Child Care Health Dev.* 2007 Jan;33(1):28-39.
24. *Khetani M.A., Graham J., Alvord C.* (2013). Community participation patterns among preschool-aged children who have received Part C early intervention services. *Child: Care, Health and Development (Special Issue)*, 39(4), 490-499
25. *Khetani M.A.* (2014). Validation of environmental content in the Young Children's Participation and Environment Measure. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.* Advance online publication. doi: 10.1016/j.apmr
26. *Law M., Anaby D., Teplicky R., Khetani M.A., Coster W., Bedell G.* (2013). Participation in the home environment among children with and without disabilities. *British Journal of Occupational Therapy (Special Issue)*, 76(2), 58-66.
27. *Maxwell G, Augustine L, Granlund M.* Does thinking and doing the same thing amount to involved participation? Empirical explorations for finding a measure of intensity for a third ICF-CY qualifier. *Developmental Neurorehabilitation.* 2012;15(4):274-83.
28. *McConachie H, Colver A.F., Forsyth R.J., Jarvis S.N., Parkinson K.N.* Participation of disabled children: how should it be characterised and measured? *Disabil Rehabil.* 2006 Sep 30;28(18):1157-64
29. *Rosenberg L, Jarus T, Bart O.* Development and initial validation of the Children Participation Questionnaire (CPQ). *Disabil Rehabil.* 2010;32(20):1633-44. doi: 10.3109/09638281003611086
30. *Thomas-Stonell N., Washington K., Oddson B., Robertson B., Rosenbaum P.* Measuring communicative participation using the: Focus on the Outcomes of

Казьмин А. М. Участие: теоретические аспекты и оценка в практике ранней помощи
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 2. С. 115–127.

*Kazmin A.M. Participation: Theoretical Aspects and Assessment in Early Intervention Practice
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 2, pp. 115–127.*

Communication Under Six Child: Care, Health and Development. Vol. 39, Issue 4, pgs. 474-480, 2013. DOI: 10.1111/cch.12049

31. *Thomas-Stonell N.L., Oddson B., Robertson B., Rosenbaum P.* Development of the FOCUS (Focus on the Outcomes of Communication Under Six), a communication outcome measure for preschool children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52, pgs. 47-53, 2010

Форум, посвященный инклюзивному образованию

Вачков И. В.,

доктор психологических наук, профессор, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, igorvachkov@mail.ru

26-27 февраля 2015 г. в Казани на базе Университета управления «ТИСБИ» состоялся Всероссийский Форум продвижения идей и принципов инклюзивного образования (с международным участием) «Учиться и жить вместе: открытое пространство инклюзии». Во время работы Форума обсуждались наиболее актуальные проблемы внедрения инклюзивного образования в Российской Федерации.

Ключевые слова: инклюзия, дети с ОВЗ, нарушения здоровья, совместное обучение.

Для цитаты:

Вачков И.В. Форум, посвященный инклюзивному образованию [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. №2. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Vachkov.shtml> (дата обращения: дд.мм.гггг)

For citation:

Vachkov I.V. Forum, Dedicated to Inclusive Education [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2015, vol. 4, no. 2. Available at: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Vachkov.shtml> (Accessed dd.mm.yyyy). (In Russ., Abstr. in Engl.)

26-27 февраля 2015 г. в Казани на базе Университета управления «ТИСБИ» состоялся Всероссийский Форум продвижения идей и принципов инклюзивного образования (с международным участием) «Учиться и жить вместе: открытое пространство инклюзии». Организаторами этого масштабного мероприятия выступили Комиссия РФ по делам ЮНЕСКО, Министерство образования и науки РФ, ФИРО, Общественная палата РФ, Министерство образования и науки Республики Татарстан, Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан, Университет управления «ТИСБИ», Казанский национальный исследовательский технический университет, Республиканский межвузовский центр по работе с лицами с ОВЗ (г. Казань).

В Форуме приняли участие более ста шестидесяти ученых, педагогов, дефектологов, психологов, представителей общественных организаций, людей с ОВЗ из Москвы, Санкт-Петербурга, Воронежа, Ижевска, Краснодара, Кирова, Сызрани, Саратова, Самары, Дзержинска, Нижнего Тагила, Нижневартовска, Уфы, Ханты-Мансийска, Йошкар-Олы, более 130-ти участников из городов и районов Республики Татарстан.

Важнейшими целями этого Форума стали систематизация научного поиска и практического российского опыта в инклюзивном образовании, создание условий для применения и передачи инклюзивных практик в образовании, вовлечение большего числа представителей педагогического сообщества и широких слоев общественности из разных регионов в процесс выработки решений по развитию инклюзивного образования в России.

Первый день работы начался с параллельного проведения дискуссий «Опыт, проблемы, решения в образовании с лицами с нарушением зрения», «Опыт, проблемы, решения в образовании с лицами с нарушением слуха», «Опыт, проблемы, решения в работе с лицами с нарушением опорно-двигательного аппарата и другими заболеваниями», «Социальная реклама как инструмент продвижения инклюзивного образования». В процессе каждой из дискуссий прозвучали выступления ученых, занимающихся проблемами инклюзии, и практиков – учителей и директоров школ, которые прямо обозначали многочисленные трудности при внедрении инклюзии в систему образования. Одним из наиболее ярких и обративших на себя внимание многих участников стало выступление И. В. Раткевич, директора МБОУ «СОШ №139» из Самары, «Реализация принципов инклюзивного образования в общеобразовательной школе (из опыта работы)». Возглавляемая ею образовательная организация уже седьмой год участвует в инклюзивном процессе, там в настоящее время учатся 46 детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. И. В. Раткевич рассказала об основных этапах организации инклюзии в школе:

- 1) создание безбарьерной среды (автомобиль, подъемник, туалеты);
- 2) создание нормативно-правовой документации: изменение Устава, разработка локальных актов, должностных инструкций, адаптация учебных планов, образовательных программ;
- 3) профессиональная переподготовка кадров;
- 4) формирование команды из персонала школы, обеспечивающей необходимый уровень поддержки детей с особыми образовательными потребностями;
- 5) организация системы эффективного психолого-педагогического и медицинского сопровождения процесса инклюзивного образования;
- 6) поддержка образовательного учреждения со стороны органов управления образования.

Во второй день работы Форума прозвучали приветствия и короткие пленарные доклады. Среди выступавших были О. Смолин – депутат ГД РФ, Н. Прусс – ректор НОУ ВПО «Университет управления «ТИСБИ», Г. Орджоникидзе – ответственный секретарь комиссии РФ по делам ЮНЕСКО, Н. Малофеев – директор Института коррекционной педагогики РАО, Б. Белявский – заместитель руководителя центра дошкольного, общего, дополнительного и коррекционного

образования ФГАУ «ФИРО», А. Гильмутдинов – ректор Казанского национального исследовательского технического университета им. Туполева, В. Каганов – заместитель министра образования и науки РФ.

Затем перед участниками форума с лекцией «Реализация ФГОС начального общего образования обучающихся с ОВЗ образовательной организацией: риски и ожидания заказчика» выступил директор Института коррекционной педагогики РАО Н. Малофеев. В частности, он напомнил о том, что ФГОС начального общего образования обучающихся с ОВЗ утверждены приказом Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. и вступили в силу 12 февраля 2015 г. Он подчеркнул, что нельзя перекрывать ребенку путь к образованию, но и нельзя насильно тащить больного ребенка к аттестату. По его мнению, параллельно с внедрением инклюзивного образования необходимо сохранять и развивать систему специального образования.

Подводя итоги обсуждения проблем инклюзии на Форуме, можно констатировать следующее:

- 1) В последнее время произошли позитивные изменения в государственном законодательстве: продлена программа «Доступная среда» на 2016-2020 гг.; подписан ФЗ «О внесении изменений в федеральные законы» (в большое количество законов) на основе международных актов по инвалидности (вступает в силу с 2016 г.); в плане развития инклюзивного образования: новый ФЗ прописан в отношении инвалидов лучше других законов; закрытие коррекционного учреждения может происходить только с согласия родителей детей, посещающих такие учреждения.
- 2) В регионах РФ накапливается **полезный опыт организации инклюзивного образования**.
- 3) В условиях ограниченного бюджетного финансирования образовательных организаций выявлена целесообразность организации в муниципалитетах нескольких инклюзивных школ, оборудованных для детей с ОВЗ одной нозологии (например, одна школа – для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, другая – для детей с нарушениями слуха, третья – для детей с нарушениями речи и т.д.; тогда школы смогут привлечь лучших специалистов для обучения детей с нарушениями здоровья и обеспечить их необходимым для обучения оборудованием).
- 4) Дети с ОВЗ имеют сильную мотивацию к обучению в общеобразовательных школах, поскольку в коррекционных школах сконцентрированы дети, которым «ничего не нужно в жизни».
- 5) Родители здоровых детей и сами здоровые дети имеют разные (порой противоположные) позиции по отношению к совместному обучению с детьми с ОВЗ.

- 6) Педагоги школ обычно демонстрируют принятие инклюзии (в силу своей профессиональной этики), но выражают тревогу из-за отсутствия специальной подготовки к работе с детьми с ОВЗ совместно с нормативными обучающимися;
- 7) Во многом именно позиция директора определяет, сможет ли коллектив школы (учителя, дети, родители) преодолеть характерную ригидность в вопросе инклюзивного образования.
- 8) Руководители инклюзивных школ вынуждены участвовать в построении дальнейшего (профессионального) образования детей с ОВЗ в период после окончания ими школы в связи с малой готовностью образовательных организаций среднего и высшего профессионального образования к приему и обучению в них детей с ОВЗ.

Forum, Dedicated to Inclusive Education

Vachkov I.V.,

doctor of psychology, professor, Moscow state university of psychology and education, Moscow, Russia, igorvachkov@mail.ru

26 – 27 of February 2015 in Kazan, in the University of Management “TISBI” been held National (All-Russian) forum of promotion of ideas and principles of inclusive education (with international participants) “Study and live together: open space of inclusion”. During the work of Forum the most topical questions of inclusive education implement in Russian Federation been discussed.

Keywords: inclusion, disabled children, health impairments, cooperative learning

О семинарах профессора Шуламит Крейтлер в МГППУ

Щербакова А.М.,

кандидат педагогических наук, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, shcherbakova.a.m@yandex.ru

Федорова А.И.,

магистрант, Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия, mrs-gerda@yandex.ru

С 9 по 15 февраля 2015 года в Московском городском психолого-педагогическом университете состоялся цикл семинаров доктора психологии Шуламит Крейтлер, профессора Тель-Авивского университета, директора Центра психологических исследований медицинского центра Шеба, Тель-Хашомер, Израиль.

Ключевые слова психологическая реабилитация, теория смыслов, реабилитационная психология, ограниченные возможности здоровья, когнитивная ориентация.

Для цитаты:

Федорова А.И., Щербакова А.М. О семинарах профессора Шуламит Крейтлер в МГППУ [Электронный ресурс] //Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. №2. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Fedorova_Scherbakova.shtml (дата обращения: дд.мм.гггг)

For citation:

Fedorova A.I., Scherbakova A.M. On the Seminar of Professor Shulamit Kreitler in MSUPE [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2015, vol. 4, no. 2. Available at: http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Fedorova_Scherbakova.shtml (Accessed dd.mm.yyyy). (In Russ., Abstr. in Engl.)

С 9 по 15 февраля 2015 года в Московском городском психолого-педагогическом университете состоялся цикл семинаров доктора психологии Шуламит Крейтлер, профессора Тель-Авивского университета, директора Центра психологических исследований медицинского центра Шеба, Тель-Хашомер, Израиль. Инициаторы программы семинаров исходили из того, что реабилитационная психология в нашей стране только начинает развиваться. Профессионалы-практики, работающие в сфере реабилитационной психологии, нуждаются в получении знаний о современных направлениях психологической реабилитации, используемых в других странах, тем более что очевидна недостаточность конкретных подходов и

технологий в реабилитации, особенно лиц с психическими заболеваниями и ментальными нарушениями.



Контакты МГППУ с доктором Ш. Крейтлер имеют свою историю. Так, в 2013 году она участвовала во второй международной конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» с пленарным докладом и лекциями, прочитанными 12 и 13 декабря 2013 года (Meaning-based cognitive rehabilitation; Coping and quality of life of people with disabilities). В лекциях описывалось влияние различных стратегий совладания на качество жизни людей с ограниченными возможностями здоровья. Профессор Крейтлер касалась различных социальных и эмоциональных проблем, с которыми приходится сталкиваться людям с ограничениями.

В феврале 2015 года рамках программы магистратуры «Психологическая реабилитация в социальной сфере» (руководитель – профессор А. М. Щербакова) профессор Крейтлер прочитала курс «Теория когнитивной реабилитации».

Этот курс дал возможность слушателям познакомиться с основными теоретическими положениями теории когнитивной ориентации разработанной Шуламит и Хансом Крейтлер (Kreitler&Kreitler), а также подробно узнать о методах практического применения теории для прогнозирования поведения и влияния на него. Были раскрыты возможности прикладного использования данной теории в самых различных областях работы психолога, в том числе и в реабилитологии. Теория когнитивной ориентации является достаточно распространенной основой для исследований в области психологии, работы Ш. Крейтлер широко цитируются в англоязычной научной литературе. Ниже приведен краткий список основных публикаций по этой теории (на английском языке).

Магистранты получили возможность ознакомиться с зарубежным опытом, освоить основанную на теории смыслов методику психологической реабилитации,

тем самым расширив свой профессиональный арсенал подходов и средств реабилитации.

В рамках программы дополнительного профессионального образования «Теория смыслов в психологической реабилитации» (автор – А.М.Щербакова, Ш. Крейтлер) профессор Шуламит Крейтлер прочитала курс «Теория смыслов в психологической реабилитации». Теория смыслов была разработана Ш. Крейтлер в сотрудничестве с покойным супругом, клиническим психологом Хансом Крейтлером, учеником З.Фрейда. Методика использовалась на протяжении многих лет в Израиле, США, Швейцарии и начинает применяться в Греции, Польше и Пакистане.

Слушатели получили представление о теории смыслов. Были раскрыты ее теоретические аспекты. Подробно рассматривался разработанный на основе теории смыслов метод диагностики и реабилитации клиентов с психическими заболеваниями, а также после мозговых травм и инсультов, с различными формами деменции. Обсуждалась методика психокоррекционной работы с детьми, имеющими трудности в обучении, связанные с задержками развития, с речевыми расстройствами, с нарушениями внимания и памяти, а также с другими нарушениями психического развития.

Программа курса повышения квалификации состоит из вводных лекций и семинаров, посвященных психологической реабилитации лиц с ОВЗ, из лекций, посвященных теории смыслов и основанной на ней методике диагностики и коррекции когнитивных нарушений, а также серии практических занятий, направленных на отработку навыков работы с опросниками и составления индивидуального «Профиля смыслов».

Литература

1. *Kreitler H., Kreitler S.* The model of cognitive orientation: towards a theory of human behavior // *British Journal of Psychology.* 1972 № 63. С. 9-30.
URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8295.1972.tb02079.x/citedby> (дата обращения 29.01.2015)
2. *Kreitler H.* Cognitive Orientation and Behavior / H. Kreitler, S. Kreitler. New York: Springer. 1976
3. *Kreitler H., Kreitler S.* The theory of cognitive orientation: Widening the scope of behavior prediction // *Progress in experimental personality research* / Eds. B.A. Maher and W.A. Maher. New York: Academic Press, 1982. Vol. 11, pp. 101-169
4. *Kreitler S., Kreitler H.* The cognitive approach to motivation in retarded individuals // *International Review of Research in Mental Retardation* / Ed. N.W. Bray. San Diego, CA: Academic Press, 1988. — Vol. 15. — pp. 81-123

5. *Kreitler H., Kreitler S. Cognitive primacy, cognitive behavior guidance and their implications for cognitive therapy // Journal of Cognitive Psychotherapy. 1990. № 4. pp. 155-173.*
6. *Kreitler S., Kreitler H. Cognitive Orientation and physical disease or health // European Journal of Personality. 1991. № 5. pp. 109-129.*
7. *Kreitler S. An evolutionary perspective on cognitive orientation // Evolution and Cognition. 2001. 7, pp. 81-97.*

On the Seminar of Professor Shulamit Kreitler in MSUPE

Fedorova A.I.,

Moscow state university of psychology and education, Moscow, Russia, mrs-gerda@yandex.ru

Scherbakova A.M.,

*Ph.D. in Pedagogy, Moscow state university of psychology and education, Moscow, Russia,
shcherbakova.a.m@yandex.ru*

From 9 to 15 of February, 2015 in Moscow state university of psychology and education hosted series of seminars of doctor of psychology Shulamit Kreitler. Dr. Kreitler is a professor of Tel-Aviv University, director of psychology studies center in Sheba medical center, Tel-Hashomer, Israel.

Keywords: psychological rehabilitation, theory of meanings, rehabilitational psychology, disabilities, cognitive orientation.

Literature

1. *Kreitler H., Kreitler S.* The model of cognitive orientation: towards a theory of human behavior // *British Journal of Psychology.* 1972 № 63. С. 9-30.
URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8295.1972.tb02079.x/citedby> (дата обращения 29.01.2015)
2. *Kreitler H.* *Cognitive Orientation and Behavior* / H. Kreitler, S. Kreitler. New York: Springer. 1976
3. *Kreitler H., Kreitler S.* The theory of cognitive orientation: Widening the scope of behavior prediction // *Progress in experimental personality research* / Eds. B.A. Maher and W.A. Maher. New York: Academic Press, 1982. Vol. 11, pp. 101-169
4. *Kreitler S., Kreitler H.* The cognitive approach to motivation in retarded individuals // *International Review of Research in Mental Retardation* / Ed. N.W. Bray. San Diego, CA: Academic Press, 1988. — Vol. 15. — pp. 81-123
5. *Kreitler H., Kreitler S.* Cognitive primacy, cognitive behavior guidance and their implications for cognitive therapy // *Journal of Cognitive Psychotherapy.* 1990. № 4. pp. 155-173.
6. *Kreitler S., Kreitler H.* Cognitive Orientation and physical disease or health // *European Journal of Personality.* 1991. № 5. pp. 109-129.

Федорова А.И., Щербакова А.М. О семинарах профессора Шуламит Крейтлер в МГППУ
Клиническая и специальная психология
2015. Том 4. № 2. С. 133–138.

*Fedorova A.I., Scherbakova A.M. On the Seminar of Professor Shulamit Kreitler in MSUPE
Clinical Psychology and Special Education
2015, vol. 4, no. 2, pp. 133–138.*

7. *Kreitler S. An evolutionary perspective on cognitive orientation // Evolution and Cognition. 2001. 7, pp. 81-97.*