

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ  
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

**Clinical Psychology and Special Education**

**НАУЧНЫЙ  
ЭЛЕКТРОННЫЙ  
ЖУРНАЛ**

**2016. Том 5, № 3**

**2016. Vol. 5, no 3**

## СОДЕРЖАНИЕ

### Теоретические исследования

*Резниченко С.И.* Валеологический потенциал привязанности к дому у взрослых людей 1–23

### Эмпирические исследования

*Авдулова Т.П., Тер-Ованесов М.Д., Ягудина О.П.* Особенности алекситимии и субъективной оценки межличностных отношений у онкологических больных 24–39

*Бабкина Н.В.* Роль осознанной саморегуляции в реализации когнитивных и личностных ресурсов ребенка с задержкой психического развития 40–55

*Зязина Н.А., Николаева Н.О.* Девушки в спорте и балете: пищевое поведение, отношение к своему телу, межличностное взаимодействие и личностная компетентность 56–68

*Кочерова О.Ю., Пыхтина Л.А., Гаджимурадова Н.Д., Филькина О.М., Малышкина А.И.* Психологические особенности матерей детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения 69–77

*Мартусова Е.В.* Индивидуально-психологические особенности детей младшего школьного возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции 78–94

*Мелёхин А.И., Киреева З.А.* Специфика когнитивных репрезентаций времени в пожилом и старческом возрасте 95–115

*Силина О.В.* Границы Я и психологическое благополучие детей 2–10 лет 116–129

### Прикладные исследования

*Майзель О.В.* Метод развития познавательного потенциала Р. Фейерштейна и Р. Гузмана 130–144

### Методы и методики

*Леонтьева Е.М.* Методологические и методические проблемы клинических исследований ценностной сферы 145–155

### Хроника

*Куфтяк Е.В.* Памяти И.М. Никольской 156–158

*Лубовский Д.В.* Памяти Л.Ф. Обуховой 159–161

*Специалисты кафедры нейро-и патопсихологии развития.* Памяти И.С. Гориной 162–165

## CONTENT

### Теоретические исследования

- Reznichenko, S.I.* Valeological Potential of Home Attachment in Adults 1–23

### Эмпирические исследования

- Avdulova, T.P., Ter-Ovanesov, M.D., Yagudina O.P.* Alexithymia Characteristics and Subjective Evaluation of Interpersonal Relations in Cancer Patients 24–39
- Babkina, N.V.* The Role of Conscious Self-Regulation in Realization of Cognitive and Personal Resources in a Child with Developmental Delay 40–55
- Zyazina, N.A., Nikolaeva, N.O.* The Girls in Sport and Ballet: Eating Behavior, Attitude to Own Body, Interpersonal Interaction and Understanding of Themselves 56–68
- Kocherova, O.Ju., Pykhtina, L.A., Gadzhimuradova, N.D., Filkina, O.M., Malyshkina, A.I.* Psychological Characteristics of Mothers of Children Conceived With Use of In Vitro Fertilization 69–77
- Martusova, E.V.* Individual Psychological Characteristics of Children of Primary School Age with Various Manifestations of Tuberculous Infection 78–94
- Melehin, A.I., Kireieva, Z.A.* The Specificity of the Cognitive Representations of Time in Elderly 95–115
- Silina, O.V.* The “I” Boundaries and the Psychological Well-Being of Children Aged 2–10 Years Old 116–129

### Прикладные исследования

- Mayzel, O.V.* The Method of Increasing the Cognitive Potential of a Person (R. Feuerstein and R. Guzman) 130–144

### Методы и методики

- Leontieva, E.M.* Methodological and Methodical Issues in Clinical Studies Concerning Values 145–155

### Хроника

- Kuftyak, E.V.* In the Memory of I.M. Nikolskaya 156–158
- Lubovskiy, D.V.* In the Memory L.F. Obukhova 159–161
- Specialists of the chair of developmental neuro- and pathopsychology.* In the memory of I.S. Gorina 162–165

# Валеологический потенциал привязанности к дому у взрослых людей<sup>1</sup>

**Резниченко С.И.,**

*кандидат психологических наук, научный сотрудник Московского государственного психолого-педагогического университета, Москва, Россия, sofya\_292@list.ru*

---

В статье обсуждается роль субъектно-средового взаимодействия – а именно отношений человека с его домом – в поддержании психологического здоровья личности. В качестве ключевого конструкта, отражающего меру любви и предпочтения человеком дома другим местам, предлагается рассматривать феномен привязанности к дому. До сих пор взаимосвязи между привязанностью к дому и психологическим здоровьем человека – и тем более анализ этих взаимосвязей на разных стадиях жизненного пути человека – являлись объектом лишь теоретических и житейских построений, что является основанием в пользу их эмпирического исследования. Привязанность к дому измерялась при помощи авторского одноименного опросника (Резниченко и др., 2016). Также исследовались компоненты психологического здоровья – психологическое благополучие (при помощи Шкалы психологического благополучия Варвик–Эдинбург Р. Теннант и коллег), чувство связности (Шкала чувства связности А. Антоновского) и аутентичность (Шкала аутентичности А. Вуда и соавторов). В исследовании участвовали взрослые респонденты (N=203; возрастной диапазон 18–60 лет;  $M_{\text{возраст}}=33,7$ ;  $SD_{\text{возраст}}=7,2$ ), условно разделенные на три возрастные группы: юношеского возраста, периодов ранней и средней зрелости. Полученные результаты позволили заключить, что привязанность к дому является ресурсом психологического здоровья, при этом в большей степени она поддерживает чувство связности и психологическое благополучие и в меньшей – переживание аутентичности. Обнаружено, что взаимосвязи между привязанностью к дому и психологическим здоровьем отличаются возрастной лабильностью: они наиболее интенсивны в юности, к периоду ранней зрелости становятся несущественными, а к периоду средней зрелости снова становятся значимыми. Полученные результаты обсуждаются в контексте жизненного пути и возрастных задач развития личности.

---

**Ключевые слова:** привязанность к дому, домашняя среда, психологическое здоровье, чувство связности, психологическое благополучие, аутентичность.

---

<sup>1</sup> Работа подготовлена при финансовой поддержке Российского научного фонда (проект № 14-18-02163).

**Для цитаты:**

Резниченко С.И.. Валеологический потенциал привязанности к дому у взрослых людей [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 3. С. 1–23. doi: 10.17759/psyclin.2016050301

**For citation:**

Reznichenko, S.I. Valeological Potential of Home Attachment in Adults [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2016, vol. 5, no. 3. pp. 1–23. doi: 10.17759/psycljn.2016050301 (In Russ., abstr. in Engl.)

### Введение

Понятие «психологическое здоровье» не поддается формализованному толкованию, поскольку является многомерным, вписанным в контекст жизни, культуры и истории, персонифицированным, динамичным состоянием личности. Векторы изучения психологического здоровья столь же разнонаправленны и многочисленны, сколько дисциплин и подходов к его изучению существует. Так, классическая, в частности, клиническая психология больше ориентирована на изучение проблем психологического нездоровья и профилактику дезорганизации функциональных процессов и дезинтеграции личности, а также на решение прикладных вопросов поддержания психического и опосредованно психологического здоровья. Салютгенетическая парадигма, наоборот, придерживается изучения позитивных вариантов формирования психологического здоровья и развития его арсенала: копингов, стрессоустойчивости, жизнестойкости и других факторов. В субъектной психологии психологическое здоровье рассматривается как отражение целостности, субъектности, продуктивности личности и часто описывается как акмеологическая категория, представляющая собой мощный ресурс для самоинтеграции и универсализации. В гуманистической психологии психологически здоровый человек – верный самому себе, своим желаниям и помыслам, реализующий свой потенциал и полноценно функционирующий человек [21]. К общим для всех теорий определениям и свойствам психологического здоровья относятся следующие: 1) оно определяет позитивное, гармоничное, творческое функционирование личности; 2) является условием личностного роста, становления субъектности, реализации своего потенциала, актуализации личностных ресурсов для решения жизненных задач; 3) является сложной, динамичной системой, включающей эмоционально-когнитивный (гедонистический), потребностно-мотивационный (эвдемонистический) и функциональный (инструментальный) компоненты [20]; 4) психологически здоровый человек жизнестойкий и адаптивный, целостный, гибкий, аутентичный, активный, творческий и созидающий, счастливый, рефлексивный, ставящий цели и достигающий их; его жизнь осмысленна и управляема. Под психологическим здоровьем мы будем понимать «состояние субъективного, внутреннего благополучия личности, обеспечивающее оптимальные возможности ее эффективного взаимодействия с окружающими объективными условиями, другими людьми и позволяющее ей свободно реализовывать свои индивидуальные ресурсы» [12, с. 29].

Психологическое здоровье поддерживается широким спектром субъектно-бытийных и средовых факторов, позволяющих развить, сбалансировать и интегрировать все сферы человеческого «я»: это люди и система отношений с ними; это индивидуальные и личностные свойства, установки, ценности и мировоззрение. Наконец, это средовые условия и субъектно-средовые отношения, на роли которых в поддержании психологического здоровья мы остановимся подробнее [9].

### **Дом и привязанность к нему как ресурсные факторы человеческого бытия: теоретический анализ**

Одной из наиболее значимых жизненных сред для получения опыта и развития, любви, защиты и сил является дом. О доме как об источнике здоровья, гармонии и умиротворения говорит народное творчество («В гостях хорошо, а дома лучше», «Каково на дому, таково и самому», «Хозяин в дому, что медведь в бору», «В родном доме и стены помогают»). Художественное искусство описывает образ дома как родовое гнездо и элемент взаимодействия поколений (например, в классической русской литературе), обеспечивающий переживание самопреемственности, а также как часть сокровенного Я, объект идентификации, в котором разворачивается история жизни человека. В прикладном аспекте исцеляющее и адаптивное значения дома отражены в распространенности всякого рода духовно-медитативно-оздоровительных «домашних» практик (Фэн-шуй, Родолад и т.п.). И конечно, в общей тенденции сосредоточивать и организовывать жизнь человека в непосредственной близости от дома. Так, за последние пару десятков лет все чаще дети стали рождаться и обучаться дома как в месте, далеком от врачебных ошибок или буллинга; все активнее люди ищут удаленную работу, позволяющую экономить энергию, силы и здоровье; и даже медицинские и социальные работники теперь нередко рекомендуют амбулаторное сопровождение и лечение или, например, паллиативную помощь на дому, признавая эффективность лечения, абилитации и реабилитации в привычных и эмоционально положительных условиях дома.

Специфика отношений человека с его домом, диктующая их валеологическую ценность, заключается, во-первых, в *постоянстве*: взаимодействие с онтологическим пространством дома сопровождает человека всю жизнь вне зависимости от того, находится ли он в границах жилого пространства здесь и сейчас или же разлучен с домом. Образ дома и отношение к нему есть всегда, даже тогда, когда человек теряет дом или разлучен с ним. Во-вторых, взаимодействие с домом *вписано в контекст жизни личности, а потому динамично*. Отношение человека к дому отражает его социальные и личностные устремления, ожидания и мотивы, диктуемые теми жизненными задачами, которые перед ним стоят; оно определяется мерой соответствия функций и смыслов дома деятельности, потребностям и целям субъекта, которые в свою очередь зависят от стадии жизненного пути. Наконец, отношение человека к дому *может проявляться разнообразным спектром эмоций*: от любви, удовольствия и гордости до негодования, раздражения и неприятия. В свою очередь, это эмоциональное отношение формирует деятельностные установки в отношении дома: в позитивном варианте – бережное и созидательное поведение, а в худшем случае – разрушающее

поведение, например, порча имущества, нарушение домашних правил, неуважение к домочадцам.

В зарубежной средовой и экологической психологии начиная с 70-х годов прошлого столетия активно изучается ставший самостоятельным феномен привязанности к месту (place attachment), в котором раскрывается функциональная, эмоциональная и символическая значимость для человека его реального жизненного пространства [14; 30; 32]. На наш взгляд, позитивное отношение человека к его дому уместно описывать при помощи феномена *привязанности к дому*. Привязанность к дому отражает положительное эмоциональное отношение человека к тому месту, которое он считает домом, как к родному и близкому. Проявление привязанности на эмоциональном уровне проявляется в предпочтении дома другим местам, а на уровне поведения привязанность к дому раскрывается в стремлении человека находиться вблизи дома, заниматься в нем различной деятельностью и возвращаться в него.

При этом привязанность к дому, являясь результатом субъект-объектного взаимодействия, мотивируется комплексом средовых и субъектных факторов [13]. Так, привязанность к дому определяется функциональным потенциалом и дружелюбностью дома – функциональными характеристиками домашней среды, которые удовлетворяют разноуровневые потребности человека, например, в отдыхе, личном пространстве, бытовых удобствах и позволяют разнообразные виды релевантной для человека активности в доме (от возможности принимать ванну до условий, позволяющих, например, заниматься творчеством). Также привязанность к дому задается личностными смыслами (например, дом как метафора личности, как часть автобиографии или как объект идентификации), а также эмоциями, которые образ дома порождает у своего обитателя.

Несмотря на очевидность того, что привязанность к дому не может не влиять на психологическое здоровье личности, специфика этого влияния парадоксальным образом до сих пор не изучалась [15]. И более того, отсутствуют стандартизированные методы исследования самого феномена привязанности к дому. Между тем в психологии среды, гуманитарной географии и рекреационной психологии имеется богатая фактология о влиянии привязанности к значимому для человека месту (в качестве таких мест обычно изучаются более крупные территориальные единицы – парк, район, город, страна) на позитивное функционирование личности [22; 30]. Рассматривая дом как объект привязанности, обладающий теми же свойствами, что и любое другое жизненное пространство (место), мы считаем правомерным приписывать феномену привязанности к дому функции, механизмы и характеристики аналогичные тем, которые составляют феномен привязанности к месту.

В литературе преимущественно рассматривается позитивный вклад привязанности к месту в психологическое здоровье. Например, исследовано, что привязанность к жилой среде позитивно взаимосвязана с удовлетворенностью качеством жизни [22], психологическим благополучием [36], личностным развитием [37] и т.п. Тем не менее сразу отметим, что привязанность к дому, как и другие формы привязанности, может быть иррациональной, дисфункциональной или

небезопасной для ментального здоровья и целостности личности. Например, сильная зависимость от своего дома усиливает ригидность аттитюда в отношении других мест жизнедеятельности и может препятствовать свободе действий человека, ограничивать его активность и развитие в целом. Привязанность к жилой среде и ревностное отношение к ней могут провоцировать и социальные конфликты, связанные в первую очередь с критикой и оценкой действий и поведения других людей (особенно чужаков) в отношении среды как неприемлемых и оскверняющих. Более того, неоднократно доказано, что сильная привязанность к среде проживания сродни «слепой любви» и может косвенно угрожать жизни человека: так, привязанные к своему жилищу или городу люди часто отказываются покидать его даже в случаях, когда это место проживания подвергается природным катаклизмам, либо находится в зоне военных действий [24].

Какие же благоприятные для психологического здоровья функции выполняет привязанность к дому? Наиболее часто упоминаемые в литературе функции привязанности к месту сводятся к обеспечению психологической безопасности, поддержке саморегуляции и целедостижения, поддержке идентичности, временной и личностной преемственности. Мы предполагаем, что эти функции правомерно приписывать и феномену привязанности к дому.

1) *Безопасность и адаптация.* Так, функциональная привязанность к дому, которая формируется тогда, когда дом дает человеку физические ресурсы (пищу, воду, укрытие, пространство деятельности), способствует структурированию знаний о том, как эти ресурсы использовать себе во благо, повышает прогнозируемость, управляемость и узнаваемость жилища, что в свою очередь обеспечивает чувство безопасности и переживание собственной неприкосновенности [40]. По мнению Р. Соммера, персональное пространство обеспечивает не только суверенность ценностей и телесности человека, но и предметов, находящихся в его распоряжении [38]. Таким образом, ощущение безопасности в доме складывается не только и не столько за счет физических атрибутов (ограждений, дверей, укромных мест и «пунктов наблюдения»), сколько за счет знания свойств домашнего пространства и его наполнения (в том числе социального) и возможности предвосхищать позитивные и негативные ситуации в доме и эффективно управлять ими.

Эмоциональная связь с домом сама по себе не снабжает человека какими-либо ресурсами, обеспечивающими безопасность, но наше отношение к дому на психологическом уровне «обещает» нам его безопасность: любимый и привычный дом ассоциируется с защищенностью, безопасностью и подконтрольностью. Это предположение возникает из самой теории привязанности: мать не удовлетворяет психологические потребности ребенка, например, в безопасности, она лишь «напоминает» своим поведением о том, что основные потребности будут удовлетворены; она ассоциируется у ребенка с безопасностью, но не является самим источником безопасности. Однако многие экологические психологи утверждают, что привязанность к месту (а значит, привязанность к дому тоже) является непосредственным ресурсом безопасности. Например, люди, удовлетворенные местом проживания и испытывающие близость по отношению к своей среде жизнедеятельности, в большей мере, чем слабо привязанные к среде люди,



ощущают себя в безопасности, даже когда эта среда находится в зоне военных действий, что позволяет им быстрее адаптироваться [24]. Ориентация на поддержание близкой и неразлучной связи с местом чаще возникает у людей больше всего нуждающихся в безопасности и поддержке (социально ослабленные группы населения, беременные женщины, больные люди), что подчеркивает прямую связь между местом привязанности и чувством безопасности [29]. Кроме того, привязанность к дому облегчает социокультурную адаптацию, а именно поддерживает такие значимые для психологического здоровья факторы, как чувство принадлежности, сплоченность, идентификацию с ритуалами и традициями домашней среды и с местной культурой в целом [25].

2) *Саморегуляция и целедостижение.* Привязанность к дому поддерживает процессы саморегуляции, а также помогает человеку в *достижении поставленных целей.* Очень часто оказывается так, что человек расположен к определенной среде и функционально зависим от нее, потому что она дает ему ресурсы и позволяет осуществлять необходимые виды деятельности для достижения своих целей и желаний: так, например, люди, занимающиеся и зарабатывающие художественным искусством (художники, ремесленники, композиторы и т.п.), стремятся жить за городом, в уединении, имея возможность обращаться за вдохновением к природе. Привязанность к дому также обеспечивает структурирование взаимоотношений с социальным миром через *регуляцию личностных границ.* Основными «средством» при этом является *персонализация* домашнего пространства: «процесс создания “своей” территории, который заключается в “оличивании” некоторого ближайшего окружения, проекции личности на территорию, с помощью чего достигается уверенность и защищенность» [19, с. 9]. При этом основная функция персонализации пространства – возможность продемонстрировать свою индивидуальность окружающим людям и показать внешнему миру границы своего частного пространства жизнедеятельности, сохранить и укрепить самого себя [19; 38]. Исследования персонализации показывают, что на своей территории человек ведет себя более естественно и раскованно, а вторжение в личное пространство воспринимается как фрустрирующий фактор. Исследован положительный эффект персонализации на психологическое состояние: человек тем более тревожен, эмоционально лабилен и психологически неустойчив, чем меньше его пространство жизнедеятельности приватно и персонализировано [26].

Привязанность и уважение к домашнему пространству и домочадцам задают почтительное, *протекционное и сообразное целям поведение:* это очевидно на примере того, как внимательно, проэкологично, а иногда и ревностно человек относится к своему дому и к его содержанию. А, например, соседская привязанность способствует тому, что человек в меньшей степени оказывается склонен к антисоциальному поведению и криминальным действиям и в то же время на порядок меньше боится оказаться жертвой преступников в своем районе [25]. Привязанность к дому способствует процессу саморегуляции также и потому, что дом обладает «оздоравливающими» качествами: вселяет чувство безопасности и комфорта, напоминает об успехе прошлых лет, связан с социальной поддержкой родных людей, способствует саморефлексии, решению проблем и снятию стресса [34], дает возможность планировать цели и организовать завтрашний день.

3) *Преемственность и идентификация.* Еще одна выделяемая нами функция привязанности к дому заключается в том, что она обеспечивает личностную и временную преемственность и самоидентификацию как ощущение целостности, самопринятие Я-образа во всех своих свойствах, качествах и отношениях к окружающему миру. Под самопреемственностью здесь мы понимаем осознанное ощущение и принятие собственной уникальности; понимание себя в контексте непрерывности бытия и понимание связности прошлого и будущего Я-образа. Эта функция прежде всего связана с процессом идентификации с домом – оценкой человеком дома как подходящего его индивидуальности, «своего», как значимой части Я-образа [34]. Часто для человека оказывается важным, чтобы среда соответствовала его жизненным ценностям (в экологической психологии этот феномен получил название «конгруэнтность места, поддерживающая самость человека» (“place-congruent continuity”) [41]. Хорошей иллюстрацией соответствия жилой среды индивидуальности человека может быть распространенный в последнее время феномен самоорганизованного кохаузинга, при котором собирается группа единомышленников, проектирующих свой дом с учетом совместных ценностей, интересов, образа жизни и т.п. Поэтому кохаузинг проектируют с учетом большого процента пространств общего пользования, где эти интересы и стиль жизни могут быть реализованы.

Связь с домом обеспечивает также и временную преемственность через эмоциональную привязанность к этой среде, которая остается символически значимой в воспоминаниях о прошлом и в мечтах о будущем. Например, человек может быть привязан к тому дому, где прошло его детство или который напоминает ему об ушедших из его жизни близких людях. Функциональная привязанность к физическим параметрам дома поддерживает преемственность через пространственно-предметные характеристики (фотографии, дневники, детали интерьера, мебель и т.п.), напоминающие человеку об определенных эпизодах его жизни или позволяющие ему сравнить свое настоящее и прошлое Я [41]. Эти пространства и вещи представляют собой часть личной истории человека.

Итак, экстраполируя валеологическую ценность феномена привязанности к месту на предлагаемый нами конструкт привязанности к дому, гипотетически можно заключить, что привязанность к дому имеет адаптивное, регулирующее и пособляющее значения в жизни человека, которые актуализируются и на социальном, и на личностном, и на физическом уровнях.

Более того, принимая во внимание неоднократно упоминаемый ранее факт динамичности и контекстуальности отношения человека с домом, мы предполагаем, что вклад привязанности к дому в психологическое здоровье у людей разного возраста будет варьироваться.

### **Возрастоспецифичность влияния привязанности к дому на психологическое здоровье как исходная гипотеза эмпирического исследования**

В психологии развития отмечается, что взаимосвязи между субъектом и средой носят динамичный и зигзагообразный характер (В.В. Знаков, Л.Ф. Обухова, Е.А. Сергиенко, Л.В. Смолова, Н.Е. Харламенкова, У. Бронфенбреннер): наиболее

сильное объектное воздействие обнаруживается в детском и подростковом, а также в пожилом возрастах, в то время как в молодом (юношеском) и в период средней взрослости возрастает субъектность отношений человека и среды, при которой человек воздействует на среду, выбирает, моделирует, управляет ей [18]. Разумеется, это положение справедливо и для отношений человека с домом. Так, в наших исследованиях было показано, что у подростков и людей пенсионного возраста привязанность к дому гораздо сильнее сопряжена с разнообразными функциональными характеристиками домашней среды, чем в другие возрастные периоды [16].

По мнению К. Лийк, «осознанное средообразование» с учетом возрастных, онтогенетических, гендерных и других особенностей является ведущим средством поддержки всестороннего развития личности и позволяет формировать требуемое функциональное качество среды – развивающую, терапевтическую, стимулирующую, рекреационную и т.п. [7]. Таким образом, можно предположить, что степень влияния привязанности к дому на различные компоненты психологического здоровья будет неодинакова в разные периоды жизни. Логика этих взаимосвязей достаточно проста. На каждом жизненном этапе определенные характеристики домашней среды, равно как и смыслы дома вообще становятся ресурсом для решения возрастных задач развития. Ресурсность дома в тот или иной период жизни зависит от общих закономерностей развития всех сфер личности, а особенно – мотивационно-потребностной и ценностной.

Например, в юношеском возрасте благоприятствующей для позитивного функционирования будет такая домашняя среда, которая способствует саморазвитию и становлению личностной и социальной идентичностей, допускающая уединение, персонализацию, самовыражение через среду [16]. В период средней взрослости возрастные задачи и, соответственно, потребностный профиль связаны с профессиональной и трудовой деятельностью и с заботой о семье и потомстве [31], в связи с чем поддерживающая психологическое здоровье среда должна обеспечивать отдых, комфорт, быть простой в уходе и легкой в пользовании ею. В зрелом возрасте – в период расцвета и интеграции личности и расширения чувства Я как главных возрастных задач [3] – функции и значения дома обладают особым синергическим потенциалом для развития и поддержания целостности личности, поскольку у зрелого человека сформирована четкая картина того, какой по функциональности должна быть среда и какие личностные смыслы она должна поддерживать. Вместе с тем взаимодействие с другими средами уменьшается. Исследователи отмечают, что для зрелого человека особенно важно, чтобы среда поддерживала его соматическое здоровье, не вызвала экологический стресс (дискомфорт, связанный с возрастными сложностями управления средой), была предсказуемой, способствовала творческому и личностному развитию, обеспечивала эмоциональную безопасность, не интерферировала с жизненной философией, которая является неотъемлемым атрибутом зрелой личности [35].

Эти теоретические рассуждения позволили сформулировать **цель** нашего эмпирического исследования – изучить взаимосвязи между привязанностью к дому и психологическим здоровьем личности в возрастной перспективе.

В нашем исследовании мы проверяли следующие **гипотезы**:

- 1) привязанность к дому и психологическое здоровье личности положительно взаимосвязаны;
- 2) взаимосвязи между привязанностью к дому и психологическим здоровьем людей разных возрастных периодов носят нелинейный характер;
- 3) вклад привязанности к дому в разные компоненты психологического здоровья (психологическое благополучие, чувство связности и аутентичность) зависит от этапа жизненного пути человека.

### **Методики и процедура исследования**

Выше уже отмечалось, что изучение влияния привязанности к дому на психологическое здоровье человека затруднено отсутствием как в отечественной, так в зарубежной психологии среды методического инструментария, позволяющего измерить эмоциональную связь человека с домом. В одной из наших предыдущих работ подробно описан опыт создания и стандартизации *шкального метода оценки привязанности к дому* [17]. Разработанный нами опросник «Привязанность к дому» включает 14 прямых утверждений о доме как о родном и близком месте, которое соответствует образу жизни и мировоззрению своего обитателя, упорядочивает и направляет жизнь и становится объектом идентификации, например: «Мой дом значит очень много для меня», или «Я получаю большее удовлетворение, находясь в собственном доме, нежели в других местах», или «Я готов(а) вкладывать силы и душу в дом, где я живу». Респондентам предлагается оценить степень согласия с этими утверждениями по 5-балльной шкале Лайкерта. Структура опросника включает одну шкалу, которая отражает общий уровень привязанности и эмоциональной близости человека с его домом. Опросник прошел необходимые этапы стандартизации и был валидизирован на достаточно больших выборках респондентов (N=417) разных возрастов, пола и из различных регионов России.

Для исследования компонентов психологического здоровья – психологического благополучия, аутентичности, и жизнестойкости – использовались следующие **методики**.

Шкала психологического благополучия (ШПБ) Варвик–Эдинбург (The Warwick–Edinburgh Mental Well-being Scale, WEMWBS), оригинальная версия которой разработана Р. Теннарт и соавторами [39]. Методика включает 14 утверждений о психологическом состоянии и переживании человеком ощущения удовлетворенности жизнью, собой и социальным взаимодействием за последние 2 недели. Мера согласия с утверждениями оценивается по 5-балльной шкале, которая отражает частоту проявления тех или иных чувств и мыслей. Все утверждения имеют позитивную формулировку и охватывают большинство компонентов психического благополучия – позитивное функционирование, переживание счастья и удовлетворенности жизнью, положительное социальное взаимодействие. Однако шкала не отражает такие личностные свойства, как духовность, самооценку и жизненные цели человека, а также стержневые компоненты психологического здоровья – самопринятие и аутентичность.

В качестве дополнительного эмпирического компонента психологического здоровья мы выбрали Чувство связности (Sense of coherence), концепт и одноименный опросник, разработанные израильским социологом А. Антоновским в 70-х годах в рамках салютгенетической парадигмы. Чувство связности – направленность личности к самостоятельному активному поиску средовых факторов (в том числе и физической среды), способствующих обретению и поддержанию психологической устойчивости, которая помогает человеку справляться с трудными жизненными ситуациями, отношениями и другими стрессогенными факторами [28]. Таким образом, Чувство связности – коррелирует стрессоустойчивости и жизнестойкости и предиктор физического и психологического здоровья. Русскоязычный опросник Чувства связности (переведенная М.Н. Дымшицем и валидизированная Е.Н. Осиным) имеет однофакторную структуру, определяемую 27 пунктами, включающими два альтернативных утверждения про отношение человека к себе, своей жизни и к возможностям внешней среды, степень согласия/несогласия с которыми оценивается по 7-балльной шкале [11].

Чтобы создать более объективную картину связей между отношением человека к дому и таким многосоставным эмпирическим конструктом как психологическое здоровье, мы расширили наш методический арсенал и включили в него Шкалу аутентичности А. Вуда и соавторов в адаптации В.А. Бардадымова [42; 2]. Вслед за авторами шкалы и гуманистами, под аутентичностью мы понимаем реалистичное осознание и принятие человеком собственной самости и переживание тождественности самому себе, обуславливающие эффективное личностное и социальное функционирование. Шкала аутентичности содержит 12 утверждений, оцениваемых по 7-балльной шкале и описывается тремя субшкалами. Субшкала Аутентичная жизнь отражает способность человека оставаться самим собой в разных жизненных ситуациях и жить в соответствии со своими ценностями и убеждениями. Субшкала Самоотчужденность описывает степень рассогласования между истинной самостью (Я-реальное) и осознанной репрезентацией идеального Я-образа (Я-идеальное), основным «симптомом» которой являются непонимание и непринятие себя и своих поступков. Наконец, субшкала Подверженность средовому влиянию отражает меру влияния социума на самость человека и его убежденность в том, что он должен соответствовать ожиданиям окружающих. Таким образом, субшкала Аутентичность жизни находится в контрадикторных отношениях с последними двумя [42].

**В исследовании принимали участие** 203 человека в возрасте от 18 до 60 лет ( $M_{\text{возраст}}=33,7$ ;  $SD_{\text{возраст}}=7,2$ ), жителей г. Москвы, являющихся собственниками жилого пространства, либо проживающих в квартирах ближайших родственников. Выборка была разделена на три условные возрастные группы.

1) Молодые люди – студенты столичных вузов ( $N=74$ ; возрастной диапазон 18–24 года;  $M_{\text{возраст}}=20,4$ ;  $SD_{\text{возраст}}=1,29$ ; 72% респондентов женского пола). В статье для удобства мы будем именовать этот возрастной период *юностью*. Выделяя эту группу, мы основывались на предположении о том, что влияние привязанности к дому на психологическое здоровье будет не столь существенно, как у людей старшего возраста, поскольку молодые люди достаточно автономны от

собственного дома (уже могут его покинуть без разрешения ближайшего окружения, но еще не «обросли» обязанностями и ответственностью перед семьей) и часто проводят время в замещающих средах (в гостях у друзей, на территории общежития, на различных университетских мероприятиях, предоставляющих временное жилье).

2) Респонденты периода *ранней взрослости* (N=67; возрастной диапазон 25–39 лет;  $M_{\text{возраст}} = 31,1$ ;  $SD_{\text{возраст}} = 4,54$ ; 64% респондентов женского пола). В данную группу вошли работающие или занятые домашним хозяйством респонденты, преимущественно имеющие семьи и детей. Мы предполагали, что взаимосвязи между привязанностью к дому и психологическим здоровьем в период ранней взрослости могут носить амбивалентный характер. Эта пора связана с обретением собственной семьи, уходом из родительского дома, с выстраиванием отношений, границ, правил и распорядка жизни в своем доме с членами своей семьи, с вопросами обеспечения своего дома и своей семьи. И от того, насколько успешно решаются все эти вопросы, будут зависеть сила и валентность отношений привязанности к дому и позитивного функционирования личности.

3) Респонденты периода *средней взрослости* (N=62; возрастной диапазон 40–60 лет;  $M_{\text{возраст}} = 49,3$ ;  $SD_{\text{возраст}} = 4,67$ ; 56% респондентов женского пола). В этой группе 68% респондентов проживают отдельно от своих детей и являются единственными жильцами в домашней среде, либо проживают вдвоем с супругом. Также отметим, что подавляющее число респондентов проживают в своем доме более 10 лет. Мы допускали, что в этот период жизни люди устойчивы в оценке отношений к собственному дому, а роль привязанности к дому в поддержании психологического здоровья наиболее значима по сравнению с другими рассматриваемыми нами возрастными периодами. Это допущение строилось на представлении о том, что в зрелом возрасте бытовые потребности наиболее дифференцированы, при этом у человека сохранены физические, психологические, социальные и экономические ресурсы, чтобы формировать конгруэнтную своим нуждам и ожиданиям домашнюю среду, поддерживающую разноуровневые потребности. Поскольку люди данного возрастного периода преимущественно живут одни или с человеком приблизительно такого же возраста (например, супругом), то в отношении обустройства и образа жилой среды ситуации конфликта интересов сведены к минимуму, что позитивно сказывается как на привязанности к дому, так и на психологическом здоровье.

Участие в исследовании было анонимным, добровольным, не регламентированным по времени и проходило в форме «карандаш–бумага» и в форме онлайн-опроса.

### Результаты и их обсуждение

Для того чтобы проверить предположение о том, что привязанность к дому находится в реципрокных отношениях с различными индикаторами психологического здоровья, мы прибегли к методу ранговой корреляции Ч. Спирмена. Наиболее статистически значимые положительные связи были обнаружены между привязанностью к дому и чувством связности (при  $p \leq 0,001$ ), а также психологическим благополучием (при  $p \leq 0,05$ ). При этом привязанность к

дому гораздо слабее связана с компонентами аутентичности: так, аутентичная жизнь вообще не коррелирует с привязанностью, а подверженность средовому влиянию и самоотчужденность отрицательно взаимосвязаны с привязанностью лишь в тенденции (при  $p \leq 0,1$ ) (см. таблицу 1).

Таблица 1

**Взаимосвязи между привязанностью к дому  
и компонентами психологического здоровья (N=203)**

Показатели	Компоненты психологического здоровья				
	ПБ	ЧС	АЖ	ПСВ	СО
$r_{\text{spearman}}$	0,216	0,283	-	0,183	0,196
p	0,048	0,001	-	0,078	0,067

*Примечание:* ПБ – психологическое благополучие; ЧС – чувство связности; АЖ – аутентичная жизнь; ПСВ – подверженность средовому влиянию; СО – самоотчужденность.

Таким образом, привязанность к дому прежде всего представляет собой ресурс для обретения жизнестойкости и в принципе адаптивности. Высокая значимость взаимосвязей между рассматриваемыми параметрами, на наш взгляд, может аргументироваться тем, что чувство связности больше, чем другие показатели психологического здоровья, сопряжено с оценкой человеком его жизненной среды – всех тех предметно-пространственных и социальных возможностей дома, которые благоприятствуют совладанию со стрессом и трудными жизненными ситуациями. В то время как психологическое благополучие отражает преимущественно осознание личностных ресурсов (многообразие которых, вероятно, гораздо шире, чем средовых), позволяющих полноценно функционировать и жить в согласии с собой.

Во взаимосвязях привязанности к дому и подверженности средовому влиянию можно разглядеть тыловую функцию дома: человек, любящий свой дом, ценящий его смыслы и функции и стремящийся находиться в нем, обладает дополнительной поддержкой для того, чтобы противостоять энергозатратному и не всегда соответствующему стремлению быть сопричастным, аффилированным и социально привлекательным. Действительно, любимый угол, налаженный быт и эмоционально теплые отношения с домочадцами позволяют быть собой, жить в умиротворении, не гонясь за одобрением малозначимых людей [27]. Равно как и благополучная привязанность (как это было показано еще в классической теории привязанности) редко сочетается с самоотчужденностью и неприятием себя [23].

Следующий эмпирический шаг заключался в том, чтобы рассмотреть возрастную специфику взаимосвязей отношения человека к дому и его психологического здоровья. Корреляционно-регрессионный анализ позволил заключить, что привязанность к дому на разных стадиях жизненного пути вносит разный вклад в психологическое здоровье человека. Наиболее сильные положительные связи были обнаружены у молодых людей поры студенчества. Привязанность к дому у них поддерживает и жизнестойкость (при  $p \leq 0,001$ ), и

психологическое благополучие (при  $p \leq 0,05$ ), хотя и не влияет на переживание аутентичности (см. таблицу 2). Этот результат может быть объяснен следующим образом: эпоха студенчества связана с социальным и физическим напряжением и с серьезными нагрузками в профессионально-учебной деятельности, к которой многие молодые люди оказываются не готовы и испытывают психологическое неблагополучие [4]. Учитывая ориентированность поздней юности на удовлетворение гедонистических потребностей и потребностей в стабильности [1], дом для молодых людей становится ресурсом для комфортного отдыха, источником поддержки и тихой гаванью. Кроме того, как показывают результаты других исследований, в старшем подростковом и юношеском возрастах результирующими факторами психологического здоровья признаны эмоциональное благополучие [6], автономность и интеграция свободы действий и помыслов и ответственность за них [10]. Очевидно, что дом является первостепенным источником устойчивого эмоционально-комфортного состояния человека. В свою очередь, автономность также формируется в домашней среде (складывается система прав и обязанностей), а поддерживается за пределами дома в других социальных институтах (как интеграция свободы и ответственности).

Таблица 2

**Взаимосвязи и вклад привязанности к дому в компоненты психологического здоровья на разных возрастных этапах**

Возрастной период (лет)	Показатели	Компоненты психологического здоровья				
		ЧС	ШПБ	АЖ	ПСС	СО
Юность (18–24)	$r_s$	0,311***	0,241**	-	-	-
	$\beta$	0,298***	0,237**			
Ранняя взрослость (25–40)	$r_s$	-	-	-	-	-0,169*
	$\beta$	-	-	-	-	-0,161*
Средняя взрослость (41–55)	$r_s$	0,232**	0,210**	-	-0,194**	
	$\beta$	0,218**	0,198**	-	-0,183**	

*Примечание:* ПБ – психологическое благополучие; ЧС – чувство связности; АЖ – аутентичная жизнь; ПСВ – подверженность средовому влиянию; СО – самоотчужденность. \* – связи значимы в тенденции при  $p \leq 0,1$ ; \*\* – связи значимы при  $p \leq 0,05$ ; \*\*\* – связи значимы при  $p \leq 0,001$ .

В эпоху ранней взрослости, в противовес нашим ожиданиям, привязанность к дому оказывает наименьшее влияние на психологическое здоровье и в тенденции отрицательно связано (при  $p \leq 0,1$ ) лишь с самоотчужденностью. На первый взгляд, этот результат может показаться удивительным, ведь в этот период жизни человек наиболее чувствителен к домашней среде и ее ресурсам, поскольку дом становится тесно связан с решением таких жизненных задач, как уход и забота о семье, организация уклада жизни, воспитание детей. Поэтому логично, что дом будет играть важную роль в поддержании психологического здоровья. С другой стороны, в ряде исследований было показано, что источниками смысла жизни в этот период



жизни являются вовсе не дом и семья, а саморазвитие и профессиональное совершенствование. Так, например, в сравнительном исследовании иерархии ценностей у молодых семей и у семей после золотой свадьбы было показано, что семья и быт для молодых семей менее значимы, чем работа, в отличие от зрелых людей, у которых ценность семьи наиболее велика [5]. Таким образом, вероятно, люди в возрасте 25–40 лет используют некие другие, «недомашние» ресурсы для поддержания позитивного функционирования, самоактуализации и принятия себя.

Наконец, в период средней зрелости сопряженность привязанности к дому и психологического здоровья вновь возрастает: привязанность к дому связана и становится предиктором чувства связанности и психологического благополучия (при  $p \leq 0,05$ ). При этом привязанность к дому является антипредиктором компонента аутентичности – подверженности средовому влиянию (при  $p \leq 0,05$ ). Эскалация привязанности к среде жизнедеятельности и обострение ее [привязанности] взаимосвязи с психологическим здоровьем и удовлетворенностью жизнью в период средней зрелости уже были показаны в ряде исследований [16; 33]. Усиление зависимости психологического здоровья человека от его отношения к дому в этом возрасте, как нам кажется, связано с несколькими факторами. Во-первых, житейский опыт подсказывает, что к 40–50 годам домашняя среда становится ценна не только и не столько в поддержании функциональных процессов и повседневной деятельности, но также приобретает метафорические смыслы, отражающие жизненный багаж человека – опыт, автобиографические истории и события, связанные с домом, личные достижения, статус. Таким образом, дом становится частью Я, а привязанность к нему позволяет интегрировать все то, чем человек может гордиться и что для него ценно. В свою очередь, самоинтеграция является не только залогом психологического здоровья, но и центральной возрастной задачей развития в поздней зрелости и зрелости. Во-вторых, для человека, многие годы прожившего в своем доме, пространство жизнедеятельности обладает высокой субъективной узнаваемостью, знанием правил жизни в нем, налаженностью социальных местных контактов, что, безусловно, облегчает средовое давление и способствует более эффективному совладанию со стрессом, усталостью, разочарованием и т.п. Именно поэтому неудивительна отрицательная зависимость между привязанностью к дому и подверженностью средовому влиянию.

### **Заключение**

Результаты, описанные в статье, представляют собой первичную и, конечно, не последнюю и требующую уточнения попытку понять, действительно ли близость человека с родным домом способна быть терапевтической и оказывать положительное влияние на самочувствие и функционирование человека.

Итак, мы заключили, что привязанность к дому является ресурсом психологического здоровья; при этом в большей степени привязанность поддерживает жизнестойкость, адаптивность (чувство связанности) и позитивное функционирование личности (психологическое благополучие) и в меньшей – переживание аутентичности. Взаимосвязи между привязанностью к дому и психологическим здоровьем отличаются возрастной лабильностью: наиболее

интенсивны они в пору студенчества (18–24), к периоду ранней взрослости (25–40 лет) становятся несущественными, а к периоду средней взрослости (41–55 лет) снова становятся значимыми. Как уже обсуждалось выше, эту нелинейность взаимосвязей в возрастной перспективе мы ассоциируем с тем, что эти связи вписаны в жизненный контекст эмпирической личности: на каждом жизненном этапе восприимчивость человека к тем или иным ресурсам дома, помогающим решать возрастные задачи развития, неодинакова. Соответственно, любовь к дому и его ценность для человека в разные периоды жизни вносит разный вклад в психологическое здоровье. В этой связи нам представляется важным исследовать механизмы саногенных субъектно-средовых взаимоотношений, учитывая социальную ситуацию развития личности, а также ее смысложизненные ориентации.

## Литература

1. *Акопов Г.В., Быкова Н.Л.* Смысложизненные ориентации как психологическая характеристика различных социальных групп / под ред. Г.А. Вайзер, Е.Е. Вахромова // Психологические проблемы смысла жизни и акме. Материалы XI симпозиума / М.: изд-во РАО Психологический институт, 2006. С. 113–116.
2. *Бардадымов В.А.* Аутентичность личности подростков на разных стадиях развития аддиктивного поведения [Текст]: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2012. 27 с.
3. *Братусь Б.С.* К проблеме развития личности в зрелом возрасте // Вестник Московского университета. Психология. 1980. Т. 14. № 2. С. 3–12.
4. *Григоренко Е.Ю.* Психологическое благополучие студентов и определяющие его факторы // Проблемы развития территории. 2009. Т. 48. № 2. С. 98–105.
5. *Емилова Г.А.* Опыт экспериментального исследования ценностно-смыслового отношения супругов к семейной жизни // Психологические проблемы смысла жизни и акме. Материалы XI симпозиума / М.: изд-во РАО Психологический институт, 2006. С. 142–144.
6. *Идобаева О.А.* К построению модели исследования психологического благополучия личности: психолого-развитийный и психолого-педагогический аспекты // Вестник Томского государственного университета. № 351. 2011. С. 128–134.
7. *Лийк К.* Использование домашнего пространства, взаимоотношения в семье и удовлетворенность // Социально-психологические основы среднего образования / под ред. Ю. Круусвалла, Т. Нийта, М. Хейдметса. Таллин: ЭООП, 1985. С. 277–280.
8. *Нартова-Бочавер С.К.* Принцип дополнительности в психологии: взаимодействие дома и его обитателей // Психологические исследования личности: история, современное состояние, перспективы / Под ред. М.И. Воловиковой, А.Л. Журавлева, Н.Е. Харламенковой. М.: изд-во Института психологии РАН, 2016. С. 192–213.
9. *Нартова-Бочавер С.К., Резниченко С.И., Брагинец Е.И., Подлипняк М.Б.* Образ реального и идеального дома как модератор позитивного функционирования личности

[Электронный ресурс] // Социальная психология и общество. 2015. Т. 6. № 4. С. 9–22. doi:10.17759/sps.2015060402 (дата обращения: 10.07.2016).

10. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А., Буровихина И.А. Паттерны саморегуляции и психологическое благополучие в подростковом возрасте // Личностный ресурс субъекта труда в изменяющейся России. Материалы II Международной научно-практической конференции «Субъект и личность в психологии саморегуляции». Ч. 2. Кисловодск: СевКавГТУ, 2009. С. 266–271.

11. Осин Е.Н. Чувство связности как показатель психологического здоровья и его диагностика // Психологическая диагностика. 2007. № 3. С. 22–40.

12. Пахальян В.Э. Развитие и психологическое здоровье. Дошкольный и школьный возраст. СПб., 2006. 137 с.

13. Резниченко С.И. Механизмы привязанности к жилому пространству у детей младшего школьного возраста // Актуальные проблемы психологического знания. 2013. № 2. С. 24–39.

14. Резниченко С.И. Привязанность к месту и чувство места: модели и феномены // Социальная психология и общество. 2014. № 3. С. 15–27.

15. Резниченко С.И. Роль феномена привязанности к домашней среде в поддержании психологического благополучия // Психология и современный мир: материалы Всероссийской научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых. Вып. 8. Ч. 1. Архангельск: САФУ, 2015. С. 278–281.

16. Резниченко С.И. Феноменология привязанности к дому в разные возрастные периоды: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2016. 29 с.

17. Резниченко С.И., Нартова-Бочавер С.К., Кузнецова В.Б. Метод оценки привязанности к дому // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2016. № 3. В печати.

18. Смолова Л.В. Введение в психологию взаимодействия с окружающей средой. СПб.: Речь, 2008. 380 с.

19. Хейдметс М. Феномен персонализации среды: теоретический анализ // Средовые условия групповой деятельности / Под ред. Х. Миккина. Таллин: ЭООП, 1988. С. 5–15.

20. Хухлаева О.В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: Учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. М.: Академия, 2001, 140 с.

21. Шувалов А.В. Психологическое здоровье в свете христианского мировоззрения // Московский психотерапевтический журнал. 2009. № 3. С. 50–82.

22. Azevedo A., Custódio M., Perna F. “Are you happy here?": the relationship between quality of life and place attachment // Journal of Place Management and Development. 2013. Vol. 6. № 2. Pp. 102–119.

23. Bartholomew K., Horowitz L.M. Attachment styles among young adults: A test of a four category model // Journal of Personality and Social Psychology. 1991. Vol. 61. № 2. Pp. 226–244.

24. *Billig M.* Is my home my castle? Place attachment, risk perception, and religious faith // *Environment and Behavior*. 2006. Vol. 38. № 2. Pp. 248–265.

25. *Brown B.B., Perkins D., Brown G.* Place attachment in a revitalizing neighborhood: individual and block levels of analysis // *Journal of Environmental Psychology*. 2003. Vol. 23. Pp. 259–271.

26. *Dinç P.* Gender difference in private offices: A holistic approach for assessing satisfaction and personalization // *Journal of Environmental Psychology*. 2009. Vol. 29. № 1. Pp. 53–62.

27. *Fiese B., Tomcho T., Douglas M., Josephs K., Poltrock S., Baker T.* A Review of 50 Years of Research on Naturally Occurring Family Routines and Rituals: Cause for Celebration? // *Journal of Family Psychology*. 2002. Vol. 16. № 4. Pp. 381–390.

28. *Forsberg-Warleby G., Moller A., Blomstrand C.* Spouses of first-ever stroke victims: sense of coherence in the first phase after stroke // *J Rehabil Med*. 2002. Vol. 34. Pp. 128–133.

29. *Fried M.* Continuities and discontinuities of place // *Journal of Environmental Psychology*. 2000. Vol. 20. Pp. 193–205.

30. *Giuliani M.V.* Theory of attachment and place attachment / M. Bonnes, T. Lee, M. Bonaiuto (Eds.) // *Psychological Theories for Environmental Issues*. Hants: Ashgate Publishing Limited, 2003. Pp. 137–170.

31. *Havighurst R.J.* *Developmental Tasks and Education* (3rd ed.) // New York: David McKay Company, 1972. 334 p.

32. *Hidalgo M.C., Hernandez B.* Place attachment: conceptual and empirical questions // *Journal of Environmental Psychology*. 2001. Vol. 21. Pp. 273–281.

33. *Kilinç M.* Institutional Environment and Place Attachment as Determinants of Elders' Life Satisfaction. Thesis of Middle East Technical University. Ankara: Middle East Technical University, 2006. 92 p.

34. *Korpela K.* Place-identity as a product of environmental self-regulation // *Journal of Environmental Psychology*. 1989. Vol. 9. Pp. 241–256.

35. *Lawton M.P., Nahemow L.* Ecology of the aging process / C. Eisdorfer, M. Lawton (Eds.) // *The psychology of adult development and aging*. Washington, DC: American Psychological Association, 1973. Pp. 619–674.

36. *Manzo L.C.* For better or worse: exploring multiple dimensions of place meaning // *Journal of Environmental Psychology*. 2005. Vol. 25. Pp. 67–86.

37. *Morgan P.* Towards a developmental theory of place attachment // *Journal of Environmental Psychology*. 2010. Vol. 30. № 1. Pp. 11–22.

38. *Sommer R.* *Personal Space: The Behavioral Basis of Design*. New Jersey: Englewood Cliffs, 1969. 177 p.

39. *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 [Электронный ресурс] // Health and Quality of Life Outcomes. 2007. Vol. 5. № 63. URL: <http://www.hqlo.com/content/5/1/63> (дата обращения: 10.08.2016).

40. *Turnbull C.* The forest people // New York: Touchstone, 1987. 320 p.

41. *Twigger-Ross C.L., Uzzell D.* Place and identity processes // Journal of Environmental Psychology. 1996. Vol. 16. Pp. 205–220.

42. *Wood A.M., Linley P.A., Maltby J., Baliousis M., Joseph S.* The authentic personality: A theoretical and empirical conceptualization and the development of the Authenticity Scale // Journal of Counseling Psychology. 2008. Vol 55. № 3. Pp. 385–399.

# Valeological Potential of Home Attachment in Adults<sup>1</sup>

Reznichenko, S.I.,

*PhD (Psychology), research fellow, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, sofya\_292@list.ru*

---

The article focuses on the role of subject-environment interactions, namely, human relationship with home environment, in maintaining mental health of a person. As a key construct that reflects personal preferences and love toward home it is proposed to consider the phenomenon of home attachment. Until now, the relationship between home attachment and psychological health and, moreover, the analysis of these relationships in the context of life course has been the subject of theoretical constructions, that prove the benefit of their empirical research. Home attachment was measured with the author's same name questionnaire (Reznichenko et al., 2016). There were also measured mental health and its components: psychological well-being (using the Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale of R. Tennant and colleagues), a sense of connectedness (Sense of Coherence scale developed by A. Antonovsky) and authenticity (the Authenticity Scale by A. Wood, et al.). Adult respondents (N=203; age range 18-60 years;  $M_{age}=33.7$ ;  $SD_{age}=7.2$ ) were participated in the study; the sample was divided into three age groups: youth age, early adulthood and middle adulthood. The obtained results allowed concluding that home attachment is a resource of mental health, especially in maintaining a sense of coherence and psychological well-being. It was found that the relationship between home attachment and psychological health is age-specific: the strongest correlations are observed in youth, they become insignificant in early adulthood, and in middle adulthood they become significant again. The results are discussed in the context of life and age-related problems of personality development.

**Keywords:** home attachment, home environment, psychological health, a sense of coherence, psychological well-being, authenticity.

---

## References

1. Akopov, G.V., Bykova, N.L. Smyslozhiznennye orientacii kak psihologicheskaja karakteristika razlichnyh social'nyh grupp [Meaning Orientation as a Psychological Characteristic of Different Social Groups]. In G.A. Vajzer, E.E. Vahromova (eds.) *Psihologicheskie problemy smysla zhizni i akme. Materialy XI simpoziuma [Psychological problems of the meaning of life and acme. Materials XI Symposium]*. Moscow: publ. RAO Psihologicheskij institut, 2006, pp. 113–116.

---

<sup>1</sup> The research was conducted with the assistance of the Russian Science Foundation (project № 14-18-02163).

2. Bardadymov, V.A. Autentichnost' lichnosti podrostkov na raznyh stadijah razvitija addiktivnogo povedenija: Avtoref. dis. na soisk. uch. stepeni kand. psihol. Nauk [The Authenticity of the Identity of Teenagers in Various Stages of Development of Addictive Behavior. PhD Thesis]. Moscow, 2012. 27 p.
3. Bratus', B.S. K probleme razvitija lichnosti v zreлом vozraste [To a Problem of Personality Development in Adulthood]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Psihologija [Bulletin of Moscow University. Psychology]*, 1980, vol. 14, no. 2, pp. 3–12.
4. Grigorenko, E.Ju. Psihologicheskoe blagopoluchie studentov i opredelajushhie ego factory [Psychological Well-Being of Students and its Determinants]. *Problemy razvitija territorii [Problems of development of the territory]*, 2009, vol. 48, no. 2, pp. 98–105.
5. Emilova, G.A. Opyt jeksperimental'nogo issledovanija cennostno-smyslovogo otnoshenija suprugov k semejnoy zhizni [The Experimental Study of Value-Semantic Relations of Spouses to Family Life]. In *Psihologicheskie problemy smysla zhizni i akme. Materialy XI simpoziuma [Psychological problems of the meaning of life and acme. Materials XI Symposium]*. Moscow: publ. RAO Psihologicheskij institut, 2006, pp. 142–144.
6. Idobaeva, O.A. K postroeniju modeli issledovanija psihologicheskogo blagopoluchija lichnosti: psihologo-razvitijnyj i psihologo-pedagogicheskij aspekty [To Build a Model Study of Psychological Well-Being of the Person: Psychological, Developmental and Psycho-Pedagogical Aspects]. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta [Bulletin of the Tomsk State University]*, 2011, no. 351, pp. 128–134.
7. Lijk, K. Ispol'zovanie domashnego prostranstva, vzaimootnoshenija v sem'e i udovletvorennost' [Using Home Space, Family Relationships and Satisfaction]. In *Ju. Kruusvall, T. Nijt, M. Hejdmets Social'no-psihologicheskie osnovy sredooobrazovanija [Socio-psychological Bases of Environmental Forming]*. Tallin: JeOOP, 1985, pp. 277–280.
8. Nartova-Bochaver, S.K. Princip dopolnitel'nosti v psihologii: vzaimodejstvie doma i ego obitatelej [The Principle of Complementarity in Psychology: the Interaction of the House and its Inhabitants]. In *M.I. Volovikova, A.L. Zhuravlev, N.E. Harlamenkova (eds.) Psihologicheskie issledovanija lichnosti: istorija, sovremennoe sostojanie, perspektivy [Psychological Study of Personality: History, Current State and Prospects]*. Moscow: publ. Institut psihologii RAN, 2016, pp. 192–213.
9. Nartova-Bochaver, S.K., Reznichenko, S.I., Braginec, E.I., Podlipnjak, M.B. Obraz real'nogo i ideal'nogo doma kak moderator pozitivnogo funkcionirovanija lichnosti [The Image of the Real and the Ideal Home as a Moderator of Positive Functioning of the Personality]. *Social'naja psihologija i obshhestvo [Social Psychology and Society]*, 2015, vol. 6, no. 4, pp. 9–22. doi:10.17759/sps.2015060402 [Accessed: 10.07.2016].
10. Osin, E.N. Leont'ev, D.A. Burovihina, I.A. Patterny samoreguljicii i psihologicheskoe blagopoluchie v podrostkovom vozraste [Patterns of Self-Control and Psychological Well-Being in Adolescence]. In *Lichnostnyj resurs sub'ekta truda v izmenjajushhejsja Rossii. Materialy II Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii «Sub'ekt i lichnost' v psihologii samoreguljicii» [Personal Resources of the Subject in a Changing Russia. Proceedings of the II International Scientific-Practical Conference "The Subject and the*

*Identity of Psychology of Self-Control*"]. Kislovodsk: publ. SevKavGTU, 2009, vol. 2, pp. 266–271.

11. Osin, E.N. Chuvstvo svjaznosti kak pokazatel' psihologicheskogo zdorov'ja i ego diagnostika [The Sense of Coherence as an Indicator of Mental Health and its Diagnosis]. *Psihologicheskaja diagnostika [Psychological Diagnostics]*, 2007, vol. 3, pp. 22–40.

12. Pahal'jan, V.Je. Razvitie i psihologicheskoe zdorov'e. Doshkol'nyj i shkol'nyj vozrast [The Development and Mental Health. Preschool and School Age]. St. Petersburg, 2006. 137 p.

13. Reznichenko, S.I. Mehanizmy privjazannosti k zhilomu prostranstvu u detej mladshogo shkol'nogo vozrasta [Mechanisms of Attachment to Living Space at Primary School Age Children]. *Aktual'nye problemy psihologicheskogo znanija [Actual Problems of Psychological Knowledge]*, 2013, no. 2, pp. 24–39.

14. Reznichenko, S.I. Privjazannost' k mestu i chuvstvo mesta: modeli i fenomeny [Attachment to the Place and a Sense of Place: Models and Phenomena]. *Social'naja psihologija i obshhestvo [Social Psychology and Society]*, 2014, no. 3, pp. 15–27.

15. Reznichenko, S.I. Rol' fenomena privjazannosti k domashnej srede v podderzhanii psihologicheskogo blagopoluchija [The Role of the Phenomenon of Attachment to Home Environment in Maintenance of Psychological Well-Being]. In *Psihologija i sovremennij mir: materialy Vserossijskoj nauchnoj konferencii studentov, aspirantov i molodyh uchenyh [Psychology and the Modern World: Proceedings of the Scientific Conference of students and young scientists]*. Arhangel'sk: publ. SAFU, 2015, vol. 8, p. 1, pp. 278–281.

16. Reznichenko, S.I. Fenomenologija privjazannosti k domu v raznye vozrastnye periody: avtoref. dis. ... kand. psihol. Nauk [Phenomenology of Home Attachment in Different Age Periods. PhD. Thesis]. Moscow, 2016. 29 p.

17. Reznichenko, S.I., Nartova-Bochaver, S.K., Kuznecova, V.B. Metod ocenki privjazannosti k domu [Method of Estimation of Home Attachment]. *Psihologija. Zhurnal Vysšej shkoly jekonomiki [Psychology. Journal of Higher School of Economics]*, 2016, no. 3. In Press.

18. Smolova, L.V. Vvedenie v psihologiju vzaimodejstvija s okruzhajushhej sredoj [Introduction to the Psychology of Interaction with the Environment]. St. Petersburg: Rech', 2008. 380 p.

19. Hejdmets, M. Fenomen personalizacii sredy: teoreticheskij analiz [Phenomenon of Environmental Personalization: Theoretical Analysis] In H. Mikkin (ed.) *Sredovye uslovija gruppovoj dejatel'nosti [Environmental Conditions for the Group Interactions]*. Tallin: JeOOP, 1988, pp. 5–15.

20. Huhlaeva, O.V. Osnovy psihologicheskogo konsul'tirovanija i psihologicheskoi korekcii [Fundamentals of Psychological Counseling and Psychological Correction]. Moscow: Akademiya, 2001.



21. Shuvalov, A.V. Psihologicheskoe zdorov'e v svete hristianskogo mirovozzrenija [Psychological Health in the Light of the Christian Worldview]. *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal [Moscow Psychotherapeutic Journal]*, 2009, no. 3, pp. 50–82.
22. Azevedo, A., Custódio, M., Perna, F. “Are you happy here?": the Relationship Between Quality of Life and Place Attachment. *Journal of Place Management and Development*, 2013, vol. 6, no. 2, pp. 102–119.
23. Bartholomew, K., Horowitz, L.M. Attachment Styles Among Young Adults: a Test of a Four Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991, vol. 61, no. 2, pp. 226–244.
24. Billig, M. Is My Home My Castle? Place Attachment, Risk Perception, and Religious Faith. *Environment and Behavior*, 2006, vol. 38, no. 2, pp. 248–265.
25. Brown, B.B., Perkins, D., Brown, G. Place Attachment in a Revitalizing Neighborhood: Individual and Block Levels of Analysis. *Journal of Environmental Psychology*, 2003, vol. 23, pp. 259–271.
26. Dinç, P. Gender Difference in Private Offices: A Holistic Approach for Assessing Satisfaction and Personalization. *Journal of Environmental Psychology*, 2009, vol. 29, no. 1, pp. 53–62.
27. Fiese, B., Tomcho, T., Douglas, M., Josephs, K., Poltrock, S., Baker, T. A Review of 50 Years of Research on Naturally Occurring Family Routines and Rituals: Cause for Celebration? *Journal of Family Psychology*, 2002, vol. 16, no. 4, pp. 381–390.
28. Forsberg-Warleby, G., Moller, A., Blomstrand, C. Spouses of First-Ever Stroke Victims: Sense of Coherence in the First Phase After Stroke. *J Rehabil Med*, 2002, vol. 34, pp. 128–133.
29. Fried, M. Continuities and Discontinuities of Place. *Journal of Environmental Psychology*, 2000, vol. 20, pp. 193–205.
30. Giuliani, M.V. Theory of Attachment and Place Attachment. In M. Bonnes, T. Lee, M. Bonaiuto (eds.) *Psychological Theories for Environmental Issues*. Hants: Ashgate Publishing Limited, 2003, pp. 137–170.
31. Havighurst, R.J. *Developmental Tasks and Education* (3rd ed.). New York: David McKay Company, 1972. 334 p.
32. Hidalgo, M.C., Hernandez, B. Place Attachment: Conceptual and Empirical Questions. *Journal of Environmental Psychology*, 2001, vol. 21, pp. 273–281.
33. Kiliç, M. Institutional Environment and Place Attachment as Determinants of Elders' Life Satisfaction. Thesis of Middle East Technical University. Ankara: Middle East Technical University, 2006. 92 p.
34. Korpela, K. Place-identity as a Product of Environmental Self-Regulation. *Journal of Environmental Psychology*, 1989, vol. 9, pp. 241–256.

35. Lawton, M.P., Nahemow, L. Ecology of the Aging Process. In C. Eisdorfer, M. Lawton (eds.) *The Psychology of Adult Development and Aging*. Washington, DC: American Psychological Association, 1973, pp. 619–674.
36. Manzo, L.C. For Better or Worse: Exploring Multiple Dimensions of Place Meaning. *Journal of Environmental Psychology*, 2005, vol. 25, pp. 67–86.
37. Morgan, P. Towards a Developmental Theory of Place Attachment. *Journal of Environmental Psychology*, 2010, vol. 30, no. 1, pp. 11–22.
38. Sommer, R. *Personal Space: The Behavioral Basis of Design*. New Jersey: Englewood Cliffs, 1969. 177 p.
39. 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 [Web source]. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2007, vol. 5, no. 63. URL: <http://www.hqlo.com/content/5/1/63> (Accessed: 10.08.2016).
40. Turnbull, C. *The Forest People*. New York: Touchstone, 1987. 320 p.
41. Twigger-Ross, C.L., Uzzell, D. Place and Identity Processes. *Journal of Environmental Psychology*, 1996, vol. 16, pp. 205–220.
42. Wood, A.M., Linley, P.A., Maltby, J., Baliousis, M., Joseph, S. The Authentic Personality: a Theoretical and Empirical Conceptualization and the Development of the Authenticity Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 2008, vol. 55, no. 3, pp. 385–399. .

# Особенности алекситимии и субъективной оценки межличностных отношений у онкологических больных

**Авдулова Т.П.,**

*кандидат психологических наук, доцент, Московский педагогический государственный университет, Москва, Россия, avdulova@bk.ru*

**Тер-Ованесов М.Д.,**

*доктор медицинских наук, профессор; заместитель главного врача по медицинской части (по организации хирургической и онкологической помощи), Городская клиническая больница №40, Москва, Россия*

**Ягудина О.П.,**

*Институт современных психологических технологий, Москва, Россия, yaudina.olga@mail.ru*

---

Описываются и анализируются результаты эмпирического исследования индекса удовлетворенности жизнью, алекситимии и субъективной оценки межличностных отношений у двух групп: онкологических пациентов и соматически здоровых людей. Рассматриваются взаимосвязи между жизненной удовлетворенностью, проявлениями алекситимии и субъективной оценкой межличностных отношений. В исследовании приняли участие 41 человек в возрасте от 25 до 80 лет, из них 24 человека составили группу онкологических больных и 17 человек – группу соматически здоровых респондентов. У онкологических пациентов обнаружены значимо более низкий индекс жизненной удовлетворенности, значимо более высокий уровень алекситимии и значимо более высокий уровень напряженности межличностных отношений по сравнению с соматически здоровыми респондентами.

**Ключевые слова:** удовлетворенность жизнью, алекситимия, субъективная оценка межличностных отношений, эмоциональный интеллект, онкология.

---

**Для цитаты:**

Авдулова Т.П., Тер-Ованесов М.Д., Ягудина О.П. Особенности алекситимии и субъективной оценки межличностных отношений у онкологических больных

[Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 3. С. 24–39. doi: 10.17759/psyclin.2016050302

**For citation:**

Avdulova, T.P., Ter-Ovanesov, M.D., Yagudina O.P. Alexithymia Characteristics and Subjective Evaluation of Interpersonal Relations in Cancer Patients [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 3, pp. 24–39. doi: 10.17759/psycljn. 2016050302 (In Russ., abstr. in Engl.)

### Актуальность исследования

В настоящее время наряду с ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями, то есть с ростом числа больных с первично выявленными злокачественными опухолями, растет и общее число онкологических пациентов. Это происходит вследствие совершенствования методов диагностики и лечения, увеличения продолжительности и улучшения качества жизни онкологических больных [10]. В этой связи появляются возможности психокоррекционной работы с больными, оказания психологической поддержки и выявления, укрепления психологических ресурсов.

Важным направлением исследований становится изучение личностных особенностей онкологических пациентов, психологических предпосылок и следствий заболевания, а также связанных с заболеванием изменений в межличностных отношениях и в эмоциональном статусе пациентов.

В нашем исследовании мы сосредоточились на таких характеристиках пациентов как алекситимичность, удовлетворенность жизнью и субъективная оценка межличностных отношений [11; 12].

Алекситимия определяется как психологическое состояние, представляющее собой совокупность когнитивных и аффективных нарушений эмоциональной сферы, которые наблюдаются в основном у психосоматических пациентов [2; 5]. Отмечают следующие характеристики алекситимии.

1. Аффективное расстройство, заключающееся в неспособности вербализовать и осознать когнитивный аспект эмоции (аффекта).
2. Спутанность между физическими ощущениями и переживанием эмоций.
3. Когнитивное расстройство в виде доминирования операционального мышления (примитивность суждений) и ограниченности образного (ограниченности воображения).
4. Неспособность к рефлексии, самоуспокоению; неспособность переживать эмоции высокой интенсивности.
5. Неспособность (вплоть до запрета) заботы о себе.

Алекситимию можно рассматривать как нарушение одной из первых функций, составляющих эмоциональный интеллект [9]. Понятие эмоционального интеллекта, рассматриваемое в концепции Дж. Мэйера и П. Сэловея, описывается как состоящее из четырех основных факторов: способности к идентификации эмоций; способности к регуляции эмоций; способности использовать эмоции для мотивирующего управления мышления; способности использовать эмоции в межличностных отношениях. Снижение способности к идентификации собственных эмоций, наблюдаемое при алекситимии, приводит к нарушению всех остальных составляющих эмоционального интеллекта. Это приводит к дисгармоничности в межличностных отношениях и ухудшает качество жизни.

Кроме того, дефицитарность рефлексии в связи с алекситимией ведет к нарушениям в построении жизненных представлений и меняет отношение к жизни, что также рассматривается в нашем исследовании.

Как показывают клинические исследования, алекситимия достаточно часто встречается у различных групп соматических больных, в том числе у онкобольных и спинальных пациентов, как составляющая патологических комплексов при тревожных и сексуальных расстройствах [8; 12].

Комплексный взгляд на психологические особенности онкологических пациентов достигается благодаря включению в схему исследования компонента оценки межличностных отношений респондентов. Один из подходов к пониманию алекситимии и ее влияния на жизнь человека связан с выделением не только интерпсихического, но и интрапсихического конфликтов личности [4; 11].

**Целью** данного исследования был сравнительный анализ показателей алекситимичности, жизненной удовлетворенности и субъективной оценки межличностных отношений в группе онкологических пациентов и в группе соматически здоровых респондентов.

#### **Гипотезы исследования:**

- существуют различия между группами онкологических пациентов и соматически здоровых респондентов по исследуемым показателям алекситимии, удовлетворенности жизнью и напряженности межличностных отношений;
- существуют зависимости между исследуемыми показателями, что позволяет рассматривать алекситимию, особенности отношения к жизни и особенности межличностных отношений как связанные характеристики.

#### **Организация исследования**

**Выборку** составили 41 респондент в возрасте от 25 до 80 лет, из них 24 онкологических пациентов (16 женщин, 8 мужчин) и 17 соматически здоровых испытуемых (15 женщин, 2 мужчин); средний возраст –  $46 \pm 21$  лет. Средний возраст

группы онкологических больных – 53 года; средний возраст группы соматически здоровых респондентов – 41 год. Обследование онкологических больных проводилось в стационаре.

Были использованы следующие **методики**.

- 1) Полуструктурированное интервью с набором из двадцати трех вопросов (анкетные данные исследуемого, оценка самочувствия, мнение по поводу причины возникновения заболевания, характеристики чувств, возникших в связи с заболеванием, наличие рецидивов, отношение пациента к врачам, лечению и др.). Полуструктурированное интервью использовалось только в группе онкологических пациентов.
- 2) Тест «Индекс жизненной удовлетворенности» (ИЖУ) в адаптации Н.В. Паниной [1].
- 3) Торонтская Алекситимическая шкала (TAS) [3].
- 4) Опросник «Субъективная оценка межличностных отношений» (COMO) С.В. Духновского [1].

### Результаты и их обсуждение

Полуструктурированное интервью использовалось как вспомогательный метод для установления контакта с респондентами, а также составления предварительной картины о представлениях онкопациентов о причинах заболевания и возможных психологических, личностных факторах, сопутствующих заболеванию.

В таблице 1 представлено сравнение итогового среднего балла между группой больных испытуемых и группой здоровых.

Таблица 1

#### Результаты проведения теста TAS

Показатели	Онкологические пациенты	Здоровые респонденты
Итоговый балл	67,83±9,972	56,76±7,782

Респонденты с онкологическим диагнозом демонстрировали более высокий уровень алекситимии в сравнении с показателями респондентов в группе здоровых.

В таблице 2 представлено распределение испытуемых по степени алекситимии. Результаты позволяют говорить о том, что у онкопациентов отмечался более высокий процент алекситимии (почти в пять раз выше) по сравнению с группой здоровых респондентов. Практически треть респондентов из группы онкологических больных демонстрировали уровень отклонений, диагностируемый как алекситимия. Если объединить собственно алекситимию и пограничные показатели, то 79% онкологических пациентов нашей выборки имели серьезные нарушения в эмоциональной сфере, тогда как аналогичный совокупный показатель в выборке здоровых составлял только 24%.

Таблица 2

**Распределение по степеням алекситимии**

Степень алекситимии	Онкологические пациенты		Здоровые респонденты	
	Число испытуемых	Процент от общего числа по группе, %	Число испытуемых	Процент от общего числа по группе, %
Алекситимичные	7	29	1	6
Пограничные	12	50	3	18
Неалекситимичные	5	21	13	76
Итого	24	100	17	100

Для уточнения данных мы провели сравнительный анализ показателей алекситимии в мужской и женской подгруппах. Значимых различий между мужчинами и женщинами обнаружено не было. Также мы предприняли статистический анализ возрастного тренда исследуемых показателей. Возрастоспецифичных связей обнаружено не было, что вкупе с отсутствием половых различий позволяет выделять в подгруппах в качестве приоритетного именно фактор наличия онкозаболевания.

Статистический анализ показателей алекситимии в двух группах по критерию Манна–Уитни для независимых выборок представлен на рисунке 1.

Как видно из рисунка 1, уровень алекситимии значимо выше у группы онкопациентов в сравнении с группой здоровых респондентов. Обнаружены значимые различия по данному показателю между исследуемыми выборками.

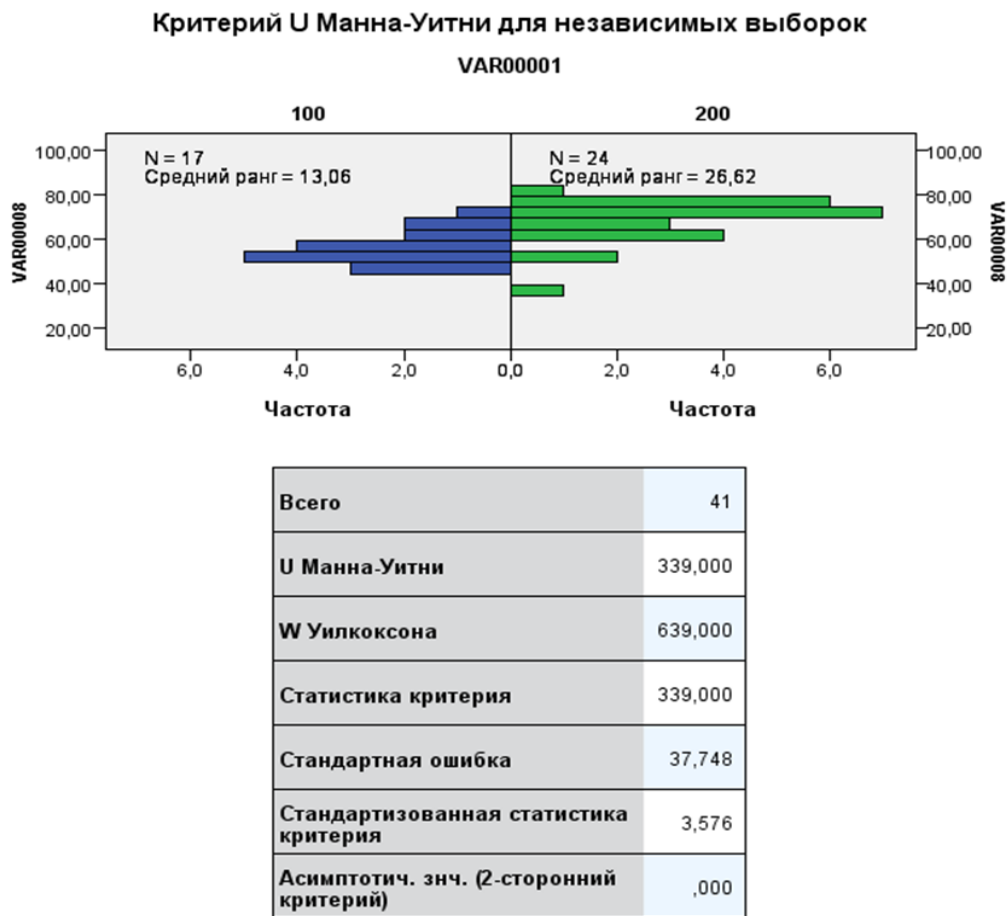


Рисунок 1. Различия показателей алекситимии в двух группах

В таблице 3 представлены результаты теста ИЖУ. Показатели удовлетворенности жизнью сравнивались нами по U-критерию Манна–Уитни для независимых выборок, что позволило выделить статистически значимые различия. Были обнаружены статистически значимые различия между группами онкологических пациентов и здоровых респондентов по общему показателю индекса удовлетворенности жизнью, а также по показателям Последовательность в достижении целей, Согласованность между поставленными и достигнутыми целями и Общий фон настроения. По всем перечисленным компонентам у здоровых респондентов показатели были значимо выше. По шкалам Интерес к жизни и Положительная оценка себя и собственных поступков значимых различий между группами обнаружено не было.

Рассмотренные исследования демонстрируют необходимость в изменении диалога между пациентом и врачом. Очевидно, что «врач–пациент» отношения играют важную роль в поддержании приверженности к лечению, а также влияют на удовлетворенность лечением, частоту пропуска назначенных посещений клиники и диагностических тестов.



Таблица 3

**Сравнительный анализ показателей теста  
 «Индекс жизненной удовлетворенности» (U-критерий Манна-Уитни)**

Шкалы	Онкологические пациенты	Здоровые респонденты	U	p-уровень
Общий балл ИЖУ	23,21±5,76	30,59±5,36	73,00	0,001
Интерес к жизни	5,38±2,10	5,29±1,96	-	-
Последовательность в достижении целей	4,58±2,16	6,24±1,48	111,50	0,013
Согласованность между поставленными и достигнутыми целями	3,92±2,16	6,00±1,87	98,00	0,005
Положительная оценка себя и собственных поступков	5,13±1,89	6,12±1,22		
Общий фон настроения	4,21±2,00	6,94±1,68	56,00	0,007

В таблице 4 приводятся результаты сравнительного анализа итогового балла ИЖУ по группам испытуемых и между ними.

Таблица 4

**Сравнение групп испытуемых по итоговому баллу ИЖУ**

Итоговый балл ИЖУ	Онкологические пациенты		Здоровые респонденты	
	Число испытуемых	Процент от общего числа по группе (%)	Число испытуемых	Процент от общего числа по группе (%)
Низкий	14	58	2	12
Средний	7	29	4	24
Высокий	3	13	11	65
Итого:	24	100	17	100

Здоровые испытуемые преимущественно демонстрировали высокий балл по тесту ИЖУ, а респонденты с онкологическими заболеваниями – низкий. Высокий уровень удовлетворенности жизнью отмечался только у 13% онкопациентов (все пациенты – женщины), тогда как в группе здоровых респондентов высокий уровень был обнаружен у 65% респондентов.

В таблице 5 представлены результаты сравнительного анализа средних значений показателей теста СОМО («Субъективной оценки неудовлетворенности межличностными отношениями»).

Таблица 5

**Сравнительный анализ средних значений показателей теста СОМО**

Шкалы	Онкологические пациенты	Здоровые респонденты
Неудовлетворенность межличностными отношениями (общий показатель)	6,08±2,28	4,24±1,79
Напряженность	6,58±1,91	4,88±1,69
Отверженность	6,17±1,95	5,41±1,97
Конфликтность	6,67±1,66	4,29±1,76
Агрессивность	5,88±2,11	4,12±1,49

В группе людей, имеющих онкологические заболевания, отмечались более высокие средние показатели всех шкал теста СОМО по сравнению с группой здоровых респондентов. Общий показатель неудовлетворенности межличностными отношениями у онкопациентов соответствовал верхней границе статистической нормы (которая, согласно данным авторов теста, составляет 5-6 стенов) и коридору средних значений (3–7 стенов). У здоровых респондентов этот показатель был ниже статистической нормы, либо находился в пределах коридора средних значений. Показатели по шкале Напряженность межличностных отношений у респондентов с онкозаболеваниями были выше показателей здоровых респондентов в среднем на два балла, что соответствует верхней границе статистической нормы (5-6 стенов). В то же время у здоровых респондентов эти показатели были ниже статистической нормы, но оставались в пределах средних значений (3–7 стенов). Показатели по шкале Отверженность у онкопациентов были незначительно выше аналогичных у здоровых респондентов. У обеих групп данные показатели находились в пределах статистической нормы. По шкале Конфликтность у людей с онкологическими заболеваниями наблюдались более высокие показатели (в среднем выше на 2,5 балла), чем в референтной группе, которые соответствуют верхней границе средних значений. Здоровые респонденты демонстрировали показатели ниже статистической нормы, но в пределах средних значений. По шкале Агрессивность средние различия показателей между группами составляют 1,7 балла. Люди с онкозаболеваниями обнаруживали более высокие показатели, которые тем не менее находились в диапазоне статистической нормы, а здоровые респонденты демонстрировали показатели ниже статистической нормы, но также находившиеся в пределах средних значений. Сравнение по итоговому баллу СОМО приведено в таблице 6.

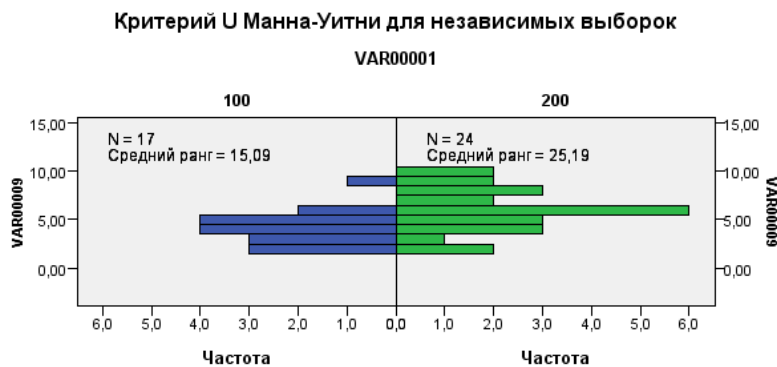
Таблица 6

**Сравнение групп испытуемых по итоговому показателю субъективной оценки недовлетворенности межличностными отношениями**

Итоговый балл СОМО	Онкологические пациенты		Здоровые респонденты	
	Число испытуемых	Процент от общего числа по группе (%)	Число испытуемых	Процент от общего числа по группе (%)
Низкий	3	13	6	35
Средний	14	58	10	59
Высокий	7	29	1	6
Итого	24	100	17	100

Из таблицы 6 видно, что большинство больных и здоровых респондентов имели средние итоговые показатели трудностей в межличностных отношениях. Вместе с тем в группе здоровых выше процент респондентов с низким показателем, в группе онкопациентов – с высоким.

Мы провели статистический анализ различий между онкопациентами и здоровыми респондентами по уровню недовлетворенности межличностными отношениями. Результаты представлены на рисунке 2.



Всего	41
U Манна-Уитни	304,500
W Уилкоксона	604,500
Статистика критерия	304,500
Стандартная ошибка	37,398
Стандартизованная статистика критерия	2,687
Асимптотич. знч. (2-сторонний критерий)	,007

Рисунок 2. Различия по уровню недовлетворенности межличностными отношениями между подгруппами

Как видно из рисунка 2, итоговый балл субъективной оценки неудовлетворенности межличностными отношениями выше в группе онкопациентов, чем в группе здоровых респондентов. Были обнаружены значимые различия по данному показателю между исследуемыми выборками.

Для выявления взаимосвязей между алекситимией, показателями удовлетворенности жизнью и субъективной оценкой межличностных отношений был применен статистический анализ данных с помощью коэффициента корреляции Пирсона. Результаты статистического анализа взаимосвязей между показателями алекситимии, индекса жизненной удовлетворенности и субъективной оценки межличностных отношений отражены в таблице 7.

Таблица 7

**Сравнение групп испытуемых по итоговому показателю субъективной оценки неудовлетворенности межличностными отношениями**

Корреляции				
Показатели		ИЖУ	Алекситимия	СОМО
ИЖУ	Корреляция Пирсона		-0,65	-0,49
	р-уровень		0,000	0,001
Алекситимия	Корреляция Пирсона	-0,65		0,41
	р-уровень	0,000		0,008
СОМО	Корреляция Пирсона	-0,49	0,41	
	р-уровень	0,001	0,008	

Были выявлены значимые отрицательные взаимосвязи между итоговым баллом ИЖУ и итоговыми баллами тестов TAS и СОМО. Следовательно, чем выше балл по тесту ИЖУ, тем ниже показатели алекситимии и показатели СОМО. На таблице 7 также видно, что между показателями тестов TAS и СОМО существует прямая связь: чем выше балл алекситимии, тем выше балл СОМО, то есть высокие показатели алекситимии значимо положительно связаны с высокими показателями неудовлетворенности межличностными отношениями и отрицательно связаны с показателем жизненной удовлетворенности.

В таблице 8 приводятся различия средних значений всех исследуемых переменных у двух групп респондентов, выраженные в процентном соотношении. В таблице сравниваются критичные значения респондентов по методикам.

Таблица 8

**Сравнение средних значений групп респондентов  
по всем показателям тестов ИЖУ, TAS и СОМО**

<b>Показатели</b>	<b>Онкопациенты</b>	<b>Здоровые респонденты</b>	<b>Разница средних значений (%)</b>
Общий балл ИЖУ	23,21	30,59	24,13
Интерес к жизни	5,38	5,29	1,70
Последовательность в достижении целей	4,58	6,24	26,60
Согласованность в поставленных и достигнутых целях	3,92	6,00	34,67
Положительная оценка себя и собственных поступков	5,13	6,12	16,18
Общий фон настроения	4,21	6,94	39,34
Итоговый балл Алекситимии	67,83	56,76	19,50
Общий балл СОМО	6,08	4,24	43,40
Напряженность	6,58	4,88	34,84
Отверженность	6,17	5,41	14,05
Конфликтность	5,67	4,29	32,17
Агрессивность	5,88	4,12	42,72

Более подробно различия между отдельными показателями были представлены выше. Результаты позволили заключить, что наибольшая разница средних значений (от 30% и выше) наблюдалась по следующим шкалам.

- 1) *Согласованность между поставленными и достигнутыми целями* (тест ИЖУ). У здоровых респондентов значения по этой шкале на 34,67% выше, чем у респондентов с онкозаболеваниями.
- 2) *Общий фон настроения* (тест ИЖУ). Здоровые респонденты имеют на 39,34% более высокие баллы по шкале, чем респонденты с онкозаболеваниями.

- 3) *Общий балл СОМО* в группе онкологических пациентов выше одного в группе здоровых респондентов на 43,40%.
- 4) *Напряженность* (тест СОМО); значения по шкале на 34,84% выше у онкологических пациентов.
- 5) *Конфликтность* (тест СОМО); значения по шкале на 32,17% выше у онкологических пациентов.
- 6) *Агрессивность* (тест СОМО); значения по данной шкале на 42,72% выше в группе онкологических пациентов.

### **Обсуждение результатов**

Существуют значимые различия между группами здоровых респондентов и онкологических пациентов по уровням удовлетворенности жизнью, алекситимии и напряженности межличностных отношений. Кроме того, все три параметра статистически значимо связаны между собой, то есть образуют единый комплекс, представленный у онкопациентов высокими показателями алекситимии, неудовлетворенности межличностными отношениями и низким показателем удовлетворенности жизнью. У здоровых респондентов этот комплекс представлен преимущественно низкими показателями алекситимии, напряженности межличностных отношений и высокими показателями жизненной удовлетворенности.

Полученные данные не позволяют оценить первичность какого-либо из показателей: скорее всего, они реципрокны, а статистические связи отражают их системность и комплементарность.

Кроме того, обнаружены значимые различия в эмпирических группах по таким показателям как: последовательность в достижении целей, согласованность между поставленными и достигнутыми целями, общий фон настроения, субъективная оценка неудовлетворенности межличностными отношениями, конфликтность и агрессивность межличностных отношений.

Зависимости степени алекситимии от пола и возраста не было выявлено.

Таким образом, у онкологических пациентов наблюдается сниженный индекс жизненной удовлетворенности, что можно объяснить стрессовым состоянием пациентов, находящихся на лечении в стационаре; страхом перед длительным и, возможно, болезненным лечением, неизвестным исходом и течением заболевания. Более высокая алекситимичность может носить вторичный характер и быть результатом травмирующего осознания потенциально смертельной болезни.

Для выявления структуры алекситимии и факторов, сопутствующих ее возникновению, необходимо провести дополнительные исследования. Также люди с онкологическими заболеваниями отмечают наличие дисгармоничных

межличностных отношений до и после заболевания. Дисгармония в межличностных отношениях может быть вызвана как алекситимией, так и неспособностью, неумением выстраивать адекватные гармоничные отношения, основанные на близости и взаимопонимании [12].

В психологии существуют различные данные о связи алекситимии с такими клиническими проявлениями как депрессивное и пассивно-агрессивное расстройство, зависимость и склонность к избеганию, что позволяет ставить вопрос о механизмах развития психопатологии [8].

Вместе с тем, все три фактора – снижение индекса жизненной удовлетворенности, алекситимичность и дисгармония в межличностных отношениях – не способствуют повышению эффективности лечения, а скорее, отнимают психологические и физические ресурсы, что требует психологического сопровождения лечения онкопациентов и психологической коррекции их эмоциональных состояний. На основании проведенного исследования можно прийти к заключению, что в работе с онкологическими пациентами необходимо учитывать их эмоциональный статус, отношение к жизни и особенности межличностных отношений.

### **Выводы**

Первая гипотеза исследования подтвердилась. Были обнаружены значимые различия между группами онкологических пациентов и соматически здоровых респондентов по исследуемым показателям алекситимии, удовлетворенности жизнью и напряженности межличностных отношений. Отмечается следующая специфика этих взаимосвязей:

- уровень алекситимии и напряженности межличностных отношений значимо выше у онкологических пациентов;
- уровень напряженности межличностных отношений также значимо выше у онкологических пациентов;
- уровень удовлетворенности жизнью значимо выше у соматически здоровых респондентов.

Вторая гипотеза исследования также нашла подтверждение. Было выявлено, что существуют значимые взаимосвязи между исследуемыми показателями алекситимии, удовлетворенности жизнью и напряженностью межличностных отношений. При этом отмечают:

- положительная взаимосвязь между алекситимией и напряженностью межличностных отношений;
- отрицательная взаимосвязь между алекситимией и удовлетворенностью жизнью;
- отрицательная взаимосвязь между напряженностью межличностных отношений и удовлетворенностью жизнью.

## Литература

1. *Акимова М.К.* Психодиагностика. Теория и практика: учебник для бакалавров (4-е изд.). М.: Юрайт, 2014. 631 с.
2. *Гаранян Н.Г.* Концепция алекситимии // Журнал социальной и клинической психиатрии. 2003. № 1. С. 128–145.
3. *Ересько Д.Б. и др.* Алекситимия и методы ее определения при пограничных расстройствах / Пособие для психологов и врачей. СПб: изд-во Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 2005. 25 с.
4. *Келина М.Ю., Мешкова Т.А.* Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. №2. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n2/52628.shtml> (дата обращения: 25.08.2016)
5. *Кристал Дж.* Интеграция и самоисцеление: Аффект–Травма–Алекситимия. М.: изд-во Института общегуманитарных исследований, 2006. 800 с.
6. *Малкина-Пых И.Г.* Психосоматика. Справочник практического психолога М.: Эксмо, 2004. 992 с.
7. *Нартова-Бочавер С.К., Потапова А.В.* Уровень алекситимии как индикатор психологической устойчивости студентов технических и гуманитарных вузов // Психологическая наука и образование. 2012. № 3. С. 10–17.
8. *Николаева В.В.* О психологической природе алекситимии [Электронный ресурс]. URL: <http://vprosvet.ru/biblioteka/aleksitimiya/> (дата обращения: 20.08.2016).
9. *Павлова Е.М.* Эмоциональный интеллект: от иерархических моделей к представлению о единой когнитивной способности [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2014. Т. 7. № 37. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2014v7n37/1038-pavlova37.html> (дата обращения: 16.03.2016).
10. *Финагентова Н.В.* Психологические ресурсы в профилактике рецидивов при онкологических заболеваниях: автореф. дис. канд. психол. наук: СПб, 2010. 15 с.
11. *Taylor G.J.* Recent developments in alexithymia theory and research // Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie. 2000. Vol. 45. № 2. Pp. 134–142.
12. *Taylor G.J., Bagby R., Parker J.D.* The alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine // Psychosomatics. 1991. Vol. 32. № 2. Pp. 153–164.



# Alexithymia Characteristics and Subjective Evaluation of Interpersonal Relations in Cancer Patients

**Avdulova, T.P.,**

*PhD., associated professor. Moscow Pedagogical State University (MPSU), Moscow, Russia, avdulova@bk.ru*

**Ter-Ovanesov, M.D.,**

*Doctor of medical sciences, professor. State clinical hospital № 40. Deputy Chief Physician for Medical Part (on the organization of the surgical and oncological help). Moscow, Russia*

**Yagudina, O.P.,**

*Private institution organization of additional professional education Institute of modern psychological technologies (ISPT) Moscow, Russia, yagudina.olga@mail.ru*

---

Results of empirical research of an index of satisfaction with life, an alexithymia and value judgment of the interpersonal relations are described and analyzed. Results at two groups are compared: oncological patients and somatic healthy sample. Interrelations between vital satisfaction, manifestations of an alexithymia and value judgment of the interpersonal relations are considered. An empirical research was carried out involving a sample group of 41 persons aged from 25 till 80 years old. There were 24 respondents in group of oncological patients and 17 people in group somatic healthy respondents. Significantly lower index of vital satisfaction is found in group of oncological patients, significantly higher level of an alexithymia and significantly higher level of intensity of the interpersonal relations.

**Keywords:** satisfaction with life, alexithymia, value judgment of the interpersonal relations, emotional intelligence, oncology patients.

---

## References

1. Akimova, M.K. *Psikhodiagnostika. Teoriia i praktika: uchebnik dlia bakalavrov* (4-e izd.) [Psychodiagnosics. Theory And Practice (4 ed.)]. Moscow: Urait, 2014. 631 p.
2. Garanjan, N.G. *Koncepcija aleksitimii* [Concept of an Alexithimia]. *Zhurnal sotsial'noi i klinicheskoi psikhiatrii* [Journal of Social and Clinical Psychiatry], 2003, no. 1, pp. 128–145.

3. Eres'ko, D.B., et al. Aleksitimija i metody ee opredelenija pri pograničnyh rasstrojstvah: Posobie dlja psihologov i vrachej [Alexithymia and Methods of its Definition at Boundary Disorders]. St. Petersburg: publ. of St. Petersburg research psychoneurological Institute of V.M. Bekhterev, 2005.
4. Kelina, M.Ju., Meshkova, T.A. Aleksitimija i ee svjaz' s pishhevymi ustanovkami v nekliničeskoj populjacii devushek podrostkovo i junosheškogo vozrasta [Alexithymia and its Connection with Alimentary Installations in Not Clinical Population of Girls of Teenage and Youthful Age] [Web source]. *Kliničeskaia i spetsial'naia psikhologija [Clinical and Special Psychology]*, 2012, no. 2. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n2/52628.shtml> (Accessed: 25.08.2016).
5. Cristal, J. Integracija i samoiscelenie: Affekt-Travma-Aleksitimija [Integration and Self-Healing: Affect-Travma-Alexithymia]. Moscow: publ. of Institute of all-humanitarian researches, 2006, 800 p.
6. Malkina-Pyh, I.G. Psihosomatika Spravočnik praktičeskogo psihologa. [Psychosomatic Medicine Reference Book of the Practical Psychologist]. Moscow: Eksmo, 2004, 992 p.
7. Nartova-Bochaver, S.K., Potapova, A.V. Uroven' aleksitimii kak indikator psihologičeskoj ustojčivosti studentov tehničeskih i gumanitarnyh vuzov [Level of Alexithymia as an Indicator of Psychological Stability of Students of Technical and Humanitarian Higher Educational Institutions]. *Psikhologičeskaja nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2012, no. 3, pp. 10–17.
8. Nikolaeva, V.V. O psihologičeskoj prirode aleksitimii. [About the Psychological Nature of Alexithymia] [Web source]. URL: <http://vprosvet.ru/biblioteka/aleksitimiya/> (Accessed: 20.08.2016).
9. Pavlova, E.M. Jemocional'nyj intellekt: ot ierarhičeskih modelej k predstavleniju o edinoj kognitivnoj sposobnosti. [Emotional Intelligence: From Hierarchical Models to Idea of Uniform Cognitive Ability] [Web source]. *Psikhologičeskie issledovanija [Psychological researches]*, 2014, vol. 7, no. 37, p. 4. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2014v7n37/1038-pavlova37.html> (Accessed: 16.03.2016).
10. Finagentova, N.V. Psihologičeskie resursy v profilaktike recidivov pri onkologičeskih zaboľevanijah: Avtoref. dis. kand. psihol, nauk [Psychological Resources in Prophylaxis of Recurrence at Oncological Diseases. PhD Thesis]. St. Petersburg, 2010, 15 p.
11. Taylor, G.J. Recent Developments in Alexithymia Theory and Research. *Revue canadienne de psychiatrie*, 2000, vol. 45, no. 2, pp. 134–142.
12. Taylor, G.J., Bagby, R., Parker, J.D. The Alexithymia Construct: a Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics*, 1991, vol. 32, no. 2, pp. 153–164.

# Роль осознанной саморегуляции в реализации когнитивных и личностных ресурсов ребенка с задержкой психического развития

**Бабкина Н.В.,**

*кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории компьютерных технологий обучения детей, Институт коррекционной педагогики РАО, Москва, Россия, natali.babkina@mail.ru*

---

Статья посвящена проблеме когнитивного и личностного развития детей с задержкой психического развития, связанной с недостаточной сформированностью у них регуляторной сферы. Описывается экспериментальное исследование, направленное на углубленное изучение особенностей саморегуляции у первоклассников с задержкой психического развития в сравнении с нормально развивающимися сверстниками. У детей с задержкой психического развития выявлены структурные и содержательные дефекты целостного процесса осознанной регуляции познавательной деятельности, затрудняющие усвоение ими учебного материала и адаптацию к школе. Разработана и апробирована комплексная программа формирования регуляторной сферы у детей указанной категории, включающая цикл занятий психолога и специальную организацию образовательной среды. Эффективность программы подтверждается достоверным улучшением показателей произвольности у детей экспериментальной группы и их приближением по ряду параметров к нормально развивающимся сверстникам. Результаты исследования нашли отражение в Федеральном государственном образовательном стандарте начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, где впервые в содержание образования в качестве обязательного направления коррекционной работы включена работа по формированию у детей с задержкой психического развития произвольной регуляции деятельности и поведения.

**Ключевые слова:** дети с задержкой психического развития, осознанная саморегуляция, особые образовательные потребности, программа формирования регуляторной сферы, занятия психолога.

---

**Для цитаты:**

Бабкина Н.В. Роль осознанной саморегуляции в реализации когнитивных и личностных ресурсов ребенка с задержкой психического развития [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 3. С. 40–55. doi: 10.17759/psyclin.2016050303

**For citation:**

Babkina, N.V. The Role of Conscious Self-Regulation in Realization of Cognitive and Personal Resources in a Child with Developmental Delay [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2016, vol. 5, no. 3, pp. 40–55. doi: 10.17759/psycljn.2016050303 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

Способность ребенка к произвольной регуляции собственной деятельности, и прежде всего деятельности познавательной, является одним из важнейших условий его психического и социального развития, требования к которому резко возрастают с началом систематического обучения в школе. Исследования осознанной саморегуляции в учебно-познавательной деятельности позволили установить взаимосвязи между мотивацией учения, уровнем развития и стилевыми особенностями осознанной саморегуляции [7]. Показано, что учащиеся с более высокой (в сравнении с другими сверстниками) мотивацией и развитой саморегуляцией достигают в учебной деятельности значимо более высоких результатов, более позитивно относятся к учению, успешнее адаптируются к изменяющимся условиям учебного процесса.

Своей работой мы продолжаем данное направление исследований, ставя **целью** изучение особенностей осознанной саморегуляции в познавательной деятельности у детей с задержкой психического развития (ЗПР) – самой многочисленной и разнообразной категории детей с нарушениями развития, обучающихся преимущественно в условиях массовой школы.

Природа трудностей саморегуляции у этих детей имеет многофакторный характер, включая в себя и нарушения корковой нейродинамики (К.С. Лебединская, И.Ф. Марковская, М.Н. Фишман), и особенности эмоционально-волевой сферы (Н.Л. Белопольская, Е.Л. Инденбаум, И.А. Коробейников, И.Ю. Кулагина, П. Вилксон), и недостатки воспитания на предшествующих этапах развития (Р.Д. Триггер, У.В. Ульяновская). Существенное запаздывание развития внутренней речи также затрудняет формирование у них произвольной регуляции деятельности, способности прогнозировать ее результаты (В.И. Лубовский).

Недостаточная саморегуляция проявляется в неумении школьников с ЗПР подчинять свою деятельность поставленной задаче, в несформированности навыков мысленного планирования действий, самоконтроля, в отсутствии стойкого интереса к предлагаемым заданиям, в импульсивности и поверхностности ориентировки в новом материале. Эмоциональная незрелость и нестабильность этих детей,

проявляющиеся в импульсивности действий, повышенной конфликтности и раздражительности и неумении вести себя в соответствии с общепринятыми нормами, существенно затрудняют их адаптацию к условиям и требованиям ситуации школьного обучения. При этом всеми исследователями отмечается, что своевременная помощь способна оказать благоприятное влияние на когнитивное и личностное развитие ребенка с ЗПР. Если же специальная задача формирования регуляторной сферы не ставится, то даже при обучении в специальных коррекционных школах (классах) навыки саморегуляции у подростков с ЗПР остаются к моменту завершения школьного обучения несформированными [8], что, в частности, влечет за собой серьезные проблемы в их социализации [3; 6].

В своей работе мы исходили из того, что систематизация и анализ специфических проявлений саморегуляции в познавательной деятельности детей с ЗПР позволят выявить их особые образовательные потребности и научно обосновать специальные образовательные условия, способствующие целенаправленному развитию регуляторной сферы. На наш взгляд, главной задачей современного школьного образования является эффективная актуализация потенциальных возможностей личностного становления ребенка с ЗПР, которая может быть достигнута при условии систематической психолого-педагогической коррекционной работы, ориентированной на формирование и развитие саморегуляции познавательной деятельности. При этом саморегуляция рассматривается нами в рамках целостной концептуальной модели О.А. Конопкина как интегративная характеристика особенностей психической деятельности ребенка, выявляемая в условиях психологического эксперимента и потому доступная направленному наблюдению, контролю, описанию и выделению уровней и вариантов ее сформированности [4].

### Программа исследования

В исследовании приняли участие 60 детей 8-го года жизни, в том числе 20 нормально развивающихся школьников и 40 детей с ЗПР, которых мы разделили на контрольную и экспериментальную группы таким образом, чтобы усредненные показатели предварительной оценки готовности к школьному обучению в двух группах оказались примерно равными [2].

Исследование включало три этапа: констатирующий, формирующий и контрольный.

На констатирующем этапе исследования изучались возможности осознанной саморегуляции у детей с ЗПР: анализировались такие ее звенья, как принятие ребенком цели деятельности, определение и удержание программы деятельности, формирование и сохранение способа действий, осуществление промежуточного и итогового контроля. При анализе результатов особое внимание уделялось показателям продуктивности деятельности и эффективности регуляции: снижению или повышению работоспособности, готовности к автоматизации навыка, переносу умений саморегуляции в новые условия. Учитывалось также влияние различных видов помощи на эффективность регуляции деятельности.

В работе использовались следующие **методики**: теппинг-тест, тест Пьерона-Рузера, «Графический узор». С целью максимального задействования регуляторных возможностей школьников и приближения условий выполнения заданий к учебной деятельности все методики проводились фронтально.

На основании полученных экспериментальных данных была разработана основанная на дифференцированном подходе комплексная программа коррекционно-развивающей работы, способствующая эффективной актуализации потенциальных возможностей школьников с ЗПР при формировании регуляторной сферы.

На *формирующем этапе* эксперимента была проведена практическая реализация разработанных условий и апробация программы коррекционно-развивающей работы психолога.

Проведение *контрольного этапа* с использованием тех же методик, что и на констатирующем этапе, дополненных экспертной оценкой самостоятельности [9] и анализом отзывов учителей и родителей, позволило оценить эффективность специально созданных образовательных условий для реализации потенциальных возможностей младших школьников с ЗПР в сфере саморегуляции.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Возможности саморегуляции действий (определение и удержание программы, сохранение способа действий, перенос умений саморегуляции в новые условия), влияние различных условий на показатели продуктивности деятельности и эффективность регуляции детей с ЗПР были исследованы с помощью теппинг-теста в модификации А.К. Осницкого [9].

Для качественного анализа и интерпретации результатов были выделены четыре уровня произвольной регуляции действий. *1-й уровень* соответствует наличию умений саморегуляции действий в новых условиях; *2-й уровень* – переносу умений саморегуляции в незначительно меняющиеся условия (способности достигать хорошей результативности при возможности сведения сложных условий к более простым); *3-й уровень* раскрывает способность ребенка к самоорганизации в привычных для него условиях; *4-й уровень* свидетельствует о несформированности умений саморегуляции даже в стереотипных условиях.

Уровень развития произвольной регуляции действий у детей с ЗПР и их нормально развивающихся сверстников характеризовался существенными различиями ( $p \leq 0,01$ ; здесь и далее приведены оценки, полученные по t-критерию, подчиняющемуся распределению Стьюдента). На рисунке 1 видно, что дети с ЗПР в большинстве своем обнаруживали достаточную сформированность регуляции действий в стереотипных, привычных для учащихся условиях (3-й уровень – 65%), однако перенос умений саморегуляции в новые, незначительно меняющиеся условия (2-й уровень) самостоятельно осуществляли только 20% первоклассников. Неспособность к регуляции стереотипных действий (4-й уровень) наблюдалась у 15% детей с ЗПР. Возможности самоорганизации действий по новому,

непривычному правилу (1-й уровень) никто из детей с ЗПР не обнаружил. При этом преимущественно они демонстрировали недостаточную стабильность в работе и проблемы с сохранением усилия при продолжительном выполнении заданий.

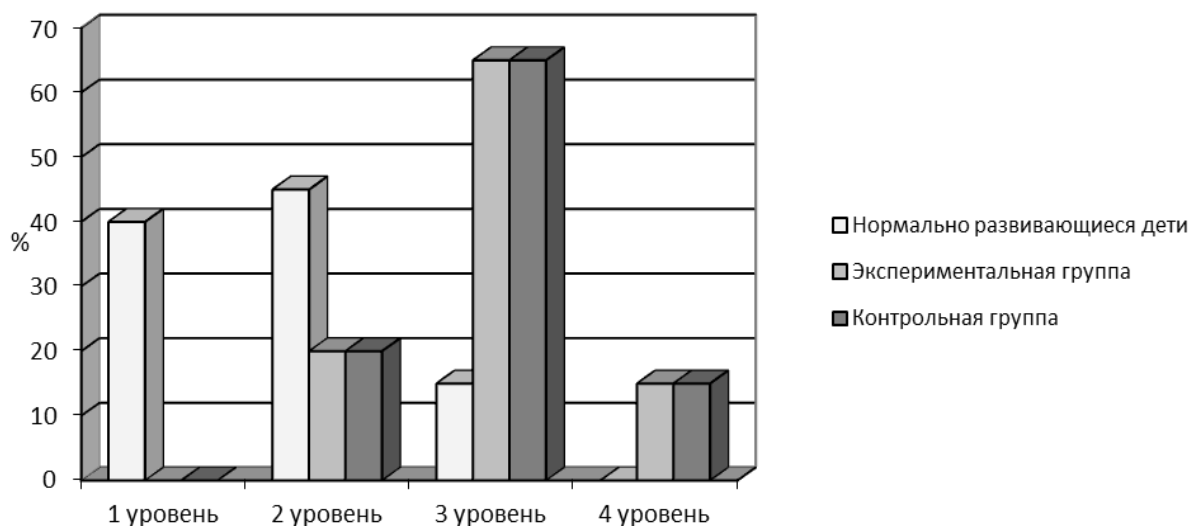


Рисунок 1. Результаты выполнения теппинг-теста, %

Изучение произвольной регуляции деятельности (программирования ребенком собственных действий и их контроля, удержания инструкции, распределения внимания по ряду признаков, переключения на новые задания), а также влияния различных видов помощи на эффективность деятельности осуществлялось с помощью методики Пьерона–Рузера.

В соответствии с целью исследования были использованы три варианта задания [2]. *1-й вариант* (традиционный) позволял проанализировать целенаправленность деятельности, возможность удержать инструкцию; определить общее время работы, динамику изменения темпа деятельности и подсчитать количество ошибок; *2-й вариант* (с многократным напоминанием о необходимости быть как можно внимательнее, не торопиться, проверить правильность выполнения) позволял проанализировать возможности активизации умений саморегуляции при организующей помощи экспериментатора; *3-й вариант* (заполнение фигур другими символами непосредственно после 1-го или 2-го варианта) позволял оценить индивидуальные возможности переключения и автоматизации навыка при изменении инструкции.

Обобщенные результаты выполнения теста Пьерона–Рузера (рис. 2) показывают, что при стандартном применении методики (вариант 1) испытуемые с ЗПР совершали значительно больше ошибок, чем их нормально развивающиеся сверстники (в среднем соответственно 5,3 и 1,4; различие достоверно при уровне значимости  $p \leq 0,01$ ). На выполнение задания они в среднем затрачивали больше времени, чем дети с нормальным развитием (4 мин 45 с и 3 мин 20 с соответственно).

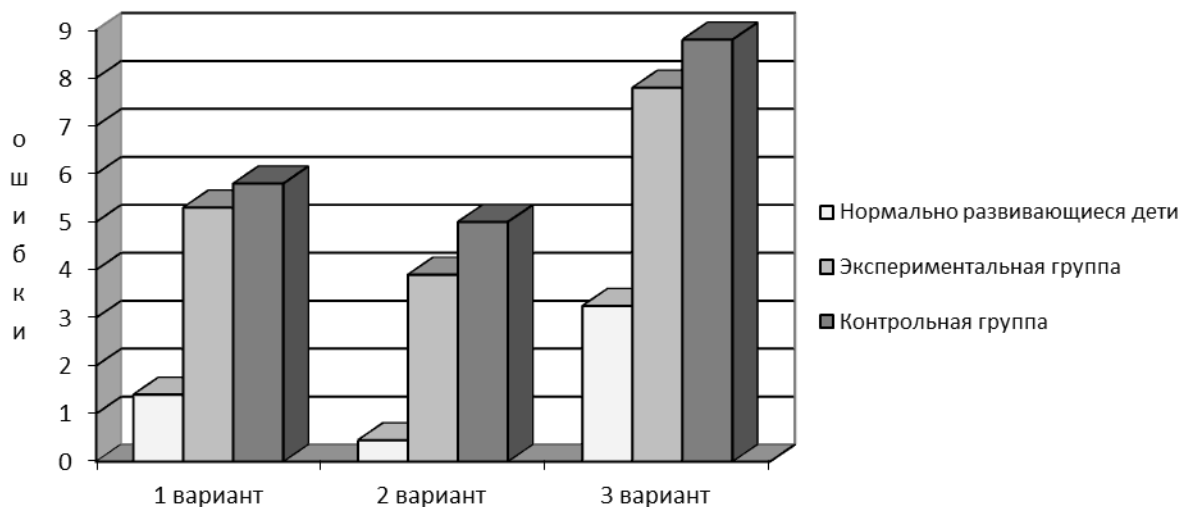


Рисунок 2. Результаты выполнения теста Пьерона–Рузера (в абсолютных величинах)

Деятельность детей с ЗПР на протяжении выполнения задания характеризовалась неравномерностью и недостаточной целенаправленностью. Иногда в процессе работы они ориентировались не на образец, а на предшествующие собственные обозначения, что приводило к повторению допущенных ранее ошибок. Речевая регуляция деятельности осуществлялась этими детьми крайне редко.

Организующая помощь экспериментатора (вариант 2) детям с ЗПР не приводила к существенному повышению продуктивности (соответственно 3,9 и 4,5 ошибки; различие не достоверно), тогда как дети с нормальным развитием существенно улучшали свои результаты (1,4 и 0,3; при  $p \leq 0,05$ ). Очевидно, детям с ЗПР, несмотря на осознание ими инструкции, было трудно организовывать последовательную реализацию программы деятельности, а также контролировать ее результат.

Оценка индивидуальных возможностей переключения и автоматизации навыка при изменении инструкции (вариант 3) показала значительное ухудшение показателей ( $p \leq 0,05$ ) как у детей с ЗПР (7,8 ошибки), так и у их нормально развивающихся сверстников (3,3 ошибки). По ходу выполнения задания было отмечено большое число возвратов к предыдущей программе деятельности, особенно в начале и в конце работы. Несколько детей с ЗПР в середине работы стали отказываться от ее продолжения. Таким образом, как для первоклассников с ЗПР, так и для их нормально развивающихся сверстников были характерны трудности регуляции деятельности в усложненных условиях.

Изучение умений осознанной саморегуляции (способности работать по образцу, определять и удерживать программу деятельности, формировать и сохранять способ действий, осуществлять промежуточный и итоговый контроль,



исправлять допущенные ошибки) проводилось с помощью методики «Графический узор» [2].

При выполнении задания оценивались точность копирования образца и правильность последующего воспроизведения узора. Для анализа и интерпретации результатов были выделены четыре уровня выполнения задания. К 1-му уровню успешности относились результаты детей, полностью справившихся с заданием и не допустивших ни одной ошибки; 2-й уровень соответствовал успешному выполнению задания с допущением некоторых неточностей, которые были самостоятельно устранены детьми при сверке собственных результатов с образцом; к 3-му уровню были отнесены результаты детей, не допустивших ошибок при срисовывании образца узора, но испытывавших трудности при самостоятельном его продолжении; а к 4-му уровню – результаты детей, которые не могли самостоятельно скопировать графический узор с визуального образца.

Результаты выполнения задания (рис. 3) показали достоверное отличие детей с ЗПР от нормально развивающихся сверстников ( $p \leq 0,01$ ). Наиболее характерным для детей с ЗПР оказался 3-й уровень успешности выполнения задания (60%). Они допускали ошибки, выражавшиеся в пропуске или замене отдельных элементов узора и выходе за пределы клетки. Особенно ярко это проявлялось в конце работы. Этим детям было трудно сосредоточиться на целенаправленной деятельности; выполнив задание, они не сверялись с образцом и поэтому не замечали допущенные ошибки.

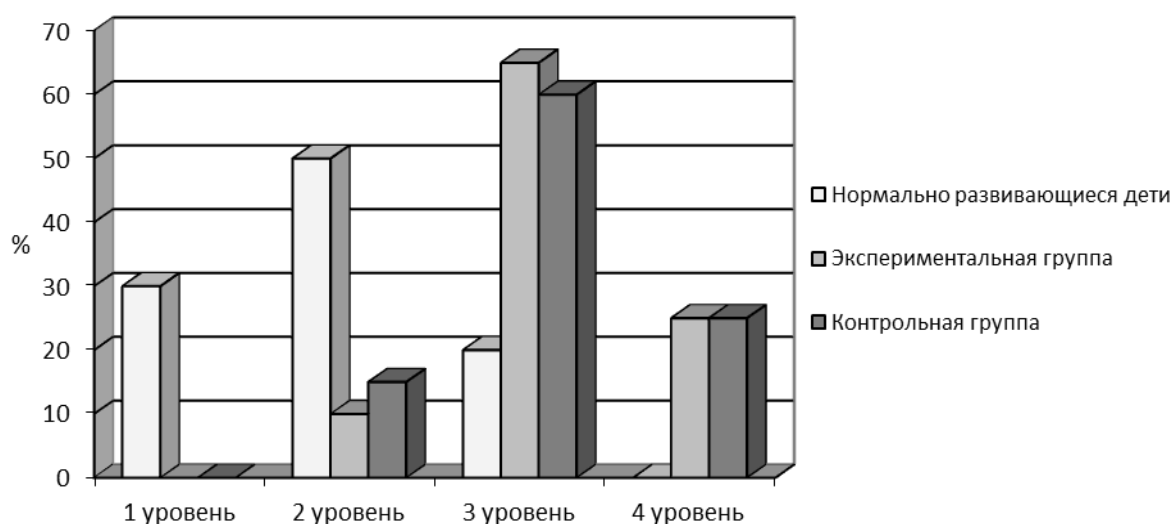


Рисунок 3. Результаты выполнения методики «Графический узор», %

У некоторых детей с ЗПР наблюдались затруднения уже на этапе срисовывания с образца (4-й уровень, 25%). Однако следует отметить, что при изменении организационных условий диагностической процедуры (при индивидуальной работе) эти первоклассники с той или иной степенью успешности с заданием справились.

Таким образом, обобщенный анализ результатов констатирующего этапа исследования позволил сделать заключение о недостаточной степени осознанной регуляции произвольной активности в познавательной деятельности у детей с ЗПР 7-летнего возраста и о достоверном отличии таких детей от нормально развивающихся сверстников по уровню сформированности различных звеньев и навыков осознанной саморегуляции.

При фронтальной работе первоклассникам с ЗПР сложно длительное время прилагать усилия и направлять собственную деятельность, выбирать способы действий и организовывать их последовательную реализацию, оценивать промежуточные и конечные результаты деятельности, исправлять допущенные ошибки. При этом внесение изменений в условия проведения обследования и внешняя помощь в организации деятельности (упрощенное повторение инструкции, эмоциональная поддержка, переход от фронтальной работы к индивидуальной) приводят к существенному улучшению результатов.

Выявленные особенности произвольной регуляции познавательной деятельности первоклассников с ЗПР объясняют описываемые учителями трудности, которые испытывают эти дети: они с трудом усваивают школьные навыки, плохо подчиняются дисциплинарным требованиям, у них возникают проблемы со сверстниками, что приводит к школьной дезадаптации в целом.

Для полноценной реализации когнитивных и личностных ресурсов таких школьников и обеспечения возможности получения ими качественного образования необходимо удовлетворение их особых образовательных потребностей в формировании произвольной регуляции деятельности и поведения. С этой целью была разработана специальная **комплексная программа коррекционно-развивающей работы** по формированию осознанной саморегуляции [1], включающая:

1. *методические рекомендации по организации индивидуальных и групповых занятий психолога, учитывающие уровень сформированности у ребенка осознанной регуляции познавательной деятельности;*
2. *рекомендации учителям по осуществлению индивидуального и дифференцированного подхода к учащимся;*
3. *рекомендации родителям.*

Организационно-методические принципы работы психолога по формированию осознанной регуляции познавательной деятельности у первоклассников с ЗПР определялись:

1) привлечением внимания детей к саморегуляции как деятельности, формированием интереса к ней. Это достигалось построением интересных занятий и ситуаций, вызывающих переживание радости от достижений, а также обсуждением личного опыта ребенка;

2) наличием для каждого умения саморегуляции специально разработанной серии упражнений;

3) соразмерностью степени психолого-педагогического воздействия, его продолжительности и исходного уровня развития ребенка и характерной для него динамики формирования компонентов осознанной саморегуляции.

Работа психолога по формированию осознанной регуляции познавательной деятельности у детей с ЗПР велась в нескольких направлениях, связанных с формированием определенного комплекса умений: ставить и удерживать цель деятельности, планировать действия, определять и сохранять способ действий, использовать самоконтроль на всех этапах деятельности, осуществлять словесный отчет о процессе и результатах деятельности, оценивать процесс и результат деятельности.

Особое внимание уделялось пробуждению у ребенка осознания собственных действий, причин успеха и неудач, формированию у него веры в собственные силы.

Программа занятий психолога включала подготовительный период и три этапа основного цикла [2]. Содержание занятий по этапам отличалось основным направлением работы, различной степенью самостоятельности ребенка при выполнении заданий и применением различных видов помощи.

Помимо специальных занятий психолога, программа коррекционно-развивающей работы включала специальную организацию образовательной среды, позволяющую актуализировать сформированные регуляторные умения школьника при решении учебных и бытовых задач: самостоятельно организовывать собственную деятельность, осознавать возникающие трудности, уметь запрашивать и использовать помощь взрослого, применять знания, полученные в ходе обучения, в повседневной жизни. Для этого были предусмотрены специальные рекомендации учителям и родителям по организации взаимодействия с ребенком, учитывающие как общие особенности психофизического развития детей с ЗПР младшего школьного возраста, так и индивидуальный уровень сформированности саморегуляции у каждого ученика.

С целью апробации разработанной программы коррекционно-развивающей работы по формированию осознанной саморегуляции и оценки ее эффективности был проведен формирующий эксперимент. В нем приняли участие 20 первоклассников с ЗПР – экспериментальная группа (ЭГ). С каждым ребенком в течение учебного года было проведено 50 занятий по индивидуальной программе коррекционной работы, составленной на основании результатов комплексного обследования детей специалистами ПМПК и ПМПк. Занятия проводились два раза в неделю. Продолжительность индивидуальных занятий составляла 20 минут, групповых и в малых группах – 30 минут.

Опыт проведения коррекционно-развивающих занятий психолога показал, что детям требовалось различное количество занятий по каждому из этапов. Оно зависело от исходного уровня сформированности осознанной регуляции познавательной деятельности и от индивидуальных возможностей ребенка.

Оценивая полученные результаты, можно констатировать, что в процессе формирующего эксперимента удалось вызвать у детей интерес к саморегуляции как

деятельности, к тщательному выполнению заданий, планированию хода их выполнения, контролю и оценке результатов. Этому во многом способствовала та позиция, в которую был поставлен ребенок, – позиция «компетентности», повышающая общий эмоциональный настрой, мотивацию к выполнению задания, самооценку.

Для определения степени эффективности созданных психолого-педагогических условий формирования осознанной регуляции познавательной деятельности в конце учебного года был проведен контрольный эксперимент. В нем приняли участие все дети с ЗПР, прошедшие экспериментальное обучение (ЭГ, 20 человек), контрольная группа (КГ) школьников с ЗПР (20 человек) и нормально развивающиеся первоклассники (20 человек).

У детей ЭГ произошло достоверное (при  $p \leq 0,05$ ) улучшение результатов по всем исследуемым показателям произвольной регуляции, в результате чего они значительно приблизились к своим нормально развивающимся сверстникам.

По результатам теппинг-теста около половины детей ЭГ осуществляли регуляцию простых действий и эффективно переносили навык на сложные действия, а 40% младших школьников приобрели способность сразу организовывать сложные действия (рис. 4). При этом существенное улучшение эффективности выполнения заданий ( $p \leq 0,05$ ) не может быть объяснено лишь взрослением детей, так как у первоклассников с ЗПР, входивших в КГ, такого роста эффективности не наблюдалось.

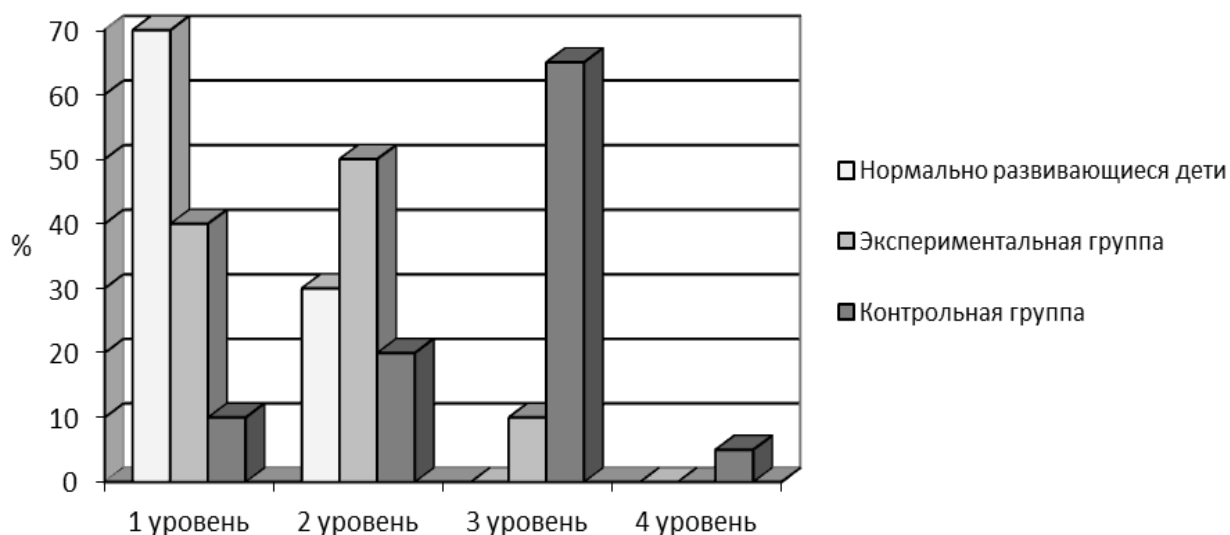


Рисунок 4. Результаты выполнения теппинг-теста, %

Сравнение результатов констатирующего и контрольного экспериментов выявило, что показатели саморегуляции детей ЭГ значительно приблизились к показателям их нормально развивающихся сверстников. В КГ достоверных изменений не наблюдалось.

Эффективность выполнения заданий методики Пьерона–Рузера детьми ЭГ также возросла (рис. 5). Они стали делать значительно меньше ошибок (в среднем соответственно 5,3 и 1,0 до и после экспериментального обучения; при  $p \leq 0,01$ ). Перед началом выполнения задания многие из детей внимательно изучали образец, шепотом комментируя символы для заполнения фигур, что свидетельствует о предварительном программировании действий и вербализации программы. Допущенные ошибки большинство детей сразу исправляли.

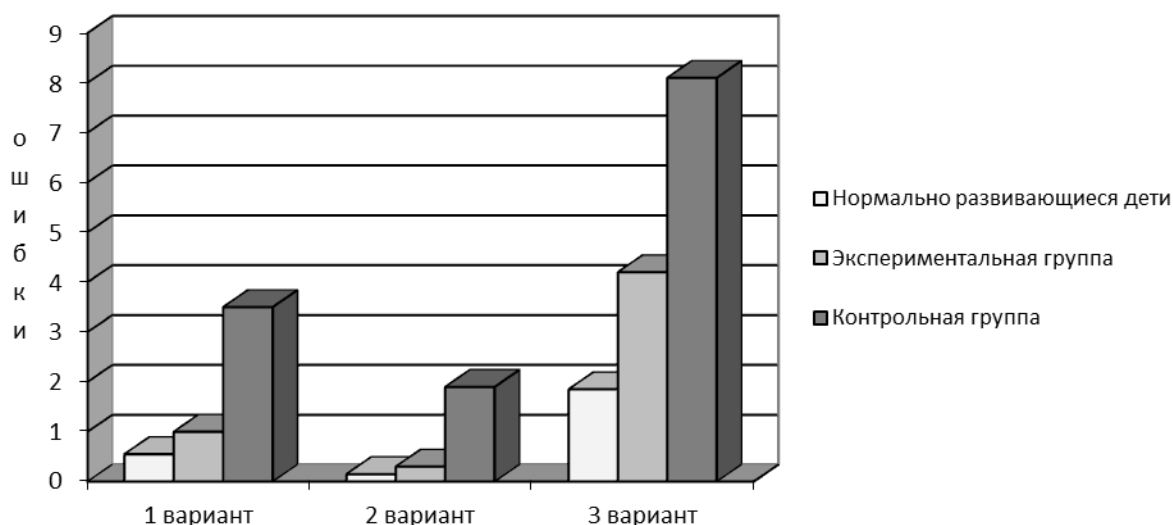


Рисунок 5. Результаты выполнения теста Пьерона–Рузера (в абсолютных величинах)

Организующая помощь экспериментатора (вариант 2), как и при проведении констатирующего эксперимента, к существенному улучшению результатов детей ЭГ не приводила (1,0 и 0,3 ошибки; различие недостоверно), однако уже по другой причине: у школьников сформировалась внутренняя установка на внимание в различных видах деятельности, позволяющая эффективно справляться с заданием без дополнительной организующей помощи экспериментатора.

Работа детей при выполнении задания стала более равномерной. Вместе с тем у них сохранились трудности произвольной регуляции деятельности в усложненных условиях. При выполнении 3-го варианта методики они допускали значительное число ошибок (4,2), но по сравнению с результатами начала года (7,8), самостоятельно замечали и исправляли часть ошибок в процессе работы.

Результаты выполнения заданий детьми КГ показали определенное улучшение по некоторым параметрам, в частности, по количеству допущенных ошибок (соответственно 5,8 и 3,5 в начале и в конце учебного года). Особенно заметно это улучшение проявлялось при выполнении задания с организующей помощью экспериментатора, которая являлась для этих детей значимой (при  $p \leq 0,05$ ) и приводила к существенному улучшению эффективности деятельности (число ошибок снижалось в среднем с 3,5 до 1,9). Следует отметить, что темп деятельности

детей КГ оставался, как и в начале года, неравномерным. Достаточно быстро наступало истощение.

В целом результаты детей с ЗПР ЭГ оказались значительно лучше, и их сопоставление с результатами КГ показало достоверность различий (при  $p \leq 0,05$ ).

Результаты выполнения методики «Графический узор» также продемонстрировали улучшение эффективности регуляции деятельности у детей ЭГ (при  $p \leq 0,05$ ) (рис. 6). Две трети первоклассников приобрели способность точно работать по образцу, самостоятельно исправлять допущенные ошибки и неточности по ходу выполнения задания. У детей наблюдался устойчивый интерес к качеству выполнения задания, и они уже не нуждались в организующей помощи экспериментатора.

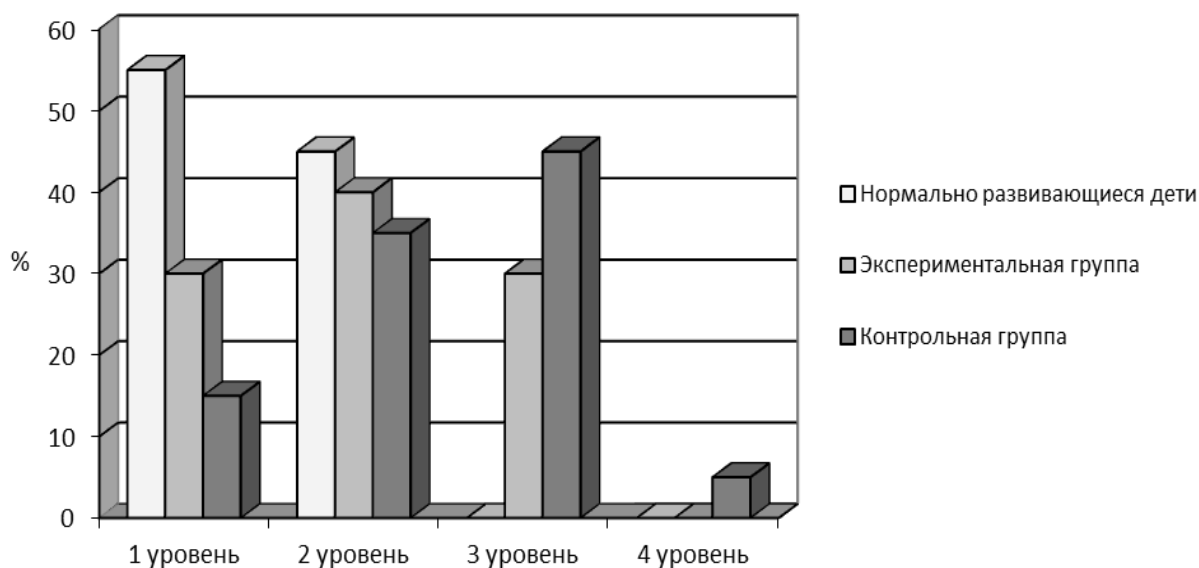


Рисунок 6. Результаты выполнения методики «Графический узор», %

Улучшились и результаты нормально развивающихся детей (1-й уровень — 55%, 2-й уровень — 45%), тогда как в КГ столь существенных изменений не наблюдалось.

Поскольку в начале исследования достоверные различия между показателями произвольности детей ЭГ и КГ отсутствовали (см. рис. 1–3), анализ вышечисленных данных позволяет говорить об эффективности проведенной коррекционно-развивающей работы по формированию осознанной регуляции познавательной деятельности у детей ЭГ.

Учителя, работавшие с детьми ЭГ, отмечали, что у первоклассников появилась потребность в успешном выполнении заданий и поручений, в максимальной реализации своих умений и способностей при их выполнении. У детей исчезла боязнь ошибочных шагов, снизились тревожность и необоснованное беспокойство;

они стали гораздо активнее участвовать в общих мероприятиях. Наладились и взаимоотношения с одноклассниками.

Экспертная оценка самостоятельности показала, что у учащихся ЭГ возросло стремление добиваться успеха (тогда как в КГ четко прослеживалось стремление избегать неудачи); дети ЭГ стали проявлять больше самостоятельности при выполнении заданий и поручений учителя в учебной и внеучебной деятельности; у них обнаруживалась склонность к сотрудничеству (а не к соперничеству, как в КГ).

За время проведения формирующего эксперимента заметно повысилась активность родителей детей с ЗПР. Они стали сами приходить к психологу с возникающими вопросами, предлагать темы для обсуждения, делиться своими проблемами и положительным опытом их решения с другими родителями. Многие из них отмечали, что дети стали более спокойными, у них наладились отношения с братьями и сестрами. Дома дети стали проявлять больше самостоятельности: у них появились постоянные обязанности (поливать цветы, убирать посуду со стола после ужина и т.п.), они стали сами собирать портфель по вечерам; при приготовлении домашних заданий им уже в меньшей степени требовался контроль со стороны родителей, хотя их присутствие рядом существенно ускоряло работу ребенка.

### **Заключение**

Таким образом, полученные результаты позволяют утверждать, что навыки саморегуляции могут и должны стать предметом специальной работы психолога и педагога, а также предметом целенаправленной деятельности самого ребенка с ЗПР.

Психолого-педагогические условия, способствующие формированию осознанной регуляции познавательной деятельности у детей с ЗПР, должны включать, с одной стороны, внешнюю организацию среды, учитывающую ведущую деятельность, уровень развития ребенка и его индивидуальные особенности, и, с другой стороны, специальную работу по формированию умений осознанной саморегуляции, актуализации потенциальных возможностей школьника и активизации его собственных усилий в этом направлении.

Только при условии удовлетворения особых образовательных потребностей детей с ЗПР в сфере формирования произвольной регуляции деятельности и поведения могут быть обеспечены полноценная реализация их когнитивных и личностных ресурсов и возможность получения ими качественного образования наравне с нормально развивающимися сверстниками.

Значимость проведенного исследования для решения актуальных задач современного этапа развития образования подтверждается тем, что его результаты нашли отражение в Федеральном государственном образовательном стандарте начального общего образования обучающихся с ОВЗ, вступающем в силу 1 сентября

*Бабкина Н.В.* Роль осознанной саморегуляции в реализации когнитивных и личностных ресурсов ребенка с задержкой психического развития  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 3. С. 40–55.

*Babkina, N.V.* The Role of Conscious Self-Regulation in Realization of Cognitive and Personal Resources in a Child with Developmental Delay  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 3, pp. 40–55.

2016 г. Впервые в содержание образования в качестве обязательного направления коррекционной работы включена работа по формированию у детей с ЗПР произвольной регуляции деятельности и поведения [5; 10].

## **Литература**

1. *Бабкина Н.В.* Основные направления и содержание коррекционной работы с младшими школьниками с задержкой психического развития // *Дефектология*. 2016. № 2. С. 53–59.
2. *Бабкина Н.В.* Саморегуляция в познавательной деятельности у детей с задержкой психического развития. М.: ВЛАДОС, 2016. 136 с.
3. *Инденбаум Е.Л.* Характеристики коммуникативной компетентности подростков с разными формами интеллектуальной недостаточности в условиях инклюзивного и специального образования // *Психологическая наука и образование*. 2014. № 1. С. 42–49.
4. *Конопкин О.А.* Психологические механизмы регуляции деятельности. М.: Наука, 1980. 256 с.
5. *Коробейников И.А., Инденбаум Е.Л., Бабкина Н.В.* Специальный Федеральный государственный образовательный стандарт начального образования детей с задержкой психического развития: проект. М.: Просвещение, 2013. 48 с.
6. *Малофеев Н.Н.* Научные достижения отечественной дефектологии как базис современной профилактической, коррекционной и реабилитационной помощи детям с нарушениями развития // *Воспитание и обучение детей с нарушениями развития*. 2014. № 2. С. 3–10.
7. *Моросанова В.И., Циганов И.Ю., Ванин А.В., Филиппова Е.В.* Осознанная саморегуляция и отношение к учению: их взаимосвязь и вклад в успешность обучения // *Вопросы психологии*. 2015. № 5. С. 32–39.
8. *Осницкий А.К., Астахова Н.В.* Роль осознанной саморегуляции в учебной деятельности подростков, обучающихся в классах коррекционно-развивающего обучения // *Вопросы психологии*. 2007. № 3. С. 42–51.
9. *Осницкий А.К.* Психология самостоятельности. Методы исследования и диагностики. М.: «Эль-Фа», 1996. 127 с.
10. ФГОС начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. Утвержден приказом Минобрнауки России от 19.12.2014 № 1598.



# The Role of Conscious Self-Regulation in Realization of Cognitive and Personal Resources in a Child with Developmental Delay

**Babkina, N.V.,**

*PhD (Psychology), Leading Researcher, Laboratory of child educational computer technologies, Institute of Special Education of Russian Academy of Education (RAE), Moscow, Russia, natali.babkina@mail.ru*

---

The article is devoted to a problem of cognitive and personal development of children with developmental delay. Investigation aimed on exploration of self-regulation in first-grade children with developmental delay in comparison with normally developing peers is presented. Disorders in conscious regulation of cognitive activity, which hamper their assimilation of learning materials and adaptation to school, were identified. A complex curriculum on forming regulatory sphere, which includes psychological support and special organization of the educational environment, has been developed and tested. Efficiency of the described curriculum is confirmed by fixed improvements of data on randomness in children of experimental group and their forthcoming towards normally developing peers. The results of the experimental data found their reflection in Federal state educational standard for children with disabilities where work on developing random regulation of activity and behavior has been included into contents of teaching for the first time as obligatory approach.

**Keywords:** children with developmental delay, conscious self-regulation, special educational needs, curriculum of forming regulatory sphere, psychological support.

---

## References

1. Babkina, N.V. Osnovnye napravleniya i sodержanie korrektsionnoi raboty s mladshimi shkol'nikami s zaderzhkoi psikhicheskogo razvitiya [The main directions and content of remedial work with younger students with mental retardation]. *Defektologiya* [Defectology], 2016, no. 2, pp. 53–59.
2. Babkina, N.V. Samoregulyatsiya v poznavatel'noi deyatel'nosti u detei s zaderzhkoi psikhicheskogo razvitiya [Self-regulation in the cognitive activity in children with mental retardation]. Moscow: VLADOS, 2016, 136 p.

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

4. Konopkin, O.A. Psikhologicheskie mekhanizmy regulyatsii deyatel'nosti [Psychological mechanisms of regulation of activity]. Moscow: Nauka, 1980, 256 p.

5. Korobeinikov, I.A., Indenbaum, E.L., Babkina, N.V. Spetsial'nyi Federal'nyi gosudarstvennyi obrazovatel'nyi standart nachal'nogo obrazovaniya detei s zaderzhkoi psikhicheskogo razvitiya: proekt [Special Federal state educational standard primary education of children with mental retardation: proekt]. Moscow: Prosveshchenie, 2013, 48 p.

6. Malofeev, N.N. Nauchnye dostizheniya otechestvennoi defektologii kak bazis sovremennoi profilakticheskoi, korrektsionnoi i reabilitatsionnoi pomoshchi detyam s narusheniyami razvitiya [Scientific achievements of domestic defectology as the basis of modern preventive, corrective and rehabilitative care for children with developmental disorders]. *Vospitanie i obuchenie detei s narusheniyami razvitiya [The education and training of children with developmental disabilities]*, 2014, no. 2, pp. 3–10.

7. Morosanova, V.I., Tsiganov, I.Iu., Vanin, A.V., Filippova, E.V. Osoznannaya samoregulyatsiya i otnoshenie k ucheniyu: ikh vzaimosvyaz' i vklad v uspehnost' obucheniya [Conscious self-regulation and attitude to learning: their relationship and contribute to the success of the training]. *Voprosy psikhologii [Psychology questions]*, 2015, no. 5, pp. 32–39.

8. Osnitskii, A.K., Astakhova, N.V. Rol' osoznannoi samoregulyatsii v uchebnoi deyatel'nosti podrostkov, obuchayushchikhsya v klassakh korrektsionno-razvivayushchego obucheniya [The role of the conscious self-regulation in learning activity of adolescents enrolled in classes Correction and Development Training]. *Voprosy psikhologii [Psychology questions]*, 2007, no. 3, pp. 42–51.

9. Osnitskii, A.K. Psikhologiya samostoyatel'nosti. Metody issledovaniya i diagnostiki [Psychology independence. Research Methods and Diagnosis]. Moscow: «El'-Fa», 1996, 127 p.

10. FGOS nachal'nogo obshchego obrazovaniya obuchayushchikhsya s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya [FSES primary general education of students with disabilities]. Uтвержден приказом Минобрнауки России от 19.12.2014 № 1598 [Approved by the Ministry of Education and Science of Russia from 19.12.2014 no. 1598].

# Девушки в спорте и балете: пищевое поведение, отношение к своему телу, межличностное взаимодействие и личностная компетентность

**Зязина Н.А.,**

*студентка IV курса Факультета клинической и специальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия, fifty-dreadlocks@yandex.ru*

**Николаева Н.О.,**

*старший преподаватель кафедры дифференциальной психологии и психофизиологии, Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия, nikolaevano@mgppri.ru*

---

Исследовались особенности пищевого поведения и личностные черты, ассоциирующиеся с риском нарушений пищевого поведения, в группах баскетболисток, фигуристок, балерин, а также школьниц, регулярно не занимающихся спортом и танцами. Всего в исследовании участвовали 37 девушек в возрасте от 11 до 15 лет. Из них 14 баскетболисток, 6 фигуристок, 7 балерин и 10 девушек из контрольной группы. Полученные результаты подтвердили предположение о связи специфических жизненных сред с установками пищевого поведения и личностными особенностями. У баскетболисток оказались выражены булимические тенденции пищевого поведения, у фигуристок – и булимические, и ограничительные (соблюдение диет), а пищевое поведение у балерин характеризуется оральным контролем. Спортсменок и балерин отличает от контрольной группы более выраженный аскетизм. Личностные особенности баскетболисток и отчасти фигуристок характеризовались неудовлетворенностью своим телом, трудностями в межличностном общении, плохим пониманием себя и своих чувств и страхом взросления.

**Ключевые слова:** риск нарушений пищевого поведения, ограничительное пищевое поведение, неудовлетворенность телом, межличностное взаимодействие, непонимание своих чувств, страх перед взрослением, аскетизм, спортсменки, балерины.

---

Зязина Н.А., Николаева Н.О. Девушки в спорте и балете: пищевое поведение, отношение к своему телу, межличностное взаимодействие и личностная компетентность  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 3. С. 56–68.

Zyazina, N.A., Nikolaeva, N.O. The Girls in Sport and Ballet: Eating Behavior, Attitude to Own Body, Interpersonal Interaction and Understanding of Themselves  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 3, pp. 56–68.

**Для цитаты:**

Зязина Н.А., Николаева Н.О. Девушки в спорте и балете: пищевое поведение, отношение к своему телу, межличностное взаимодействие и личностная компетентность [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 3. С. 56–68. doi: 10.17759/psyclin.2016050304

**For citation:**

Zyazina, N.A., Nikolaeva, N.O. The Girls in Sport and Ballet: Eating Behavior, Attitude to Own Body, Interpersonal Interaction and Understanding of Themselves [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 3, pp. 56–68. doi: 10.17759/psycljn. 2016050304 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

Нарушения пищевого поведения (НПП) – актуальная проблема, преимущественно касающаяся девушек подросткового возраста [1]. Выделяют такие основные клинические формы НПП, как нервная анорексия и нервная булимия, имеющие различные клинические особенности и психологические составляющие. Профессиональный спорт, танцы, балет являются теми сферами деятельности, которые диктуют требования к телесной физической форме, что в свою очередь сопряжено с дисциплиной питания. Известно, что профессии, связанные с необходимостью ограничений в питании, относятся к группе риска возникновения НПП [3; 9]. Риски НПП связывают и с рядом психологических особенностей: перфекционизмом [1; 4], алекситимией [2], неудовлетворенностью своим телом [7]. Перфекционизм формирует стремление к высоким достижениям, в патологических случаях – к нереалистично высоким целям; в то же время перфекционизм сопряжен с повышенной чувствительностью к ошибкам и неудовлетворенностью своими результатами, своим телом и собой в целом. Алекситимия проявляется в трудности понимания своих чувств, что ведет к неспецифическому способу снятия эмоционального напряжения – перееданию, а также в интероцептивном дефиците и в отсутствии внутренних сигналов о насыщении, что порождает булимические особенности пищевого поведения (ПП), проявляющиеся в чередовании переедания и ограничений.

Специфическими аспектами жизни профессиональных спортсменов и балерин являются большие физические нагрузки, необходимость преодолевать физическую боль, чувство физического и психологического дискомфорта и, возможно, ограниченный круг общения, что также находит свое отражение в личностных чертах и в пищевом поведении.

Целью данного исследования было сравнительное изучение личностных особенностей и установок ПП баскетболисток, фигуристок, балерин и девушек, не занимающихся профессионально спортом или танцами.

Предполагалось, что имеются значимые различия между группами профессиональных спортсменок и балерин и контрольной группой по ряду параметров, характеризующих ПП и личностные особенности.

### Выборка

В исследовании приняли участие 37 девушек в возрасте от 11 до 15 лет, проживающих в г. Москве. Среди них было 20 спортсменок из училищ олимпийского резерва: баскетболистки (N=14, возраст 14±0) и фигуристки (N=6, возраст 12,5±1,5); балерины из хореографического училища (N=7, возраст 11,3±0,5) и ученицы общеобразовательной школы, не занимающиеся регулярно танцами и спортом (N=10, возраст 15±0) – контрольная группа.

### Методики

Использовались два опросника Д.М. Гарнера (D.M. Garner), разработанные для исследования риска НПП и личностных черт, ассоциирующихся с НПП [5; 6].

1. *Eating Attitudes Test (EAT-26)*. Опросник содержит 26 вопросов и направлен на исследование установок ПП: Увлечение диетами (13 вопросов), Булимия (6 вопросов) и Оральный контроль (7 вопросов). Если обследуемый набирает сумму баллов по тесту более двадцати, то это может свидетельствовать о риске НПП. На каждый вопрос предусмотрены пять вариантов ответа, которые в прямых вопросах оцениваются следующим образом: «никогда», «редко», «иногда» – 0 баллов; «часто» – 1 балл; «обычно» – 2 балла; и «всегда» – 3 балла. Один из вопросов является обратным.

2. *Eating Disorder Inventory (EDI-2)*. Тест содержит 91 утверждение и имеет следующие шкалы и соответствующее им число утверждений: Стремление к худобе (7); Булимия (8); Неудовлетворенность своим телом (10); Низкая самооценка (6); Отчужденность по отношению к своему «Я» (7); Затруднения в межличностных взаимодействиях и чувство опасности (7); Отчужденность в отношениях с другими (7); Плохое понимание своих чувств (9), Трудности эмоциональной регуляции (8), Перфекционизм (6); аскетизм (7); Страх перед взрослением (8). Утверждения оцениваются по шестибальной шкале.

Для статистического анализа взаимосвязей переменных всей выборки применялся коэффициент ранговой корреляции Ч. Спирмена. Сравнение групп проводилось с помощью дисперсионного анализа (anova).

### Результаты

Особенности ПП исследовались в общей сложности шестью характеристиками: четырьмя показателями теста EAT-26 (Увлечение диетами, Булимия, Оральный контроль и сумма баллов), а также шкалами теста EDI-2 Стремление к худобе и Булимия. Средние значения по этим показателям для каждой группы девушек приведены в таблице 1. Видно, что балерины и фигуристки имеют наиболее высокие баллы по ограничительным установкам пищевого поведения. При этом

фигуристки набирают высокие баллы также и по булимическим шкалам, что сближает их с баскетболистками, имеющими исключительно булимические установки ПП. Также в таблице 1 представлено сопоставление результатов экспериментальных групп с контрольной по показателям ПП, Отношение к своему телу и Аскетизм (всего восемь показателей). Величина и значимость различий определяются с помощью F-критерия Фишера и уровня достоверности *p*.

В таблице 2 представлены результаты сравнения спортсменок и балерин по тем же показателям пищевого поведения, Отношение к телу и Аскетизм. В таблице 3 представлены различия по тем же показателям между двумя группами спортсменок – баскетболистками и фигуристками.

Таблица 1

**Отличия спортсменок и балерин от контрольной группы по показателям пищевого поведения и отношения к своему телу**

Показатели	КГ*	Баскетболистки			Фигуристки			Балерины		
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Соблюдение диет	5,5 ±8,9	4,1 ±3,0	0,32	0,58	14,5 ±8,8	<b>3,87</b>	<b>0,07</b>	11,0 ±8,3	1,66	0,22
Булимия (EAT-26)	0,4 ±1,3	0,9 ±1,7	0,67	0,42	0,8 ±2,0	0,28	0,61	0,0 ±0,0	0,69	0,42
Булимия (EDI-2)	0,8 ±1,1	5,1 ±4,7	<b>7,69</b>	<b>0,01</b>	6,7 ±2,4	<b>44,14</b>	<b>0,00</b>	2,0 ±3,3	1,18	0,30
Оральный контроль	1,3 ±2,6	1,3 ±1,9	0,01	0,99	3,0 ±4,1	1,05	0,32	4,4 ±2,9	<b>5,41</b>	<b>0,03</b>
Риск НПП**	7,2 ±12,5	6,3 ±3,7	0,07	0,78	18,3 ±12,6	2,96	0,11	15,4 ±7,8	2,35	0,15
Стремление к худобе	5,0 ±9,1	8,4 ±5,1	1,33	0,26	13,2 ±4,1	<b>4,18</b>	<b>0,06</b>	11,4 ±8,1	2,23	0,16
Неудовлетворенность телом	5,6± 6,3	15,2 ±8,9	<b>8,62</b>	<b>0,01</b>	12,2 ±7,8	<b>3,41</b>	<b>0,09</b>	11,1 ±13,5	1,31	0,27
Аскетизм	2,4± 2,1	6,7 ±3,6	<b>11,42</b>	<b>0,00</b>	7,8 ±5,5	<b>8,10</b>	<b>0,01</b>	7,4 ±5,0	<b>8,13</b>	<b>0,01</b>

Обозначения: \* – контрольная группа, \*\* – сумма баллов EAT-26. *M* – средний балл, *F* – критерий Фишера, *p* – уровень значимости.

Примечание: жирным шрифтом выделены значимые различия между группами, а курсивом – различия на уровне тенденции.

Таким образом, представлены различия между четырьмя группами респонденток по показателям ПП, Отношение к телу и Аскетизм. Баскетболистки имеют значимо более высокие, по сравнению с контрольной группой, три показателя: Аскетизм, Булимия и Неудовлетворенность телом.

Фигуристки имеют более высокие, по сравнению с контрольной группой, пять показателей: Аскетизм, Булимия (значимые различия) и Соблюдение диет, Стремление к худобе и Неудовлетворенность телом (различия значимы на уровне тенденции). Балерины значимо отличаются от контрольной выборки большей выраженностью только двух показателей – Аскетизма и Орального контроля (таблица 1).

При сопоставлении групп спортсменок и балерин выявленные различия не затрагивают показателей Отношение к телу и Аскетизм, а относятся только к ПП. Так, риск НПП и ограничительные тенденции ПП у балерин значимо выше, чем у баскетболисток.

Различия по этим показателям между балеринами и фигуристками отсутствуют. Фигуристки и балерины имеют различия только по шкале Булимия, показатели которой значимо выше у фигуристок (таблица 2).

Таблица 2

**Отличия спортсменок от балерин по показателям пищевого поведения и отношения к своему телу**

Показатели	Балерины	Баскетболистки			Фигуристки		
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Соблюдение диет	11,0±8,3	4,1±3,0	<b>8,05</b>	<b>0,01</b>	14,5±8,8	0,54	0,48
Булимия (EAT-26)	0,0±0,0	0,9±1,7	1,96	0,18	0,8±2,0	1,18	0,30
Булимия (EDI-2)	2,0±3,3	5,1±4,7	2,34	0,14	6,7±2,4	<b>8,29</b>	<b>0,01</b>
Оральный контроль	4,4±2,9	1,3±1,9	<b>8,71</b>	<b>0,01</b>	3,0±4,1	0,53	0,48
Риск НПП (сумма EAT-26)	15,4±7,8	6,3±3,7	<b>13,51</b>	<b>0,00</b>	18,3±12,6	0,26	0,62
Стремление к худобе	11,4±8,1	8,4±5,1	1,15	0,30	13,2±4,1	0,22	0,65
Неудовлетворенность телом	11,1 (±13,5)	15,2±8,9	0,70	0,41	12,2±7,8	0,03	0,87
Аскетизм	7,4±5,0	6,7±3,6	0,14	0,71	7,8±5,5	0,02	0,89

Обозначения: *M* – средний балл, *F* – критерий Фишера, *p* – уровень значимости.

Примечание: жирным шрифтом выделены значимые различия между группами.

При сравнении баскетболисток и фигуристок по рассматриваемым восьми показателям отмечаются различия только по двум показателям ПП, а именно: у фигуристок значимо выше значения по шкалам Риск НПП и Соблюдение диет (таблица 3).

Таблица 3

**Сравнение групп баскетболисток и фигуристок по показателям пищевого поведения и отношения к телу**

Показатели	Баскетболистки	Фигуристки		
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Соблюдение диет	4,1±3,0	14,5±8,8	<b>16,30</b>	<b>0,001</b>
Булимия (EAT-26)	0,9±1,7	0,8±2,0	0,01	0,920
Булимия (EDI-2)	5,1±4,7	6,7±2,4	0,60	0,450
Оральный контроль	1,3±1,9	3,0±4,1	1,67	0,210
Риск НПП (сумма EAT-26)	6,3±3,7	18,3±12,6	<b>11,31</b>	<b>0,003</b>
Стремление к худобе	8,4±5,1	13,2±4,1	4,18	0,060
Неудовлетворенность телом	15,2±8,9	12,2±7,8	0,53	0,480
Аскетизм	6,7±3,6	7,8±5,5	0,30	0,600

Обозначения: *M* – средний балл, *F* – критерий Фишера, *p* – уровень значимости.

Примечание: жирным шрифтом выделены значимые различия между группами.

Далее в группах респонденток исследовались различия по личностным особенностям, ассоциирующимся с риском НПП. В таблице 4 представлены отличия групп баскетболисток, фигуристок и балерин от контрольной группы. В таблице 5 приводятся различия групп спортсменок от группы балерин, а в таблице 6 проведено сравнение между группой баскетболисток и группой фигуристок по тем же личностным особенностям.

Итак, в таблицах 4, 5 и 6 представлены различия между четырьмя группами респонденток по ряду личностных особенностей. Результаты, представленные в таблице 4, свидетельствуют, что по исследуемым личностным особенностям не выявлено различий между балеринами и контрольной группой.



Таблица 4

**Сравнение спортсменок и балерин с контрольной группой по личностным особенностям**

Показатели	КГ*	Баскетболистки			Фигуристки			Балерины		
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Трудности взаимодействия	4,8 ±2,8	10,0 ±5,6	<b>6,45</b>	<b>0,02</b>	7,8 ±5,0	1,87	0,19	3,9 ±4,5	0,21	0,65
Отчуждение других	4,5 ±2,8	8,6 ±4,5	<b>6,64</b>	<b>0,02</b>	6,7 ±4,2	1,56	0,23	3,6 ±2,2	0,54	0,47
Непонимание своих чувств	5,5 ±4,3	9,9 ±6,1	3,74	0,07	13,0 ±6,2	<b>8,28</b>	<b>0,01</b>	3,7 ±5,2	0,60	0,45
Отчуждение «Я»	3,1 ±2,2	7,5 ±5,0	<b>6,82</b>	<b>0,02</b>	6,5 ±6,9	2,15	0,16	2,7 ±3,5	0,08	0,79
Страх взросления	9,1 ±5,4	15,0 ±7,6	<b>4,30</b>	<b>0,05</b>	14,7 ±5,4	4,00	0,07	11,7 ±4,6	0,36	0,31
Перфекционизм	7,3 ±3,9	8,7 ±3,5	0,85	0,37	12,7 ±5,5	<b>5,22</b>	<b>0,04</b>	9,9 ±4,6	1,51	0,24

Обозначения: \* – контрольная группа; *M* – средний балл, *F* – критерий Фишера, *p* – уровень значимости.

Примечание: жирным шрифтом выделены значимые различия между группами, а курсивом – различия на уровне тенденции.

Между спортсменками, преимущественно баскетболистками, и контрольной группой получены различия по нескольким показателям. Так, у баскетболисток, по сравнению с контрольной группой, значимо выше оказались пять показателей: Трудности взаимодействия; Чувство опасности; Отчуждение других; Отчуждение «Я»; Страх взросления; а значения показателя Непонимание своих чувств выше на уровне тенденции. Те же показатели, за исключением показателя Страх взросления, значимо выше у баскетболисток, по сравнению с балеринами (таблица 5).

У фигуристок, по сравнению с контрольной группой, выявлены более высокие значения по трем показателям: Непонимание своих чувств, Перфекционизм (значимо) и Страх взросления (на уровне тенденции) (таблица 4).

Фигуристок и балерин по личностным особенностям значимо отличает только более высокий у фигуристок уровень непонимания собственных чувств (таблица 5).

Таблица 5

**Отличия спортсменок от балерин по личностным особенностям**

Показатели	Балерины	Баскетболистки			Фигуристки		
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Трудности взаимодействия	3,9±4,5	10,0±5,6	<b>6,35</b>	<b>0,02</b>	7,8±5,0	2,27	0,16
Отчуждение других	3,6±2,2	8,6±4,5	<b>7,79</b>	<b>0,01</b>	6,7±4,2	2,86	0,12
Непонимание своих чувств	3,7±5,2	9,9±6,1	<b>5,17</b>	<b>0,03</b>	13,0±6,2	<b>8,77</b>	<b>0,01</b>
Отчуждение «Я»	2,7±3,5	7,5±5,0	<b>5,14</b>	<b>0,04</b>	6,5±6,9	1,63	0,23
Страх взросления	11,7±4,6	15,0±7,6	1,08	0,31	14,7±5,4	1,13	0,31
Перфекционизм	9,9±4,6	8,7±3,5	0,40	0,53	12,7±5,5	1,02	0,34

Обозначения: *M* – средний балл, *F* – критерий Фишера, *p* – уровень значимости.

Примечание: жирным шрифтом выделены значимые различия между группами.

Фигуристки, по сравнению с баскетболистками, имеют более высокие значения (на уровне тенденции) по шкале Перфекционизм (таблица 6).

Таблица 6

**Сравнение баскетболисток и фигуристок по личностным особенностям**

Показатели	Баскетболистки	Фигуристки		
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Трудности взаимодействия	10,0±5,6	7,8±5,0	-	-
Отчуждение других	8,6±4,5	6,7±4,2	0,84	0,37
Непонимание своих чувств	9,9±6,1	13,0±6,2	1,11	0,31
Отчуждение «Я»	7,5±5,0	6,5±6,9	0,16	0,72
Страх взросления	15,0±7,6	14,7±5,4	0,01	0,92
Перфекционизм	8,7±3,5	12,7±5,5	<i>F=3,81</i>	<i>p=0,07</i>

Обозначения: *M* – средний балл, *F* – критерий Фишера, *p* – уровень значимости.

Примечание: курсивом выделены межгрупповые различия на уровне тенденции.

Полученные при анализе профессиональных групп паттерны личностных черт и особенностей пищевого поведения, в целом, подтверждаются и при анализе взаимосвязей установок ПП с личностными чертами на всей выборке девушек (таблицы 7 и 8). В таблице 7 представлены взаимосвязи между шкалой булимии и личностными особенностями. Все личностные черты, показавшие положительную значимую взаимосвязь с булимией, как и сами булимические тенденции ПП, были присущи спортсменкам.

Таблица 7

**Взаимосвязь личностных черт с булимическим типом ПП**

№	Личностная черта	Взаимосвязь с булимией
1	Отчуждение «Я»	0,53**
2	Трудности во взаимодействии с окружающими, чувство опасности	0,39*
3	Непонимание своих чувств	0,59**
4	Страх взросления	0,50**

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

Шкала Соблюдение диет оказалась положительно взаимосвязана со шкалой Стремление к худобе ( $r = 0,73$  при  $p < 0,01$ ). Взаимосвязи аскетизма с особенностями ПП и отношения к своему телу представлены в таблице 8.

Таблица 8

**Взаимосвязь отношения к своему телу и особенностей ПП с аскетизмом**

№	Показатели ПП и отношения к своему телу	Взаимосвязь с аскетизмом
1	Риск НПП (сумма баллов EAT-26)	0,33*
2	Стремление к худобе	0,44*
3	Неудовлетворенность телом	0,50**
4	Оральный контроль	0,47**

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

Представленные в таблицах 7 и 8 взаимосвязи подтверждают, что в установках пищевого поведения находят свое отражение профессиональные и личностные особенности респонденток.

## Выводы

- Риск нарушений пищевого поведения значимо выше в группах фигуристок и балерин, по сравнению с группой баскетболисток. Значимых различий по риску НПП групп спортсменок и балерин, по сравнению с контрольной группой, не обнаружено;
- пищевое поведение баскетболисток характеризуется булимическими тенденциями, балерин – оральным контролем;
- балерины, фигуристки и баскетболистки значимо отличаются от контрольной группы более высоким уровнем аскетизма;
- баскетболистки, по сравнению с контрольной группой и балеринами, имеют значимо более выраженные следующие личностные особенности: трудности в межличностном общении, отчуждение других и отчуждение «Я»; и баскетболистки, и фигуристки, по сравнению с контрольной группой, имеют более выраженные неудовлетворенность своим телом, непонимание собственных чувств и страх взросления;
- у фигуристок перфекционизм значимо выше, чем в контрольной группе; на уровне тенденции стремление к худобе для них более типично, чем для представительниц контрольной группы и группы баскетболисток.

## Литература

1. Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г. Патопсихология детского и юношеского возраста. М.: Академия, 2008. 208 с.
2. Келина М.Ю., Мешкова Т.А. Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. № 2. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n2/52628.shtml> (дата обращения: 01.06.2016).
3. Costarelli V., Stamou D. Emotional intelligence, body image and disordered eating attitudes in combat sport athletes // Journal of exercise science & fitness. 2009. Vol. 7. № 2. Pp. 104–111.
4. Davis C., Claridge G., Fox J. Not just a pretty face: physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders // International Journal of Eating Disorders. 2000. Vol. 27. № 1. Pp. 67–73.
5. Garner D.M., Olmsted M.P., Bohr Y., Garfinkel P.E. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates // Psychological medicine. 1982. Vol. 12. № 12. Pp. 871–878.

Зязина Н.А., Николаева Н.О. Девушки в спорте и балете: пищевое поведение, отношение к своему телу, межличностное взаимодействие и личностная компетентность  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 3. С. 56–68.

Zyazina, N.A., Nikolaeva, N.O. The Girls in Sport and Ballet: Eating Behavior, Attitude to Own Body, Interpersonal Interaction and Understanding of Themselves  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 3, pp. 56–68.

6. *Garner D.M., Olmsted M.P., Polivy J.* Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia // International journal of eating disorders. 1983. № 2. Pp. 15–34.

7. *Kelina M., Nikolaeva N., Meshkova T.* Body dissatisfaction as a risk factor of eating disturbances // Psychology and Health. 2011. Vol. 26. № 2. P. 174.

8. *Tan J., Calitri R., Bloodworth A., McNamee M.J.* Understanding eating disorders in elite gymnastics: ethical and conceptual challenges // Clinics in Sports Medicine. 2016. Vol. 35. № 2. Pp. 275–292.

# The Girls in Sport and Ballet: Eating Behavior, Attitude to Own Body, Interpersonal Interaction and Understanding of Themselves

**Zyazina, N.A.,**

*Student of Faculty of Clinical Psychology and Special Education, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, fifty-dreadlocks@yandex.ru*

**Nikolaeva, N.O.,**

*the Senior Lecturer of the Chair of Differential Psychology and Psychophysiology of the Faculty of Clinical Psychology and Special Education, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, nikolaevano@mgppu.ru*

---

Research is devoted the study of features of eating behavior and of personality traits in four female groups: of professional players of the basketball (N=14), of figure skaters (N=6), professional dancers (N=7) and control group (N=10). In total 37 girls aged 11–15 years participated in the study. The results showed that professional factors affect eating behavior: Girls from sports teams have had a tendency to bulimia, Dancers and figure skaters showed restrictive eating behavior. The both experimental groups showed higher scores on a scale of «Asceticism», compared with the control group. For basketball players and partly figure skaters were also characterized by such personality traits as «Dissatisfaction with their own body», «The difficulty of interacting with other people», «Poor understanding of their own feelings» and «Fear of maturity», players of the basketball, figure skaters, professional dancers.

**Keywords:** the risk of eating disorders, restrictive disorders of eating behavior, dissatisfaction by body, difficulties of interpersonal interaction, interpersonal distrust, poor understanding of own feelings, interoceptive awareness, fear of maturity.

---

## References

1. Zvereva, N.V., Kaz'mina, O.Iu., Karimulina, E.G. Patopsikhologiya detskogo i iunosheskogo vozrasta [Pathopsychology of Children and Youth]. Moscow: Akademia, 2008. 208 p.

Зязина Н.А., Николаева Н.О. Девушки в спорте и балете: пищевое поведение, отношение к своему телу, межличностное взаимодействие и личностная компетентность  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 3. С. 56–68.

Zyazina, N.A., Nikolaeva, N.O. The Girls in Sport and Ballet: Eating Behavior, Attitude to Own Body, Interpersonal Interaction and Understanding of Themselves  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 3, pp. 56–68.

2. Kelina, M.U., Meshkova, T.A. Alexithymia and Eating Attitudes Among Adolescent and Young Girls of Non-Clinical Population [Web source]. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia [Clinical Psychology and Special Education]*, 2012, vol. 1, no. 2 (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Costarelli, V., Stamou, D. Emotional Intelligence, Body Image and Disordered Eating Attitudes in Combat Sport Athletes. *Journal of Exercise Science & Fitness*, 2009, vol. 7, no. 2, pp. 104–111.
4. Davis, C., Claridge, G., Fox, J. Not Just a Pretty Face: Physical Attractiveness and Perfectionism in the Risk for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2000, vol. 27, no. 1, pp. 67–73.
5. Garner, D.M., Olmsted, M.P., Bohr, Y., Garfinkel, P.E. The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates. *Psychological medicine*, 1982, vol. 12, no. 12, pp. 871–878.
6. Garner, D.M., Olmsted, M.P., Polivy, J. Development and Validation of a Multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia. *International journal of eating disorders*, 1983, no. 2, pp. 15–34.
7. Kelina, M., Nikolaeva, N., Meshkova, T. Body Dissatisfaction as a Risk Factor of Eating Disturbances. *Psychology and Health*, 2011, vol. 26, no. 2, p. 174.
8. Tan, J., Calitri, R., Bloodworth, A., McNamee, M.J. Understanding Eating Disorders in Elite Gymnastics: Ethical and Conceptual Challenges. *Clinics in Sports Medicine*, 2016, vol. 35, no. 2, pp. 275–292.

# Психологические особенности матерей детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения<sup>1</sup>

**Кочерова О.Ю.,**

*доктор медицинских наук, ведущий сотрудник отдела охраны здоровья детей, ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия, ivniidet@mail.ru*

**Пыхтина Л.А.,**

*доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела охраны здоровья детей, ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия, ivniidet@mail.ru*

**Гаджимурадова Н.Д.,**

*аспирант отдела охраны здоровья детей ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия, ivniidet@mail.ru*

**Филькина О.М.,**

*доктор медицинских наук, руководитель отдела охраны здоровья детей ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия, omfilkina@mail.ru*

**Малышкина А.И.,**

*доктор медицинских наук, директор ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иваново, Россия, anna\_im@mail.ru*

---

Статья посвящена изучению психологических особенностей матерей, родивших детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения. Представлены результаты сравнительного лонгитюдного исследования личностных особенностей, психологического компонента гестационной доминанты и отношения к ребенку 105 матерей детей с 0 до 1 года, зачатых с помощью ЭКО, и 89 матерей детей, зачатых

---

<sup>1</sup> Работа выполнена на базе ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.



естественным путем. Используются методика МИНИ-СМИЛ Л.Н. Собчик, Тест отношений беременной И.В. Добрякова и методика Е.С. Шеффер, Р.К. Белла. Выявлено, что матери детей, зачатых с помощью ЭКО, чаще, чем матери детей, зачатых естественным путем, характеризуются гипертимностью, тревожностью, импульсивностью и реже – мужественными чертами характера и демонстративностью. У таких женщин чаще проявляется тревожное отношение к беременности и ребенку, эйфорическое отношение к родам. После рождения они часто излишне опекают своих детей. Матери, родившие недоношенных детей, чаще, чем матери доношенных детей, имеют оригинальные и гипертимные черты характера. В период беременности у них часто отмечаются гипогностический тип отношения к родам, депрессивный тип отношения к себе и ребенку и тревожное отношение к посторонним людям. Эти факторы являются факторами риска рождения недоношенного ребенка, поэтому требуют психологической коррекции.

**Ключевые слова:** психологические особенности матерей, экстракорпоральное оплодотворение, психологический компонент гестационной доминанты, отношения матерей к ребенку.

**Для цитаты:**

Кочерова О.Ю., Пыхтина Л.А., Гаджимурадова Н.Д., Филькина О.М., Малышкина А.И. Психологические особенности матерей детей, зачатых с помощью экстракорпорального оплодотворения [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 3. С. 69–77. doi: 10.17759/psyclin.2016050305

**For citation:**

Kocherova, O.Ju., Pykhtina, L.A., Gadzhimuradova, N.D., Filkina, O.M., Malyshkina, A.I. Psychological Characteristics of Mothers of Children Conceived With Use of In Vitro Fertilization [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija], 2016, vol. 5, no. 3, pp. 69–77. doi: 10.17759/psycljn.2016050305 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

Одним из наиболее перспективных методов лечения бесплодия является метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). В последнее время детей, зачатых таким способом, становится все больше. Большое число исследований как в России, так и за рубежом посвящены изучению состояния здоровья таких детей, выявлению факторов, его определяющих [6; 7]. При изучении этих вопросов необходимо помнить, что семьи, прибегнувшие к ЭКО, имеют ряд специфических проблем, которые накладывают отпечаток на психическое состояние родителей и формирующуюся диаду «мать–дитя». Прежде чем зачать ребенка, большинство пар данной категории подвергаются длительным лечебным процедурам. Кроме того, беременность в результате ЭКО часто многоплодная, в связи с чем увеличивается

риск выкидышей, преждевременных родов, задержки внутриутробного развития плода. Большинство исследователей связывают особенности здоровья рожденных после ЭКО детей с течением беременности и родов. Учитывая наметившуюся в последнее время тенденцию к увеличению селективного переноса только одного эмбриона, во многих странах, в том числе и в нашей стране, встает вопрос об изучении состояния здоровья детей, родившихся от одноплодной беременности после ЭКО, и факторах, его определяющих. На состояние здоровья и развитие детей оказывают влияние не только биологические, но и психологические факторы [2; 4; 6]. В связи с этим для профилактики нарушений здоровья у детей, родившихся после ЭКО, необходимо учитывать и семейные психологические факторы.

**Целью** исследования явилось изучение психологических особенностей матерей детей, зачатых с помощью ЭКО, формирующегося у них психологического компонента гестационной доминанты и их отношения к ребенку.

### Методы исследования

Проведено комплексное лонгитюдное психологическое обследование 105 матерей детей, зачатых с помощью ЭКО, которые составили экспериментальную группу (из них 79 матерей родили доношенных детей; 26 – недоношенных, 1-2 степени недоношенности). В контрольную группу вошли 89 матерей детей, зачатых естественным путем. Экспериментальная и контрольная группы были подобраны парно-сопряженным методом и сопоставимы по плодности беременности и доношенности ребенка. В исследование включены только матери с одноплодной беременностью и числом попыток ЭКО от 1 до 3.

Определение варианта психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) проводили в третьем триместре беременности при помощи Теста отношений беременной (ТОБ), разработанного И.В. Добряковым [1]. Личностные особенности матерей и их отношение к ребенку изучали в возрасте ребенка до 1 года.

Личностные особенности матерей изучали после рождения ребенка по шкалам, входящим в методику МИНИ-СМИЛ: 1 – сосредоточенность на плохом самочувствии, ипохондричность; 2 – сниженный фон настроения, депрессия; 3 – демонстративность, истероидные черты; 4 – амбициозность, импульсивность, возбудимые черты; 5 – стремление подчеркнуть решительность, мужественные черты характера, трудности межличностного общения; 6 – упрямство, подозрительность, паранойяльность; 7 – повышенная тревожность, состояние тревоги; 8 – оригинальность, своеобразие, шизотимные особенности; 9 – гипертимные черты, эмоциональная незрелость; 0 – замкнутость, аутичность [5].

Отношение матерей к ребенку изучали посредством трех шкал, входящих в методику Е.С. Шеффер и Р.К. Белла: 1 – оптимальный эмоциональный контакт; 2 – гипоопека; 3 – гиперопека [3].

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ MS Excel XP и Statistica 6,0. Вычислялись средняя арифметическая величина (M), среднее квадратичное отклонение ( $\sigma$ ), средняя ошибка (m). Проводилась оценка достоверности различий статистических показателей (p) с использованием критериев Фишера и Стьюдента (t). Расчет относительного риска различных факторов проводился в программе «OpenEpi» с определением 95% доверительного интервала (ОР, 95% ДИ).

### Результаты исследования

Для психологической помощи беременной и разработки программ дородовой подготовки очень важно знать формирующийся во время беременности психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД). При исследовании ПКГД выявлено, что у матерей детей, зачатых с помощью ЭКО, чаще всего формировался оптимальный (48%) и эйфорический (36%) типы ПКГД. Но в отличие от матерей контрольной группы, у них несколько чаще (в 1,4 раза) выявлялся эйфорический тип (36% и 25%).

По сравнению с контрольной группой, у женщин с ЭКО реже встречалось оптимальное отношение к своей беременности (24% и 41,6%,  $p=0,009$ ) и чаще – тревожное (8% и 1,1%,  $p=0,03$ ), что обусловлено многочисленными медицинскими процедурами и беспокойством за исход беременности. Отношение к родам у них чаще эйфорическое (26% и 18%,  $p=0,05$ ), что, возможно, связано с тем, что они настроены на оперативные роды. И действительно, 98,3% матерей были родоразрешены с помощью операции кесарево сечение.

При изучении отношений в системе «мать–дитя» у матерей детей после ЭКО, по сравнению с контрольной группой, чаще выявлялось тревожное отношение к ребенку (45% и 30,3%  $p=0,04$ ), реже – оптимальное (31% и 50,6%  $p=0,006$ ).

У женщин с ЭКО не регистрировался депрессивный тип отношения к мужу, в отличие от матерей контрольной группы, у которых он встречался в 4,5% случаев ( $p=0,03$ ).

Выявлены личностные особенности матерей детей, зачатых с помощью ЭКО. В отличие от матерей контрольной группы, у них выявлены более высокие балльные оценки по шкале Гипертимные черты характера ( $3,96\pm 0,12$  и  $3,58\pm 0,12$ ,  $p=0,03$ ) и более низкие – по шкале Эмоционально-вегетативная неустойчивость, демонстративность ( $1,57\pm 0,05$  и  $1,80\pm 0,09$ ,  $p=0,02$ ). У матерей детей, зачатых с помощью ЭКО, чаще регистрировались повышенное настроение (72,7% и 64,0%), тревожность (24,2% и 12,4%,  $p=0,04$ ) и импульсивность (36,4% и 22,5%,  $p=0,04$ ), реже – мужественные черты характера (37,4% и 51,7%,  $p=0,05$ ).

При изучении отношения матерей к ребенку выявлено, что матери экспериментальной группы чаще, чем матери контрольной группы, излишне

опекают своих детей (37% и 20,2%,  $p=0,001$ ) и реже относятся к ним с гипопекой (1,0% и 12,2%,  $p=0,001$ ).

Учитывая тесную взаимосвязь психического состояния матери и плода и ее влияния на течение беременности и родов, были изучены психологические особенности матерей, родивших доношенных и недоношенных детей после ЭКО. При исследовании психологического компонента гестационной доминанты у 13,8% матерей, родивших после ЭКО недоношенных детей, выявлялись гипогностическое отношение к родам и депрессивное отношение к себе и ребенку, в то время как у матерей доношенных детей такие типы отношений отсутствовали ( $p=0,001$ ). Также у матерей недоношенных детей, зачатых с помощью ЭКО, чаще встречался тревожный тип отношения к посторонним людям (17,2% и 1,4%,  $p=0,002$ ). Депрессивный тип отношения к себе и ребенку, то есть склонность пессимистически воспринимать перспективу развития ребенка, с жалостью относиться к себе, обусловлен, по-видимому, частой гинекологической патологией и осложнениями течения беременности (фетоплацентарная недостаточность, хроническая внутриутробная гипоксия плода, угроза прерывания беременности). Более частое тревожное отношение к посторонним людям, вероятно, связано с многочисленными и не всегда корректными контактами с окружающими, в том числе с медицинскими работниками.

Матери, родившие после ЭКО недоношенных детей, в отличие от матерей, родивших доношенных детей, чаще характеризовались оригинальностью (25,0% и 7,0%,  $p=0,01$ ) и гипертимностью (39,3% и 9,9%,  $p=0,004$ ).

В отношении к детям у них чаще отмечался оптимальный эмоциональный контакт (72,4% и 47,1%,  $p=0,02$ ), реже – гиперопека (24,1% и 44,3%,  $p=0,05$ ), что может быть связано с тем, что в исследование были включены женщины с одноплодной беременностью и 1-2 степенью недоношенности детей, и к 1 году жизни физическое и нервно-психическое развитие детей не отличалось.

Были выделены значимые прогностические психологические факторы для рождения недоношенного ребенка при ЭКО: тревожный тип отношения к посторонним людям (ОР 4,2, 95% ДИ 2,56–6,88); депрессивное отношение к себе и ребенку (ОР 3,4, 95% ДИ 2,33–6,62); гипогностический тип отношения к родам (ОР 3,4, 95% ДИ 2,33–6,62); гипертимные (ОР 3,2, 95% ДИ 1,78–5,87) и оригинальные (ОР 2,9, 95% ДИ 1,53–5,33) черты характера (рис.1).

Таким образом, у женщин с ЭКО чаще наблюдались тревожное отношение к беременности и ребенку и эйфорическое отношение к родам. Им чаще, чем матерям контрольной группы, были свойственны гипертимность (повышенное настроение), тревожность и импульсивность, реже – мужественные черты характера и демонстративность, то есть им были свойственны эмоциональная напряженность и нерешительность. Матери, прибегнувшие к ЭКО, часто излишне опекают своих детей, что может неблагоприятно сказываться на эмоциональном состоянии

последних и иметь следствием формирование у них несамостоятельности и невротических черт в дальнейшем.

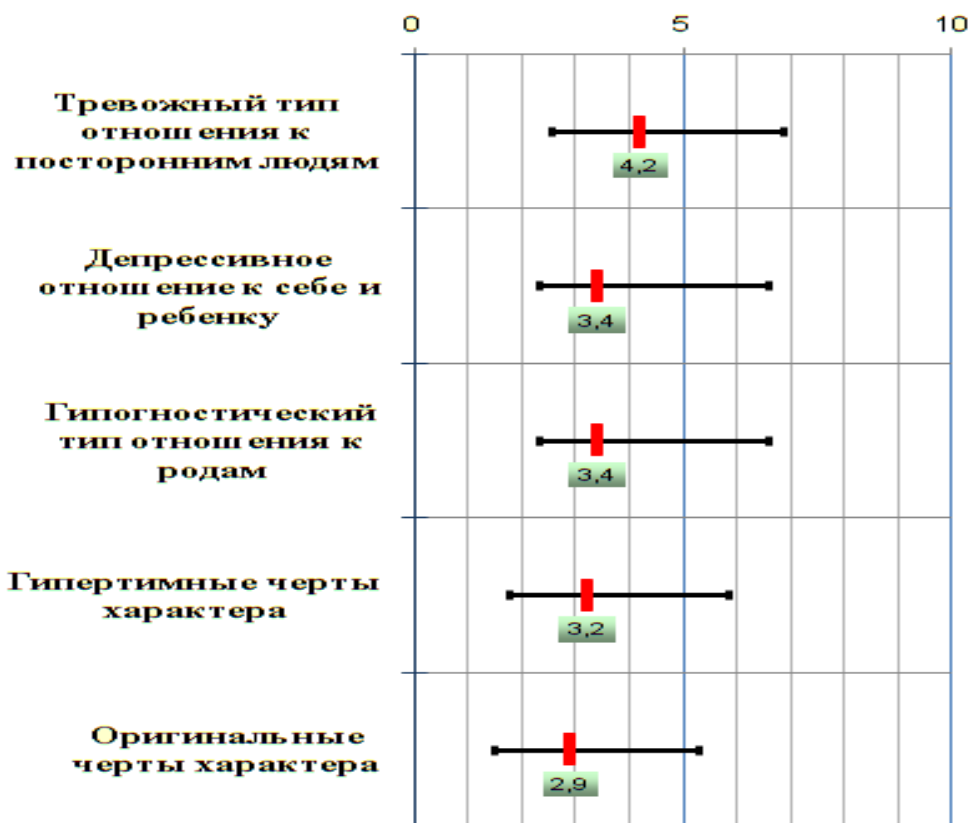


Рисунок 1. Психологические факторы риска рождения недоношенного ребенка при 95% доверительном интервале

Матери после ЭКО, родившие недоношенных детей, чаще, чем матери доношенных детей, демонстрировали оригинальные и гипертимные черты характера, что свидетельствует об их эмоциональной напряженности, наличии проблем и необходимости психологической помощи. В период беременности у них чаще выявлялись гипогностический тип отношения к родам, депрессивный тип отношения к себе и ребенку, тревожное отношение к посторонним людям. Эти особенности являются психологическими факторами риска рождения недоношенного ребенка после ЭКО и могут негативно влиять на его воспитание, поэтому требуют психологической коррекции.

Выявленные особенности свидетельствуют о выраженных эмоциональных тревожно-депрессивных переживаниях у матерей детей, зачатых с помощью ЭКО, особенно при рождении недоношенных детей. Формирование гармоничных отношений в диаде «мать–дитя» у таких женщин требует коррекции их эмоционального состояния с проработкой внутренних конфликтов при подготовке к родам, психологического сопровождения в период беременности с формированием

адекватной внутренней картины беременности и психологической помощи после рождения ребенка.

## Литература

1. *Добряков И.В.* Перинатальная психология. СПб., 2011. С. 52.
2. *Дуева А.А.* Взаимодействие с матерью детей, рожденных в результате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО): привязанность и особенности стиля воспитания [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. №1. URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/1/Dueva.Phtml> (дата обращения: 02.02.2016).
3. Комплект методик для психологической диагностики кандидатов в приемные родители. Выпуск 1. Ярославль, 2007. С. 11.
4. *Ланцбург М.Е.* Роль психологической подготовки и поддержки в реализации родительских функций // Психологическая наука и образование. 2011. №1. С. 15–26.
5. *Собчик Л.Н.* МИНИ-СМИЛ экспресс-диагностика состояния. М., 2002. 8 с.
6. *Соловьева Е.В.* Дети, зачатые посредством ЭКО: особенности психического развития [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. №1. URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/1/Soloveva.Phtml> (дата обращения: 10.03.2015).
7. *Giardinelli L., Innocenti A., Benni L., Stefanini M.C., Lino G., Lunardi C. et al.* Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample // Arch. Womens Ment. Health. 2012. Vol. 15. № 1. Pp. 21–30.

# Psychological Characteristics of Mothers of Children Conceived with Use of In Vitro Fertilization<sup>1</sup>

**Kocherova, O.Ju.,**

*Doctor of medical sciences, Senior Fellow of the Child Health Department, FGBI "Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood named after V.N. Gorodkova", the Ministry of Health of Russian Federation, Ivanovo, Russia, ivniideti@mail.ru*

**Pykhtina, L.A.,**

*Doctor of medical sciences, a Leading researcher of the Child Health Department, FGBI "Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood named after V.N. Gorodkova", the Ministry of Health of Russian Federation, Ivanovo, Russia, ivniideti@mail.ru*

**Gadzhimuradova, N.D.,**

*Graduate student of the Child Health Department, FGBI "Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood named after V.N. Gorodkova", the Ministry of Health of Russian Federation, Ivanovo, Russia, ivniideti@mail.ru*

**Filkina, O.M.,**

*Doctor of medical sciences, Director of the Child Health Department, FGBI "Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood named after V.N. Gorodkova", the Ministry of Health of Russian Federation, Ivanovo, Russia, omfilkina@mail.ru*

**Malyshkina, A.I.,**

*Doctor of medical sciences, Director of the State Organization "Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood named after V.N. Gorodkova", the Ministry of Health of Russian Federation, Ivanovo, Russia, anna\_im@mail.ru*

---

The article is devoted to the study of the psychological characteristics of mothers who gave birth to children conceived using in vitro fertilization. The results of a comparative study of personality characteristics, gestational dominant psychological component, and parent-child relationship 105 mothers of infants conceived via IVF children and 89 mothers who conceived naturally. The methodology used MINI SMIL L.N. Sobchik, test for pregnant I.V. Dobryakova and methods of E.S. Schaeffer, R.K. Bell revealed that mothers of children conceived via IVF, characterized hyperthymic, anxiety and ambition, at least – masculine traits and deliberately. Women often anxiety related to pregnancy and child euphoric

---

<sup>1</sup> This work was supported by the "Ivanovo Research Institute of Maternity and Childhood named after V.N. Gorodkova" the Ministry of Health of Russian Federation.

attitude towards childbirth. After birth, they are often too much care of their children. Mothers who gave birth to premature babies are more likely than mothers of full-term children, are original and hyperthymic traits. During pregnancy, they often «gipognostichesky type» (little conscious) of relationship to leave, depressive attitude towards yourself and your child, anxious attitude towards strangers. These factors are risk factors for premature birth, therefore, require psychological treatment.

**Keywords:** psychological characteristics of mother, in vitro fertilization, the psychological component of gestational dominant, children – parent relationship.

---

## References

1. Dobrjakov, I.V. Perinatal'naja psihologija [Perinatal Psychology]. St. Peterburg, 2011. 52 p.
2. Dueva, A.A. Vzaimodejstvie s mater'ju detej, rozhdennyh v rezul'tate jekstrakorporal'nogo oplodotvorenija (JeKO): privjazannost' i osobennosti stilja vospitanija [Interaction with the Children's Mother Born as a Result Of In Vitro Fertilization (IVF): Attachment and Parenting Style Features] [Web source]. *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2014, no. 1. URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/1/Dueva.phtml> (Accessed: 02.02.2016).
3. Komplekt metodik dlja psihologicheskoj diagnostiki kandidatov v priemnye roditeli. Vypusk 1 [The Set of Techniques for Psychological Diagnosis Candidates for Adoptive Parents. Issue 1.]. Jaroslavl', 2007. 11 p.
4. Lancburg, M.E. Rol' psihologicheskoj podgotovki i podderzhki v realizacii roditel'skih funkcij [The Role of Psychological Training and Support in the Implementation of Parenting]. *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2011, no. 1, pp. 15–26.
5. Sobchik, L.N. MINI-SMIL jekspress-diagnostika sostojanija [LN MINI SMIL Diagnosis Status Method]. Moscow, 2002. 8 p.
6. Solov'eva, E.V. Deti, zachatye posredstvom JeKO: osobennosti psihicheskogo razvitija [Children Conceived by IVF: Features of Mental Development] [Web source]. *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2014, no. 1. URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/1/Soloveva.phtml> (Accessed: 10.03.2015).
7. Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, M.C., Lino, G., Lunardi, C. et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch. Womens Ment. Health*, 2012, vol. 15, no. 1, pp. 21–30.



# Индивидуально-психологические особенности детей младшего школьного возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции

**Мартусова Е.В.,**

*психолог ГБУЗ МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ, отделения социальной, юридической и психологической помощи ГКДЦ, аспирант ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия, katsystems@mail.ru*

---

Исследовались индивидуальные психологические особенности детей младшего школьного возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции у детей, которые находятся на излечении в филиалах МНПЦ борьбы с туберкулезом, и стили воспитания в их семьях. Выборку детей составили 100 человек от 6 до 10 лет, среди которых 44 ребенка без проявления туберкулезной инфекции, 41 ребенок – с ее проявлениями и 15 детей с туберкулезом. Выборку взрослых респондентов составили 100 родителей (матери детей). Возраст родителей – от 24 до 34 лет. Использовались опросники Шкала явной тревожности СМАС, Многофакторный личностный опросник Кеттелла, методика «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса (АСВ), корреляционный анализ и анализ различий. Выявлено, что детям с туберкулезной инфекцией труднее адаптироваться в социуме, чем представителям других исследованных групп; у детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции показатели уровня тревожности выше, чем в других группах детей, и взаимосвязаны со стилем воспитания.

**Ключевые слова:** младший школьный возраст, индивидуально-психологические особенности, тревожность, стили семейного воспитания, туберкулезная инфекция.

---

## Для цитаты:

Мартусова Е.В. Индивидуально-психологические особенности детей младшего школьного возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 3. С. 78–94. doi: 10.17759/psyclin.2016050306

**For citation:**

Martusova, E.V. Individual Psychological Characteristics of Children of Primary School Age with Various Manifestations of Tuberculous Infection [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya], 2016, vol. 5, no. 3, pp. 78–94. doi: 10.17759/psycljn.2016050306 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

В современной психологии уделяется большое внимание изучению психики лиц, больных туберкулезом и другими социально значимыми заболеваниями. При этом основные исследования посвящены изучению психологического портрета взрослых людей, больных туберкулезом, а психологические особенности детей, в частности, детей младшего школьного возраста, с различными проявлениями туберкулезной инфекции, изучены недостаточно, хотя знание этих особенностей могло бы стать подспорьем при разработке методов психологического сопровождения детей в процессе их излечения и реабилитации [9; 10].

**Предметом** нашего исследования являются индивидуально-психологические особенности детей младшего школьного возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции.

**Целью** исследования стало изучение индивидуально-психологических особенностей детей младшего школьного возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции:

Мы предполагаем, что результаты исследования могут иметь практическую ценность при разработке специальных программ психологической работы с данной категорией детей, что в свою очередь способствует оптимизации процессов излечения и реабилитации.

Во многих исследованиях отмечается, что длительное пребывание детей в лечебных учреждениях и/или наличие хронических заболеваний, затрудняющих процессы социальной адаптации и обучения в образовательных учреждениях, негативно сказываются на уверенности в себе и повышают уровень личностной и ситуационной тревожности [6; 8].

В 2009 году было проведено психологическое исследование 90 пациентов детских противотуберкулезных учреждений г. Москвы [2]. Было установлено, что больным туберкулезом органов дыхания детям и подросткам свойственны такие личностные характеристики, как: совестливость, ответственность, добросовестность, исполнительность, осознанное соблюдение общепринятых моральных правил и норм, склонность к морализированию, тревожность, раздражительность, инфантильность, низкая толерантность к фрустрирующим ситуациям, зависимость, чувствительность, потребность в поддержке. Выявленные психологические особенности усиливают патогенность стрессорных воздействий, приводят к напряжению адаптационных механизмов и могут способствовать

прогрессированию заболевания [4]. Результаты этого исследования позволяют заключить, что в рамках системы комплексной реабилитации детей и подростков, больных туберкулезом органов дыхания, необходимо проведение психокоррекционных мероприятий, направленных на расширение арсенала поведенческих моделей и формирование навыков саморегуляции у данных пациентов, что будет способствовать повышению их психоэмоциональной адаптации и профилактике рецидивов основного заболевания [2; 11; 13].

Несмотря на то что уровень заболеваемости туберкулезом с каждым годом снижается, в г. Москве на излечение в противотуберкулезные лечебные учреждения попадает немалое количество детей. Заболеваемость детей, постоянно проживающих в Москве, составляет пять случаев на сто тысяч населения. Общая заболеваемость детей составила 8,7 случая на сто тысяч населения в 2015 году, 25,8 случаев на сто тысяч населения – в 2012 году и 9,4 случая на сто тысяч населения – в 2013 году.

Следует заметить, что туберкулез, по мнению ряда авторов, имеет психосоматическую природу [1; 3]. Основными психологическими причинами этого заболевания являются постоянное напряжение и конфликты, страхи, разочарования, гиперопека или гипоопека со стороны значимых взрослых.

В детском возрасте дополнительными факторами, провоцирующими заболевание туберкулезом, могут стать постоянные школьные перегрузки, с которыми ребенок не в состоянии справиться, и в результате которых происходит снижение иммунитета и появление психосоматических реакций [10]. В процессе нашего исследования проводилась серия бесед с респондентами-детьми; часто приходилось сталкиваться с такими высказываниями: «очень много времени приходится тратить на учебу», «некогда отдохнуть», «очень много задают, а потом дополнительные занятия, не хватает времени даже поиграть».

Следует обратить внимание на тот факт, что среди детей, находящихся на излечении в связи с различными проявлениями туберкулезной инфекции, 70% составляют дети из неблагополучных семей, где у родителей имеются одна или более зависимостей, дети из опекунских семей или дети из семей с низким социальным статусом [5].

Можно предположить, что в качестве значимого фактора возникновения заболевания у детей может выступать деформация адаптационной системы, начинающаяся на психологическом уровне и приводящая к снижению соматических механизмов адаптации.

При возникновении заболевания ребенок может столкнуться (что происходит довольно часто) с рядом проблем: неадекватной реакцией родителей на его заболевание; негативной реакцией окружающих (в настоящее время распространено мнение о том, что заболевание туберкулезом свойственно представителям неблагополучных слоев населения); нервно-психическими нарушениями, которые связаны с приемом некоторых химио-терапевтических препаратов.

Дети жалуются на слабость, быструю утомляемость, сообщают о резкой смене настроения, отмечают появление безосновательной раздражительности, обидчивости, вспыльчивости.

В настоящее время на территории Москвы и Московской области оказывается психосоциальная поддержка взрослым людям и подросткам [12] с туберкулезом. Это стало возможным благодаря наличию достаточного числа исследований о психологических особенностях взрослых с туберкулезом. Однако, как уже указывалось выше, психологический профиль детей с указанным заболеванием описан недостаточно.

Мы выдвинули следующие эмпирические *гипотезы* исследования.

1. Существуют значимые различия в индивидуально-психологических характеристиках детей младшего школьного возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции и детей референтной группы.

2. Существуют значимые взаимосвязи между индивидуально-психологическими характеристиками детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции и стилями семейного воспитания.

### Процедура исследования

**Выборку родителей** составили 100 матерей: 41 родитель детей без туберкулезной инфекции, 44 родителя детей с туберкулезной инфекцией и 15 родителей с диагнозом «туберкулез». Возрастной диапазон родителей – 24–34 лет.

**Выборку детей** составили 100 респондентов от 6 до 10 лет, учащиеся 1–4 классов. Дети были распределены по трем группам в зависимости от наличия/отсутствия у них заболевания. В контрольную группу (КГ) вошел 41 ребенок без проявлений туберкулезной инфекции. Первую экспериментальную группу (пр. ТБИ) составили 44 ребенка с различными проявлениями туберкулезной инфекции, находящихся на излечении в детских филиалах МНПЦ борьбы с туберкулезом. Вторую экспериментальную группу (ТБ) составили 15 детей с диагнозом «туберкулез органов дыхания», также находящихся на излечении в детских филиалах МНПЦ борьбы с туберкулезом.

В связи с несбалансированностью выборки по половому признаку различия между мальчиками и девочками изучены не были.

Все родители участвовавших в исследовании детей были заблаговременно уведомлены о проведении тестирования.

В исследовании были применены следующие психодиагностические **методики**.

1. Шкала явной тревожности СМАС А.М. Прихожан для детей 7–12 лет.

2. Методика «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса.

3. Детский вариант личностного теста Р. Кэттелла, содержащий следующие шкалы (в скобках указано буквенное обозначение факторов): общительность (А), вербальный интеллект (В), уверенность в себе (С), возбудимость (D); склонность к самоутверждению (Е), склонность к риску (F), ответственность (G), социальная смелость (H), чувствительность (I), тревожность (O), самоконтроль (Q3), нервное напряжение (Q4).

### Результаты и их обсуждение

Были получены данные о наличии значимых различий индивидуально-психологических характеристик у детей трех указанных выше групп.

Средние значения по всем показателям дают основания говорить о том, что для детей с проявлениями туберкулезной инфекции характерны: низкая сформированность интеллектуальных функций, высокий уровень самоконтроля и хорошее понимание социальных нормативов.

У детей с туберкулезом зафиксированы следующие характеристики (рис. 1): они не уверены в себе, легкоранимы, неустойчивы, зависимы от мнения взрослых и других детей; они более послушны и уступчивы, но в то же время склонны к риску; воспринимают и выполняют правила и нормы, предъявляемые взрослыми; такие дети тревожнее и озабоченнее остальных.

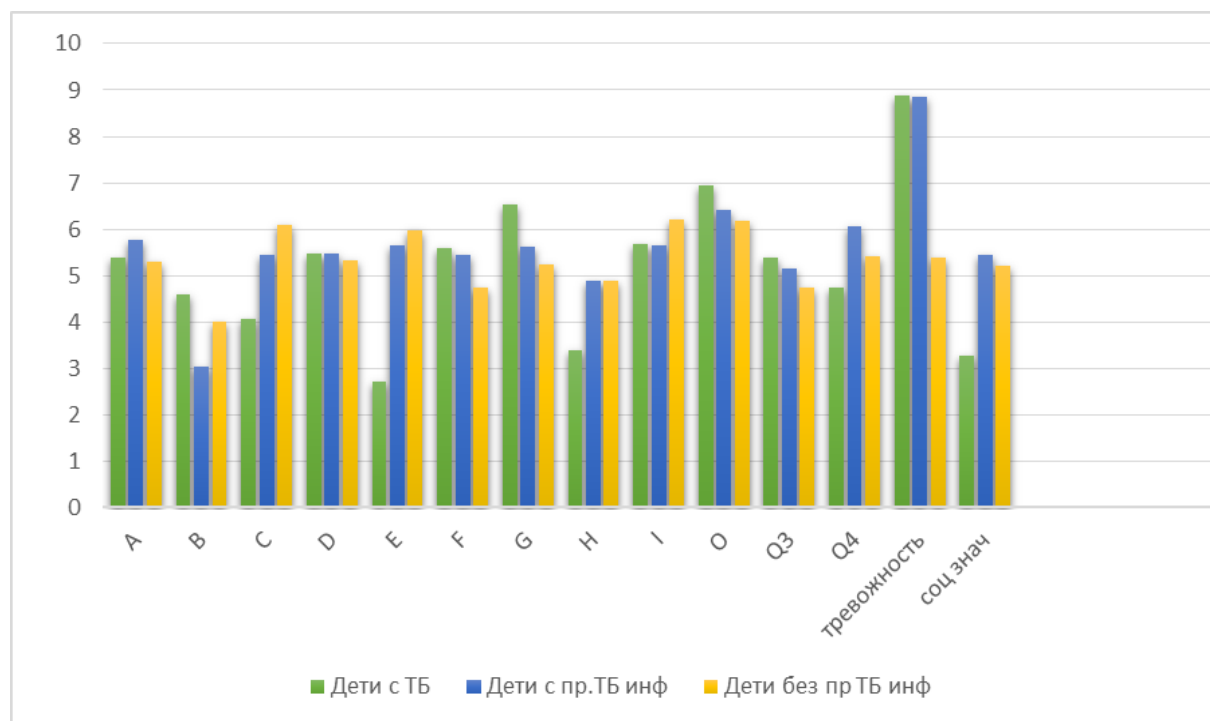


Рисунок 1. Средние значения индивидуально-психологических характеристик в группах детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции, детей с туберкулезом и детей без проявления туберкулезной инфекции

На основании полученных данных можно говорить, что по факторам Вербальный интеллект, Склонность к риску и Самоконтроль, а также по показателю личностной тревожности дети в этих группах значительно отличаются друг от друга (рис. 2). Как описывалось ранее, при анализе средних значений дети с проявлением туберкулезной инфекции имеют высокий уровень самоконтроля, лучше понимают социальные нормативы, в отличие от детей без инфекции. Это может быть связано с длительным нахождением детей с проявлением туберкулезной инфекции в лечебных учреждениях, в которых необходимо соблюдать строгие нормы и правила. Учитывая, что большое количество детей данной категории из неполных семей, где родители не уделяют достаточно времени и внимания их развитию; у них недостаточно формируются интеллектуальные функции, в частности, преобладает конкретный тип мышления, и они имеют небольшой объем знаний. Также наблюдаются высокие показатели личностной тревожности, что, возможно, объясняется длительным нахождением в лечебном учреждении.

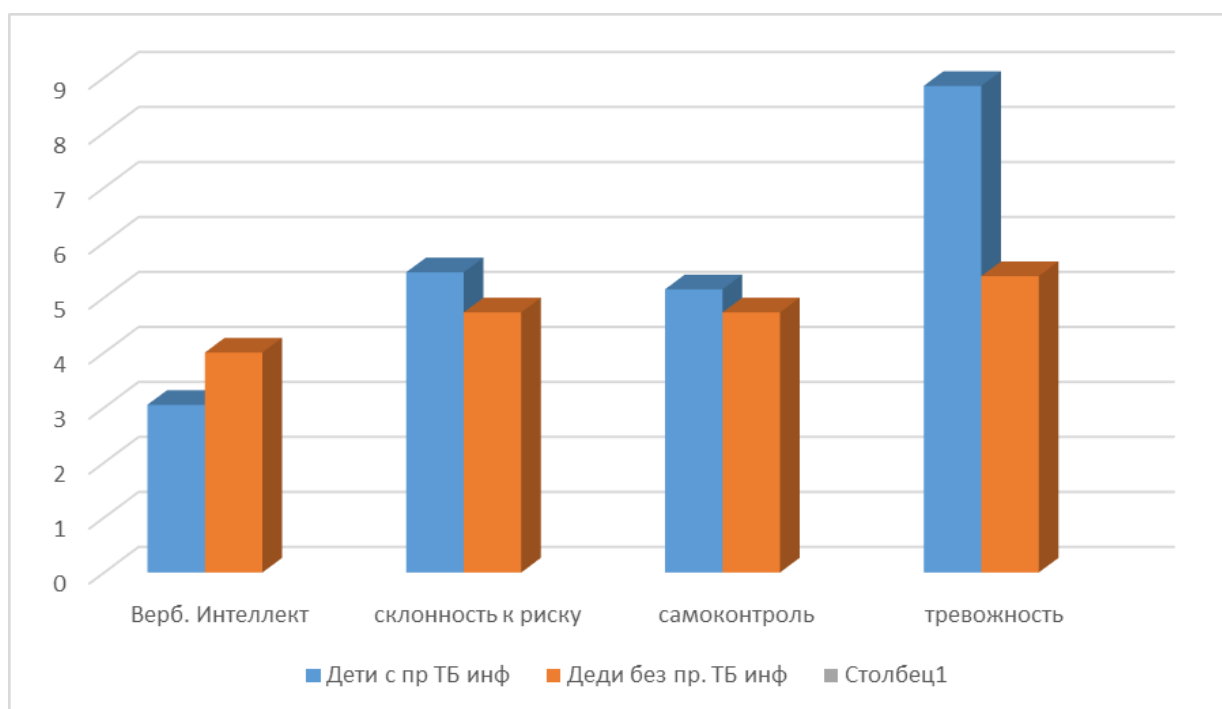


Рисунок 2. Значимые различия в группах детей с проявлениями туберкулезной инфекции и детей без проявления туберкулезной инфекции (при  $p \leq 0,05$ )

Данные, представленные на рисунке 3, дают основание говорить, что существуют значимые различия между группами детей с туберкулезом и детей без проявления туберкулезной инфекции по такому фактору опросника исследования личности Р. Кеттелла, как Сформированность интеллектуальных функций: у детей с диагнозом «туберкулез» показатели ниже, чем у здоровых детей. Показатели по фактору Уверенность в себе свидетельствуют о неуверенности в себе, ранимости и

неустойчивости у детей с туберкулезом. Сравнение показателей по фактору Склонность к самоутверждению позволяет заключить, что дети с туберкулезом послушнее, более зависимы и готовы на уступки в бóльшей мере, чем дети без проявления туберкулезной инфекции. Разница значений по фактору Социальная смелость свидетельствует о том, что детей с туберкулезом можно охарактеризовать как робких, застенчивых и чувствительных к угрозе, в отличие от детей без инфекции. У детей с туберкулезом обнаруживаются снижение побуждения к деятельности и недостаток инициативности при выполнении действий (фактор Нервное напряжение).

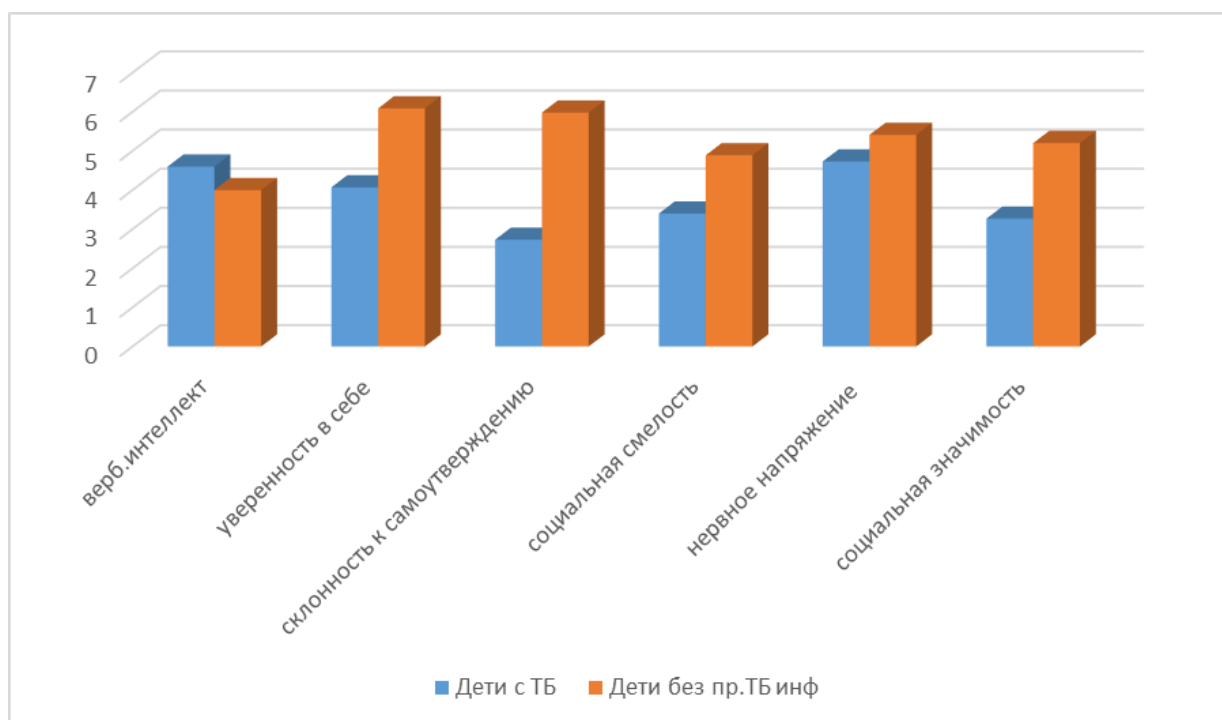


Рисунок 3. Значимые различия индивидуально-психологических характеристик в группах детей с туберкулезом и детей без проявления туберкулезной инфекции (при  $p \leq 0,05$ )

Значимые различия индивидуально-психологических характеристик в группах детей с туберкулезом и с различными проявлениями туберкулезной инфекции обнаружены по факторам Уверенность в себе и Социальная смелость, что говорит о том, что дети с туберкулезом более неуверенные в себе, легко ранимые и неустойчивые в стрессовых ситуациях, а также более робкие и застенчивые, чем дети с проявлениями туберкулезной инфекции (рис. 4). Если сравнивать эти группы по средним показателям, представленным выше, то обнаруживается, что дети с туберкулезом менее тревожны, чем дети с проявлениями инфекции. Важно отметить, что в нашей выборке 80% детей с диагнозом «туберкулез» воспитываются в полных семьях, что может служить объяснением невысоких показателей по уровню тревожности.

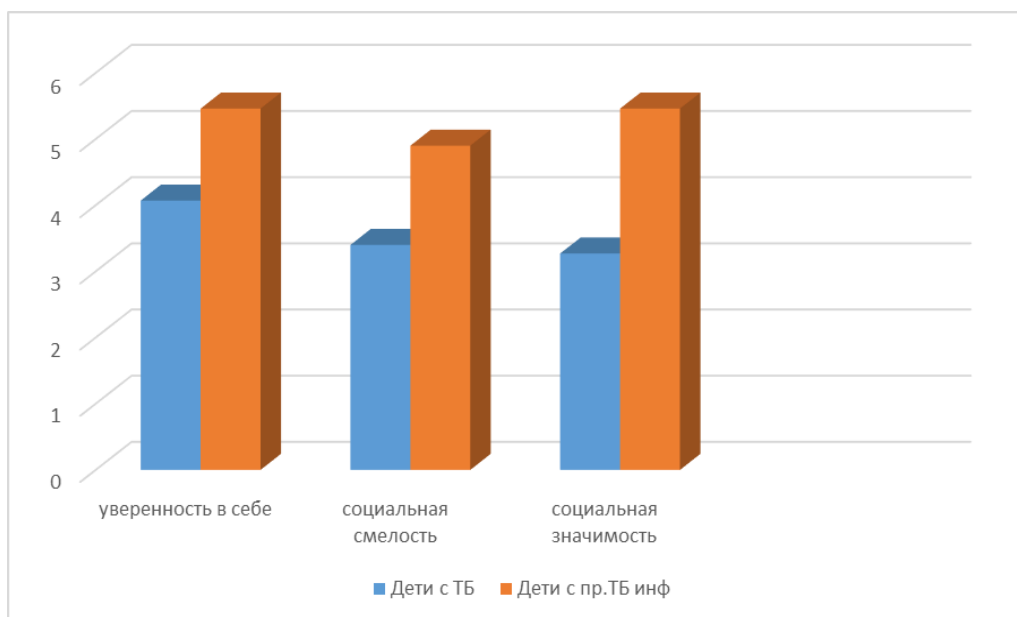


Рисунок 4. Значимые различия индивидуально-психологических характеристик в группе детей с туберкулезом и детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции (при  $p \leq 0,05$ )

Данные, представленные в таблице 1, позволяют обнаружить ряд устойчивых взаимосвязей между индивидуально-психологическими особенностями детей и стилями семейного воспитания.

Таблица 1

**Значимые взаимосвязи индивидуально-психологических характеристик детей без проявления туберкулезной инфекции и стилей семейного воспитания в их семье (при  $p \leq 0,05$ )**

Личностные факторы	Стили семейного воспитания								
	Г-	У+	У-	Т-	Н	РРЧ	ПДК	ФУ	С+
А								0,36	
С									0,33
D			0,38	-0,33	-0,33	-0,47			
Е	0,30	0,36							
Н						0,40			
О							-0,34		
Q4							0,31		
I					-0,36				

Примечание. Стили семейного воспитания: (Г-) – гипопротекция; (У+) – потворствование; (У-) – игнорирование потребностей ребенка; (Т-) – недостаточность обязанностей; Н – неустойчивость



стиля воспитания; РРЧ – расширение сферы родительских чувств; ПДК – предпочтение в ребенке детских качеств; ФУ – фобия утраты; (С+) – чрезмерность санкций (строгий стиль воспитания). Факторы исследования личности Р. Кеттелла: А – общительность; С – уверенность в себе; D – возбудимость; Е – склонность к самоутверждению; Н – социальная смелость; О – тревожность; Q4 – нервное напряжение; I – чувствительность.

Так, например, они свидетельствуют о том, что при адекватных семейных требованиях детям свойственны эмоциональная зрелость, приспособленность к социальным взаимодействиям и направленность на достижение поставленных целей. Чем чаще родители игнорируют потребности детей, тем выше у последних проявляется моторное беспокойство и тем сложнее им сконцентрировать внимание на важных для них вещах. Чем меньше у детей обязанностей, связанных с домашними делами, тем чаще они игнорируют просьбы родителей любого характера. При высоком уровне требований со стороны родителей у детей отмечается низкий уровень самоконтроля и прослеживаются сложности в понимании социальных нормативов. В ситуациях, когда родители предъявляют требования, не соответствующие возрасту ребенка, может повышаться уровень тревожности.

Данные о взаимосвязях индивидуально-психологических характеристик детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции и стилей семейного воспитания, представленные в таблице 2, дают основания говорить о том, что в случае отсутствия жестких требований к ребенку со стороны родителей, он становится более общительным, открытым и доброжелательным.

При адекватном восприятии родителями изменений, происходящих с ребенком, такие показатели как энергичность и активность формируются в достаточной степени. При этом иногда может наблюдаться переоценка ребенком своих возможностей. При последовательном воспитании без потворствования желаниям ребенка и при высоких требованиях выполнения семейных обязанностей у детей начинает проявляться нервное напряжение, на фоне чего может снижаться школьная успеваемость, а ответственность по отношению к выполнению требований возрастает. У детей этой группы также прослеживается низкая степень сформированности интеллектуальных функций, преобладают конкретные формы мышления и низкий объем знаний. Возможно, это связано с тем, что ребенок находится на периферии внимания родителей.

Особенности детей с проявлениями туберкулезной инфекции проявляются и в том, что при нехватке внимания со стороны родителей они легче вступают в контакт с другими взрослыми людьми. Учитывая, что родители детей данной группы не предъявляют требований к выполнению социальных норм и правил, дети могут проявлять агрессивное поведение, иметь склонность к самоутверждению; у них также снижается школьная успеваемость [7].

При недостаточном проявлении внимания со стороны родителей у детей с проявлениями туберкулезной инфекции повышается уровень тревожности, напряжение и раздражительность.

Полученные результаты позволяют говорить о том, что в ситуации избыточного внимания со стороны родителей и удовлетворения всех детских потребностей дети меньше контролируют свое поведение, плохо понимают социальные нормы и правила, у них возникают проблемы с самоорганизацией.

Таблица 2

**Значимые взаимосвязи индивидуально-психологических характеристик детей с проявлениями туберкулезной инфекции и стилей семейного воспитания в их семье (при  $p \leq 0,05$ )**

Личностные факторы	Стили семейного воспитания										
	Г+	Г-	У-	Т+	Т-	З+	З-	РРЧ	ПДК	ФУ	НРЧ
А					0,31						-0,31
В		-0,38						0,38			
С						-0,35					
Е				-0,31							
F									0,39	0,37	
G							0,38				
Н	-0,31	0,33			0,36						-0,32
О			-0,31		-0,32						
Q3										0,33	-0,40
Q4			-0,33		-0,35				0,42		
Социальная значимость	-0,30										

*Примечание.* Стили семейного воспитания: (Г+) – гиперпротекция; (Г-) – гипопротекция; (У-) – игнорирование потребностей ребенка; (Т+) – чрезмерность требований (обязанностей); (Т-) – недостаточность обязанностей ребенка; (З+) – чрезмерность требований/запретов к ребенку; (З-) – недостаточность требований/запретов к ребенку; РРЧ – расширение сферы родительских чувств; ПДК – предпочтение в ребенке детских качеств; ФУ – фобия утраты ребенка; НРЧ – неразвитость родительских чувств. Факторы исследования личности Р. Кеттелла: А – общительность; В – вербальный интеллект; С – уверенность в себе; Е – склонность к самоутверждению; F – склонность к риску; G – ответственность; Н – социальная смелость; О – тревожность; Q3 – самоконтроль; Q4 – нервное напряжение.

При недостаточном количестве внимания у детей с туберкулезом отмечаются трудности концентрации внимания, повышенная отвлекаемость, моторное

беспокойство, агрессивность и требовательность (табл. 3). Вместе с тем у них возрастает тревожность, их преследует чувство неудачи, и их легко вывести из равновесия [3].

Таблица 3

**Значимые взаимосвязи индивидуально-психологических характеристик детей с туберкулезом и стилями семейного воспитания в их семье (при  $p \leq 0,05$ )**

Личностные факторы	Стили семейного воспитания														
	Г+	Г-	У-	Т+	Т-	З+	З-	С+	С-	РРЧ	ПДК	ФУ	ПНК	ВК	НРЧ
А		0,51									-0,51				
В								0,61						0,77	
С				0,67											
Д			0,53												
Е			0,63	0,56					-0,71					0,61	0,62
Ф											-0,52	-0,55			
Г		-0,59			0,54										
Н				0,75		-0,52	0,58	0,63							
І							-0,52			0,56					
О			0,60						-0,58						
Q3	0,67	-0,76	0,58			0,61		0,51			0,57	0,64			
Q4								0,55	-0,52						
Социальная значимость												0,66	-0,53		

*Примечание.* Стили семейного воспитания: (Г+) – гиперпротекция; (Г-) – гипопротекция; (У-) – игнорирование потребностей ребенка; (Т+) – чрезмерность требований (обязанностей); (Т-) – недостаточность обязанностей ребенка; (З+) – чрезмерность требований/запретов к ребенку; (З-) – недостаточность требований/запретов к ребенку; (С+) – чрезмерность санкций; (С-) – минимальность санкций; РРЧ – расширение сферы родительских чувств; ПДК – предпочтение в ребенке детских качеств; ФУ – фобия утраты ребенка; ПНК – предпочтение детских качеств; ВК – вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания; НРЧ – неразвитость родительских чувств. Факторы исследования личности Р. Кеттелла: А – общительность; В – вербальный интеллект; С – уверенность в себе; Д – возбудимость; Е – склонность к самоутверждению; Ф – склонность к риску; Г – ответственность; Н – социальная смелость; І – чувствительность; О – тревожность; Q3 – самоконтроль; Q4 – нервное напряжение.

В отличие от других групп дети данной группы имеют следующие индивидуальные особенности: при предъявлении высоких требований у них повышается уровень уверенности в себе и чувство стабильности. Ребенок проявляет добросовестность, исполнительность и ответственность.

При строгом стиле воспитания у них хуже формируются интеллектуальные способности, медленно увеличивается объем знаний, возрастает чувствительность к угрозе; они застенчивы, раздражительны, напряжены и склонны к фрустрации. Им сложнее, чем другим детям, понять и принять социальные нормы.

При использовании родителями противоречивой тактики воспитания дети становятся менее внимательными, у них возникают трудности с успеваемостью, но вместе с тем у них развивается решительность [5].

Еще одной особенностью является то, что при условии малого количества наказаний такие дети более тревожны, озабочены и осторожны. При адекватном отношении родителей к взрослению ребенка у них формируются открытость, общительность и участливость. При наличии доверительных отношений в семье, оценка других людей становится для них менее значимой.

### Заключение

Проведенное исследование позволяет заключить, что детям младшего школьного возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции по сравнению с детьми, не болеющими туберкулезом, свойственны такие индивидуально-психологические особенности, как: повышенная тревожность, неуверенность в себе, эмоциональная неустойчивость, безынициативность в выполнении конкретных действий, сложности концентрации внимания и утомляемость; слабая сформированность интеллектуальных функций, низкий интеллект, затрудненная адаптация в среде сверстников.

Подытоживая, можно сформулировать ряд **выводов**.

1. Нервное напряжение и снижение уровня школьной успеваемости детей с туберкулезом и детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции связаны с игнорированием родителями детских потребностей.

2. Степень сформированности интеллектуальных функций у детей перечисленных групп снижается без наличия должного к ним внимания со стороны родителей.

3. Агрессивное поведение и склонность к самоутверждению в социуме проявляются у детей данных категорий при попустительском отношении родителей к нормам и правилам социума.

4. Уровень личностной тревожности и снижение концентрации внимания у детей с туберкулезом и различными проявлениями туберкулезной инфекции связаны с нехваткой родительского внимания по отношению к потребностям ребенка.

При этом длительное нахождение на излечении у детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции ассоциируется с высоким уровнем самоконтроля; эта группа детей чаще, чем дети референтной группы, выполняют

требования взрослых, следуют социальным правилам, подчиняются распорядку дня медицинского учреждения, что позволяет организовывать с ними эффективные профилактические и развивающие занятия.

## Литература

1. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. 2-е изд. М.: Изд. Института психотерапии; Изд. НГМА, 2000. 320 с.
2. Баранова Г.В., Золотова Н.В., Овсянкина Е.С., Сиресина Н.Н., Столбун Ю.В., Стрельцов В.В. Психологические особенности детей и подростков, больных туберкулезом органов дыхания // Туберкулез и болезни легких. 2010. № 1. С. 50–53.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина / пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка. М.: Гэотар медицина, 1999, 376 с.
4. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Психологическая диагностика отношения к болезни. СПб., изд-во НИПНИ им. Бехтерева, 2005. 342 с.
5. Дробот Н.Н., Батанина Б.Т. Туберкулез у детей и подростков в современных условиях. Тезисы докладов IV (XIV) Съезда научно-медицинской ассоциации фтизиатров. Йошкар-Ола, Изд-во Марийс. полигр.-изд. Комбината, 1999. С. 138.
6. Захарова Е.В. Психокоррекция в комплексной терапии больных хроническими бронхолегочными заболеваниями: автореф. ... канд. мед. Наук. Самара, 2003. 24 с.
7. Лукашова Е.Н., Игишева Л.Н., Копылова И.Ф. Психологические особенности больных туберкулезом подростков // Проблемы туберкулеза. 2002. №1. С. 39–41.
8. Овсянкина Е.С. Актуальные проблемы противотуберкулезной помощи детям и подросткам // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2009. № 1. С. 3–4.
9. Овсянкина Е.С., Прошин В.А. Проблемы перспективы противотуберкулезной работы среди детей и подростков г. Москвы // IV (XIV) съезд научно-медицинской ассоциации фтизиатров. Йошкар-Ола, Изд-во Марийс. полигр.-изд. комбината, 1999. С. 145–146.
10. Сиренко И.А. Влияние туберкулезной инфекции на психологический статус детей // Туберкулез и болезни легких. 2010. № 1. С. 59–63.
11. Сиресина Н.Н., Стрельцов В.В. Психологические факторы патогенеза туберкулеза органов дыхания у детей и подростков // Туберкулез и болезни легких. 2013. № 4. С. 25–32.
12. Фирсова В.А. Туберкулез у подростков: диагностика, клиника, лечение // Проблемы туберкулеза. 2003 № 3. С. 23–26.

*Мартусова Е.В.* Индивидуально-психологические особенности детей младшего школьного возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 3. С. 78–94.

*Martusova, E.V.* Individual Psychological Characteristics of Children of Primary School Age with Various Manifestations of Tuberculous Infection  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 3, pp. 78–94.

13. *Шилова М.В., Лебедева Л.В.* Туберкулез у подростков в России // Российский педиатрический журнал. 2010. № 3. С. 4–10.

# Individual Psychological Characteristics of Children of Primary School Age with Various Manifestations of Tuberculous Infection

**Martusova, E.V.,**

*psychologist, Moscow City Scientific and Practical Center of Tuberculosis Control of Moscow Department of Health Care; graduate student, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, katsystems@mail.ru*

---

We investigated the individual psychological characteristics of children of primary school age with various manifestations of tuberculosis infection who are treated in tuberculosis centers. There have been also studied the parenting styles in their families. 200 respondents participated in our research: 100 parents (44 parents of children with no symptoms of tuberculosis infection, 41 parents of children with various manifestations of tuberculous infection, and 15 children diagnosed with tuberculosis. Age of parents varied from 24 to 34 years. The sample of children included 100 people from 6 to 10 years (44 children with no symptoms of tuberculous infection, 41 children with its manifestations and 15 children diagnosed with tuberculosis). No sex differences were taken into account in connection with the non-uniformity of the sample. We used the Anxiety Scale (CMAS), R. Cattell's Personality Factor Questionnaire (CPFQ) and the method of Analysis of Family Relationships by E.G. Eidemiller and V.V. Yustitskis (DIA), correlation analysis and analysis of the differences. It was found that children with tuberculosis infection is more difficult to adapt to society, than representatives of other groups studied; in children with various forms of tuberculosis infection level of performance anxiety is very high and linked with parenting style.

**Keywords:** primary school age, individual psychological characteristics, anxiety, and styles of family education, tuberculous infection.

---

## References

1. Antropov, Iu.F., Shevchenko, Iu.S. *Psichosomaticheskie rasstroistva i patologicheskie privychnye deistviia u detei i podrostkov*. 2-e izd. [Psychosomatic Disorders and Pathological Habitual Actions in Children and Adolescents. 2nd ed.] Moscow: publ. Instituta psikhoterapii; publ. NGMA, 2000. 320 p.

2. Baranova, G.V., Zolotova, N.V., Ovsiankina E.S., Siresina N.N., Stolbun Iu.V., Strel'tsov, V.V. Psikhologicheskie osobennosti detei i podrostkov, bol'nykh tuberkulezom organov dykhaniia [Psychological Characteristics of Children and Adolescents with Respiratory Tuberculosis]. *Tuberkulez i bolezni legkikh [Tuberculosis and Lung Disease]*, 2010, no., 1, pp. 50–53.
3. Broitigam, V., Kristian, P., Rad, M. Psikhosomaticheskaia meditsina: Kratk. Uchebn [Psychosomatic Medicine]. In G.A. Obukhova, A.V. Bruenka, V.G. Ostroglazova [Translators]. Moscow.: GEOTAR MEDITSINA, 1999. 376 p.
4. Vasserman, L.I., Iovlev, B.V. Psikhologicheskaia diagnostika otnosheniia k bolezni. Posobie dlia vrachei [Psychological Diagnostics Related to the Disease. Manual for Physicians]. St. Petersburg: publ. of NIPNI im. Bekhtereva, 2005. 25p.
5. Drobot, N.N., Batanina, B.T. Tuberkulez u detei i podrostkov v sovremennykh usloviakh [Tuberculosis in Children and Adolescents in Modern Conditions]. *Tezisy dokladov IV (XIV) S"ezda nauchno-meditsinskoii assotsiatsii ftiziatrov [Abstracts of the IV (XIV) Congress of Scientific and Medical Associations Phthisiologists]*. Publ. Mariiskogo. poligr.-izd. Kombinata, Ioshkar-Ola, 1999. p. 138.
6. Zakharova, E.V. Psikhokorreksiia v kompleksnoi terapii bol'nykh khronicheskimi bronkholegochnymi zabolevaniiami: avtoref. ... kand. med. nauk [Psychocorrection in the Treatment of Patients with Chronic Bronchopulmonary Diseases. Phd Thesis]. Samara, 2003. 24 p.
7. Lukashova, E.N., Igisheva, L.N., Kopylova, I.F. Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh tuberkulezom podrostkov [Psychological Characteristics of Adolescents with Tuberculosis]. *Problemy tuberkuleza [Problems of Tuberculosis]*, 2002, no. 1, pp. 39–41.
8. Ovsiankina, E.S. Aktual'nye problemy protivotuberkuleznoi pomoshchi detiam i podrostkam [Actual Problems of Antitubercular Care to Children and Adolescents]. *Problemy tuberkuleza i boleznei legkikh [Problems of Tuberculosis and Lung Disease]*, 2009, no. 1, pp. 3–4.
9. Ovsiankina, E.S., Proshin, V.A. Problemy perspektivy protivotuberkuleznoi raboty sredi detei i podrostkov g. Moskvy [Problems Prospects of Antitubercular Control Among Children and Adolescents in Moscow]. *IV (XIV) s"ezd nauchno-meditsinskoii assotsiatsii ftiziatrov [Abstracts of the IV (XIV) Congress of Scientific and Medical Associations Phthisiologists]*. Publ. Mariiskogo. poligr.-izd. Kombinata, Ioshkar-Ola, 1999., pp. 145–146.
10. Sirenko, I.A. Vliianie tuberkuleznoi infektsii na psikhologicheskii status detei [The Impact of Tubercular Infection on the Psychological Status of Children]. *Tuberkulez i bolezni legkikh [Tuberculosis and Lung Disease]*, 2010, no. 1, pp. 59–63.
11. Siresina, N.N., Strel'tsov, V.V., Psikhologicheskie faktory patogeneza tuberkuleza organov dykhaniia u detei i podrostkov [Psychological Factors of the Pathogenesis of



Мартусова Е.В. Индивидуально-психологические особенности детей младшего школьного возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 3. С. 78–94.

Martusova, E.V. Individual Psychological Characteristics of Children of Primary School Age with Various Manifestations of Tuberculous Infection  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 3, pp. 78–94.

Pulmonary Tuberculosis in Children and Adolescents]. *Tuberkulez i bolezni legkikh [Tuberculosis and Lung Disease]*, 2013, no. 4, pp. 25–32.

12. Firsova, V.A. Tuberkulez u podrostkov: diagnostika, klinika, lechenie [Tuberculosis in Adolescents: Diagnosis, Clinical Features, Treatment]. *Problemy tuberkuleza [Problems of Tuberculosis]*, 2003, no. 3, pp. 23–26.

13. Shilova, M.V., Lebedeva, L.V. Tuberkulez u podrostkov v Rossii [Tuberculosis in Teenagers in Russia]. *Rossiiskii pediatricheskii zhurnal [Russian Journal of Pediatrics]*, 2010, no. 3, pp. 4–10.

# Специфика когнитивных репрезентаций времени в пожилом и старческом возрасте

**Мелёхин А.И.,**

*клинический психолог Российского геронтологического научно-клинического центра; аспирант Института психологии РАН, Москва, Россия, clinmelehin@yandex.ru*

**Киреева З.А.,**

*доктор психологических наук, профессор кафедры общей психологии и психологии развития личности Одесского национального университета имени И.И. Мечникова, Одесса, Украина, z.kireeva@gmail.com*

Статья посвящена исследованию особенностей когнитивных репрезентаций времени как компонента когнитивной модели восприятия времени в пожилом и старческом возрастах. Результаты исследования позволили описать специфику познания и переживания времени, а также субъективного благополучия, психического состояния людей пожилого и старческого возрастов. Репрезентации времени у людей пожилого и старческого возрастов характеризуются описанием времени через призму жизненного пути, единиц измерения времени, а также метафорических образов, описывающих свойства и характер течения времени. Время представляется как ограниченный ресурс, который сопровождается переживанием его дефицита и давления, а также ускоренным субъективным течением времени.

**Ключевые слова:** время, осознание времени, репрезентация, когнитивные репрезентации времени, пожилой возраст, старческий возраст.

## Для цитаты:

Мелёхин А.И., Киреева З.А. Специфика когнитивных репрезентаций времени в пожилом и старческом возрасте [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 3. С. 95–115. doi: 10.17759/psyclin.2016050307

## For citation:

Melehin, A.I., Kireieva, Z.A. The Specificity of the Cognitive Representations of Time in Elderly [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 3, pp. 95–115. doi: 10.17759/psycljn.2016050307 (In Russ., abstr. in Engl.)

## Введение

Распространенными субъективными жалобами в пожилом и старческом возрастах, помимо изменений в памяти и физического состояния, являются

изменения в восприятии скорости течения времени. Люди пожилого возраста отмечают, что время течет быстрее, чем в молодости. Феномен изменения субъективной скорости течения времени в сторону замедления или ускорения в поздних возрастах описан в отечественных [6; 7; 8; 11; 13] и зарубежных [20; 23; 24; 25; 26; 29; 30; 32; 34] исследованиях. В пожилом и старческом возрастах происходит пересмотр отношения ко времени; изменяется субъективная скорость его течения и временная перспектива собственного будущего времени [20]. В основе отношения ко времени лежит *когнитивная модель* восприятия, состоящая из когнитивных репрезентаций времени. Когнитивная модель времени участвует в процессе формирования у человека целостной картины мира и осознания им своего места в нем [7; 32]. *Когнитивные репрезентации времени* – это динамическая система субъективных представлений человека о временной протяженности действительности, обусловленная рядом внутренних и внешних факторов: индивидуально-динамическими и личностными особенностями, социокультурными процессами, состоянием физического и психологического здоровья [7]. Выделяют вербальные и невербальные системы когнитивных репрезентаций времени [5; 13]. В связи этим *целью исследования* является выявление особенностей вербальных и невербальных когнитивных репрезентаций времени как компонентов когнитивной модели времени у людей пожилого и старческого возрастов.

### Программа исследования

**Участники исследования.** Исследование проводилось на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Консультативно-диагностический центр № 2 Департамента здравоохранения города Москвы». В исследовании приняли участие: 120 человек в возрасте от 55 до 60 лет (17 мужчин и 103 женщины;  $56,6 \pm 1,8$  лет); 120 человек в возрасте от 61 до 74 лет (13 мужчин и 107 женщин;  $66,7 \pm 3,9$  лет); 50 человек в возрасте от 75 до 90 лет (11 мужчин и 39 женщин;  $79,4 \pm 3,5$  лет). Все респонденты проходили амбулаторное поликлиническое обследование у различных специалистов.

**Критериями включения респондентов** в выборку исследования были:

- женщины и мужчины в возрасте от 55 до 90 лет;
- психологическая и когнитивная сохранность респондента, достаточная для выполнения экспериментального исследования;
- получение письменного согласия от респондента или его родственников, доверительного лица на проведение исследования.

**Критериями исключения респондентов** из выборки исследования были:

- нейродегенеративные (болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция, болезнь Паркинсона) и неврологические заболевания (метаболические, токсические или лекарственные энцефалопатии, инсульт, эпилепсия, демиелинизирующие заболевания);

- эндогенные (маниакальные состояния, инволюционные бредовые психозы, шизофрения, эндогенные депрессии) и экзогенные (органическое аффективное расстройство, органические депрессии с психотическими проявлениями) психические расстройства;
- хронические заболевания в стадии обострения (тяжелая степень артериальной гипертензии, аутоиммунные заболевания, заболевания системы крови, острые бактериальные и вирусные инфекции, декомпенсация сахарного диабета II типа);
- серьезные нарушения слуха (старческая тугоухость) и зрения (катаракта, возрастная макулярная дегенерация, дальтонизм и др.);
- негативизм и признаки формального отношения респондента к обследованию;
- отказ респондента, либо его родственников, доверительного лица от участия в исследовании.

**Процедура исследования.** Респонденты включались в исследование в ходе амбулаторного приема у врача-гериатра, который предлагал своим пациентам пройти дополнительное обследование у клинического психолога. Все участники исследования проходили *комплексную гериатрическую оценку* физического и психического состояний при участии врача-гериатра и клинического психолога. По результатам гериатрической шкалы кумулятивности расстройств (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G)) было показано, что в группе респондентов 55–60 лет наблюдались в среднем 2 хронических заболевания, в группе респондентов 61–74 лет – 3, а у респондентов 75–90 лет – 4 хронических заболевания. Однако эти заболевания не находились в острой форме и не требовали неотложного медицинского вмешательства. Респонденты нуждались в регулярном наблюдении у специалистов соответствующего медицинского профиля, соблюдении предписаний врача и смене образа жизни.

На рисунке 1 показано, что по результатам *Монреальской шкалы оценки когнитивных функций* (Montreal Cognitive Assessment) у респондентов трех групп не были обнаружены выраженные когнитивные нарушения, указывающие на признаки деменции.

У респондентов 55–60 и 61–74 лет наблюдались симптомы *легких когнитивных нарушений* (subtle cognitive impairments), которые сопровождались субъективными жалобами на изменения в памяти и работоспособности. Эти симптомы обычно выражаются в некотором замедленном выполнении субтестов за счет снижения концентрации и устойчивости внимания, а также в скорости психомоторных реакций. Эти изменения не влияют на бытовую, профессиональную и социальную деятельность. С течением времени легкий когнитивный дефицит может нарастать и перейти в умеренный когнитивный дефицит, но иногда отмечается улучшение, например, вследствие лечения интеркуррентных заболеваний и улучшения психического здоровья [9]. *Умеренный когнитивный дефицит* (mild cognitive impairment), который сопровождается жалобами на снижение памяти и

повышенную утомляемость, снижением памяти, внимания, но сохранностью социальной активности (за исключением наиболее сложных ее видов), бытовой независимости критики, способности к компенсации когнитивного дефицита [18], наблюдался у 21% респондентов 61–74 лет и 14% респондентов 75–90 лет. Таким образом, у респондентов пожилого и старческого возрастов наблюдались доклинические (преддементные) симптомы когнитивных нарушений, которые Ф. Лин [28] и К. Харада [22] относят к проявлениям старения, когда происходит закономерное ухудшение состояния двигательных и когнитивных функций, снижение мобилизационных возможностей организма.

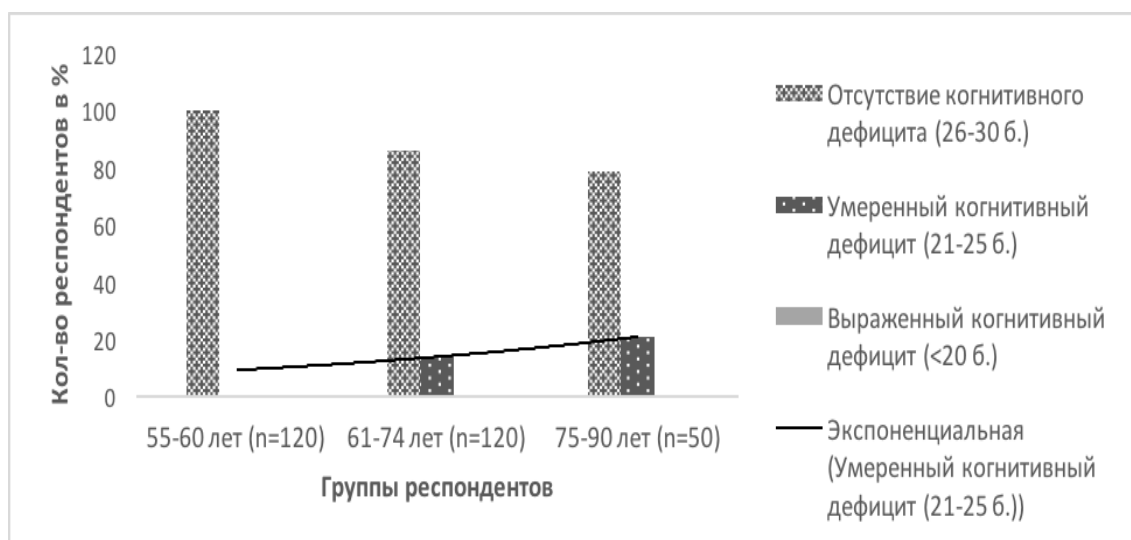


Рисунок 1. Наличие и степень когнитивного дефицита (по Монреальской шкале оценки когнитивных функций) у респондентов трех возрастных групп

На рисунке 2 показано, что по результатам гериатрической шкалы депрессии (Geriatrics Depression Scale-30 (GDS-30)) отсутствие симптомов депрессии наблюдалось у 68% респондентов 55–60 лет, у 38% респондентов 61–74 лет и у 10% – 75–90 лет.

В трех группах наблюдалось преобладание легкой депрессии (субдепрессии) с моносимптомной картиной течения: слабо выраженное снижение настроения с наличием или раздражительности, или слезливости; снижение интересов, удовольствия от деятельности; упадок энергии и быстрая утомляемость из-за наличия внутреннего напряжения. Симптомы, указывающие на выраженную степень депрессии, при которой наблюдается преобладание тоски, апатии, состояния тревоги, беспокойства, суицидальных тенденций и выраженные нарушения социальной активности, отмечались у 10% респондентов 61–74 лет и 32% – 75–90 лет. Однако даже если у пожилого человека наблюдаются симптомы субдепрессии или депрессии, то, по рекомендациям О.С. Левина, следует внимательно расспросить пожилого пациента о его психическом состоянии, понаблюдать за его поведением, расспросить близких об изменениях в его состоянии [9]. В связи с этим было отмечено, что большинство респондентов пожилого (55–60 лет) и старческого (75–90 лет) возрастов удовлетворены своей жизнью. У респондентов пожилого

возраста (61–74 лет) наблюдалась *неопределенная* оценка степени удовлетворенности своей жизни с преобладанием положительной оценки.

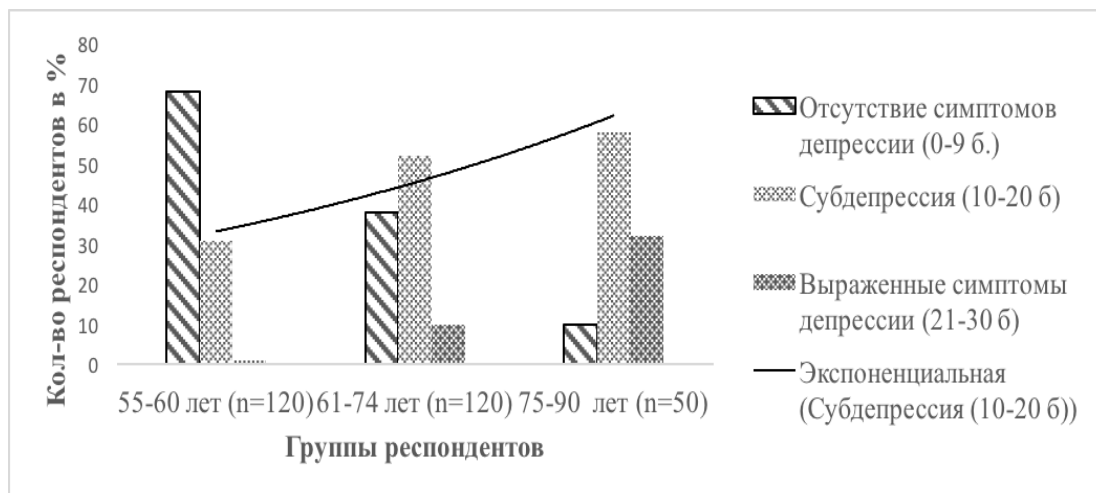


Рисунок 2. Наличие и степень симптомов депрессии (по GDS-30) у респондентов трех возрастных групп

Исследование когнитивных репрезентаций времени носило индивидуальную форму. Респондентам сначала предлагалось дать определение, что такое время. Буквально, без уточняющих вопросов со стороны клинического психолога записывалось определение времени, которое дал респондент. После того как респондент давал определение времени, ему предлагалось нарисовать время. Затем его просили рассказать, что нарисовано.

#### **Методы исследования** когнитивных репрезентаций времени:

- *Вербальные репрезентации времени* выявлялись с помощью метода определения понятия А.Р. Лурии [10]. Респондента просят определить значение того или иного слова, например, «что такое..?» и далее изучают характер его ответа. В данном исследовании респондентов спрашивали: «Как вы понимаете, что такое время?»
- *Невербальные репрезентации времени* выявлялись с помощью метода рисунка. Данный метод является разновидностью метода определения понятия, психосемантического метода изображения или описания слов, ситуаций, состояний, отношений [14]. Респондентов просят изобразить то, что обозначается словом. Анализ полученных изображений позволяет описать наборы выразительных средств, содержание и контекст изображений. Респондентам предлагался простой карандаш и лист бумаги формата А4, и давалась инструкция: «Подумайте о том, как бы Вы нарисовали, что такое время. Качество рисунков не имеет значения» [13].

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Анализ полученных результатов проводился в два этапа. **На первом этапе** исследования вербальных когнитивных репрезентаций времени было получено 408

лексических единиц, состоящих из слов и словосочетаний. Полученные нами данные анализировались по частоте встречаемости в общей выборке исследования (N=290), что позволило получить разнообразие вербальных когнитивных репрезентаций времени для выделения общих категорий его описания. Отметим, что единично наблюдались трудности при определении понятия «время». Трудности носили следующий характер: 1) непонимание инструкции; 2) незнание ответа на вопрос из-за отсутствия конкретных вариантов ответа на него. Данные трудности можно интерпретировать через призму *психолингвистического парадокса определения понятий*, который состоит в том, что человек субъективно может быть уверен, что знает значение слова, правильно использует его в жизни, но объективно не может объяснить, что это слово значит [1]. Все полученные категории описания времени носили абстрактный и конкретный характер (таблица 1).

Таблица 1

**Категории определения понятия «время» в общей выборке респондентов пожилого и старческого возрастов**

Ранг	Категории определения понятия	Кол-во лексических единиц	Частота встречаемости (%)
1	Жизнь	143	49
2	Вода, море, река	41	14
3	Минута, секунда	38	13
4	Дорога, поезд	29	10
5	Капли дождя, песок сквозь пальцы	27	9
6	Миг	28	9
7	Время года (их перечисление)	18	6
8	Бесконечность	17	5
9	Время суток	15	5
10	Течение	16	5
11	Медленно	14	4
12	Часы (средство измерения времени)	11	3
13	Промежуток, отрезок, интервал	11	3
14	Год, век	7	2
15	Быстро	7	2
16	Движение	7	2
17	Не хватает	6	2
18	Момент	5	1
19	Стрела	4	1
20	Поток	3	1
21	Единица измерения пространства	2	1
		$\Sigma=408$	

Большинство когнитивных репрезентаций времени носили *положительный характер*. Полученные представления о времени можно отнести к различным сферам жизни человека позднего возраста. Наблюдалось описание *экзистенциального понимания времени* как жизненной ценности, ресурса и ограничения. Эти представления указывают на взаимосвязь времени и человеческой жизни. Время в сознании человека пожилого или старческого возраста представлено как характеристика повседневной жизни, измеряемая в различных *единицах* (минута, секунда). Наиболее часто время определялось через *временно-пространственные категории* (миг, мгновенье). В определении времени респонденты пожилого и старческого возрастов отмечали *циклический характер течения времени*, отражающий его повторяемость, ритмичность (смена времен года, суток; течение болезней; старение). Люди пожилого и старческого возраста отмечали *однонаправленность времени*. Например, время понималось ими как поток, который имеет направление из прошлого в будущее. В трех возрастных группах наблюдалось преобладание *понятийных обобщений* (по Л.М. Веккеру [3]), когда выделяются признаки, свойства, ценностно-значимые аспекты времени (рис. 3).

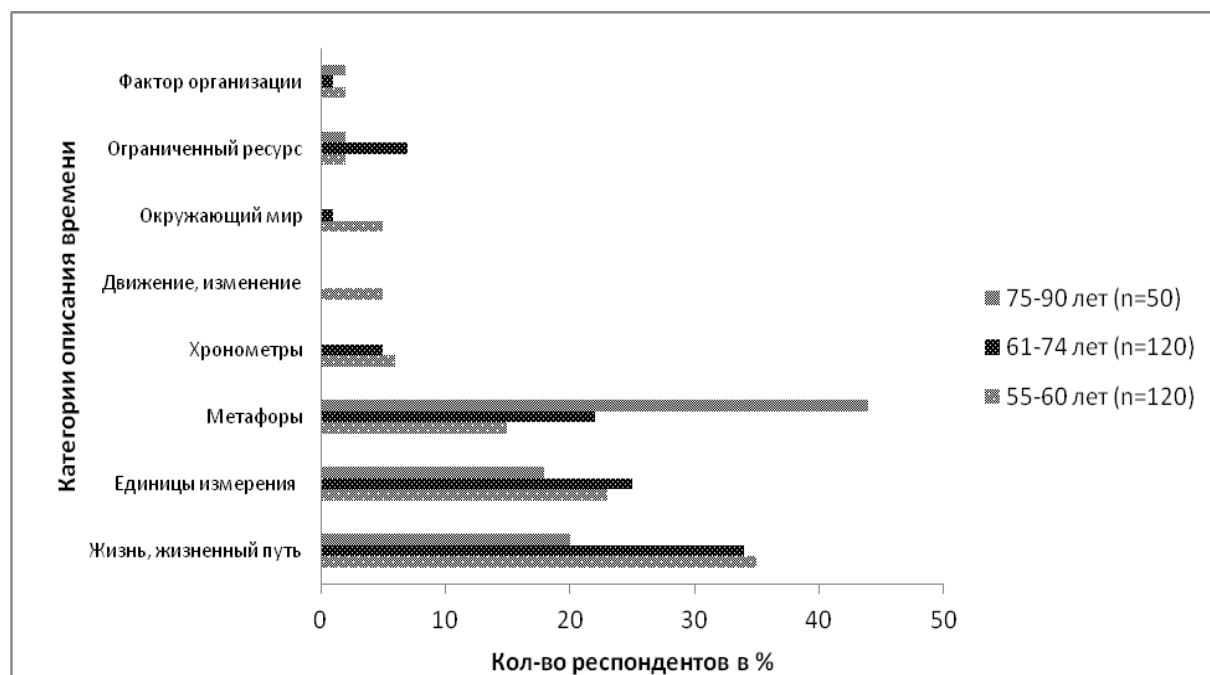


Рисунок 3. Вербальные когнитивные репрезентации времени у респондентов трех возрастных групп

Образ времени в пожилом и старческом возрастах понимается как условие организации повседневной жизни, но сам человек не может управлять им и повлиять на него. В связи с этим пожилой человек все больше переживает повышенное напряженное внимание ко времени и к собственной жизни. У него наблюдаются физические недуги; он начинает быть зависимым от внимания других; больше ориентируется на систему ожиданий и воспоминания; снижается социальная активность, происходят изменения в сфере межличностных отношений;



сужается сфера досуга, и сильнее начинает ощущаться нехватка времени. У пожилого человека происходит изменение в отношении к роли времени в контексте собственной жизни, что приводит к росту понимания времени через когнитивные репрезентации «время – жизнь». Например, «вся наша жизнь» (ж, 55<sup>1</sup>); «жизнь от рождения и до сегодня со счастливыми мгновениями и печальными» (ж, 63); «жизнь измерить времени не хватит: только начнешь спокойно жить – время идет быстро» (ж, 59); «это жизнь; прошла, накопила болячек, стала обидчивой, получается все не так, как у молодых» (ж, 73); «жизнь, которая имеет разные периоды – хорошие и плохие»; «это жизнь, и хоть мне 80, я живу; я работала учителем, и время шло быстро» (ж, 81); «это моя жизнь, начиная от времени рождения и кончая уходом в страну большой охоты» (м, 67); «личное время; сколько мне отпущено, столько и буду жить» (ж, 78). Респонденты пожилого и старческого возрастов отмечают противоречивый характер времени, зависимость скорости течения времени от собственного состояния здоровья, востребованности.

Распространено описание времени через *единицы измерения времени*, при котором упоминаются меры времени, которые представлены в культуре. У респондентов старческого возраста наблюдалось *преобладание метафорического понимания времени*. Респонденты описывают время и его течение через устойчивые выражения, метафоры: «течение жизни» (ж, 75); «течение из прошлого через настоящее в будущее» (ж, 77); «весна – приходит надежда на лучшее; лето – хочется жить и радоваться; осень – пора грусти, появляются хвори, депрессия; зима – и радуется, и злит» (ж, 82); «вращающаяся труба с цветными стеклышками. Картинки каждый раз меняются и никогда не повторяются»; «река, которая течет и не знает, на какой порог наткнется» (м, 79); «песок сквозь пальцы» (м, 76); «эх, дороги, пыль да туман» (ж, 81); «поезд, идущий с остановками» (ж, 78).

У респондентов 61–74 лет наблюдались представления о времени как об ограниченном ресурсе, отражающие дефицит, нехватку, субъективное ускорение течения времени и ощущение его давления. Приведем примеры представлений о времени, указывающие на субъективную скорость его течения: «летит» (ж, 67), «течет медленно» (ж, 72), «очень быстро идет, как в молодости» (ж, 65), «не очень быстро и не очень медленно» (ж, 55), «до инсульта время текло быстро, сейчас – очень медленно, как и хожу» (ж, 65). Около 37% респондентов 55–60 лет, 29% – 61–74 лет и 11% респондентов 75–90 лет описывали время как *быстро текущее*.

Ограниченный ресурс, дефицит времени и отсутствие контроля над его течением выражались в следующих представлениях: «проснулся – и пора ложиться спать» (м, 63); «то, чего всегда не хватает» (ж, 64); «ограничение» (ж, 71); «мое время ушло, я в этом времени не нужна, подруг не осталось» (ж, 74).

Субъективное семантическое поле времени в пожилом возрасте (55–74 лет) включает в себя *ассоциативные значения* (рис. 4). К таковым были отнесены значения, в которых перечислены изолированные объекты из наглядного

<sup>1</sup> Пол: ж – женский; м – мужской; далее – хронологический возраст.

опыта респондентов и в которых можно выделить и однонаправленность течения времени, и его цикличность. Например: «часы» (м, 57), «минута» (ж, 61), «часть суток» (ж, 60), «дни» (м, 55), «месяцы» (ж, 65), «просто прошлое, настоящее, будущее» (ж, 75).

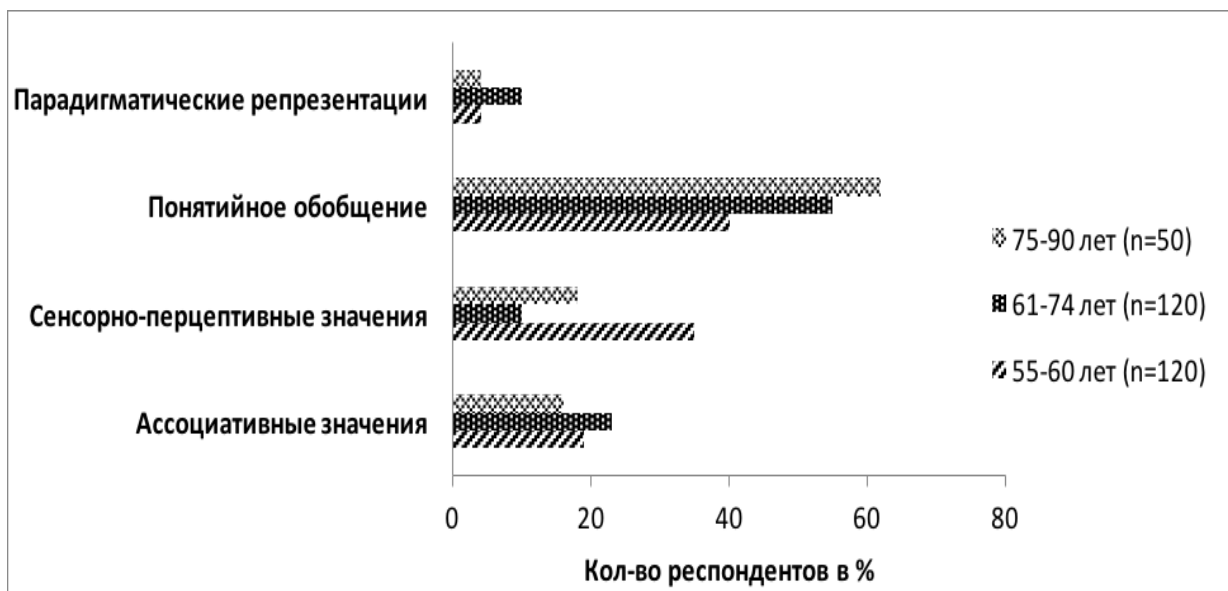


Рисунок 4. Виды вербальных когнитивных репрезентаций у респондентов трех возрастных групп

Приведенные внешние ориентиры при определении понятия времени относятся к якорным модальностям понимания его сути и последовательности, на что указывают в своем исследовании К.Г. Сурнов и Е.Ю. Балашова [17]. Стоит отметить, что в 55–60 лет преобладают *сенсорно-перцептивные репрезентации времени*, которые представляют собой простую форму суждений (по Л.М. Веккеру [3]). Их можно отнести к суждениям с наглядно-образным, или ситуативным, типом связей. Например: «время года» (ж, 55), «дни недели» (м, 55), «лес» (ж, 63), «ветер» (м, 67), «вода» (ж, 67), «море» (ж, 71), «время суток» (м, 71) «река» (ж, 73), «дорога» (м, 75), «калейдоскоп» (ж, 81), «поезд» (ж, 86). На рисунке 2 видно, что у респондентов пожилого и старческого возрастов распространены *комплексные репрезентации*, когда воспроизводят одну или несколько форм временной действительности, в которых проявляется личностное отношение ко времени. В этих репрезентациях время понимается как часть многомерного мира. Респонденты при определении времени описывают свойства его течения: «время летит быстро» (ж, 62); «время – это миг» (ж, 67); «время, как спутник, – быстро летит» (ж, 74). Также нами выделяется такой вид комплексных когнитивных репрезентаций времени в пожилом и старческом возрастах, как *ценностно-смысловое отношение ко времени*. Эти представления о времени описываются через призму «время жизни» или «время – это основа жизни». Реже всего у респондентов пожилого и старческого возраста наблюдались *парадигматические (понятийно-родовые) когнитивные репрезентации*, которые представляют собой высокий уровень понятийного обобщения в форме индивидуальной модели понимания

времени [7]. Этот вид когнитивных репрезентаций заключается не в исключении различных обобщенных признаков и свойств времени, а в интеграции, синтезе этих признаков. Например: «время – это промежуток между тем, кем я был и кем я стал» (м, 59); «время – неуловимый и необратимый процесс в нашей жизни» (ж, 64); «это то, что неподвластно мне» (ж, 82).

**На втором этапе** исследования было получено 274 рисунка времени, которые содержали как отдельные образы предметов, явлений природы, так и совокупность двух или более образов. Реже наблюдалось изображение сюжета. Лишь несколько респондентов 75–90 лет отказались от выполнения задания. Респонденты говорили о том, что они бы нарисовали, и начинали перечислять признаки, однако рисовать отказывались по ряду причин: болят руки, не умеют рисовать, сложно изобразить, о чем думают. Часто респонденты трех возрастных групп вместо того чтобы нарисовать, начинали писать о том, что бы они нарисовали.

В трех возрастных группах время представлялось в форме *визуального символа* «время – часы» (рис. 5). Респонденты объясняли время через образ часов или иных хронометров. Образ часов является универсальным, «якорным» репрезентативным символом времени [4; 5; 13; 16; 17].

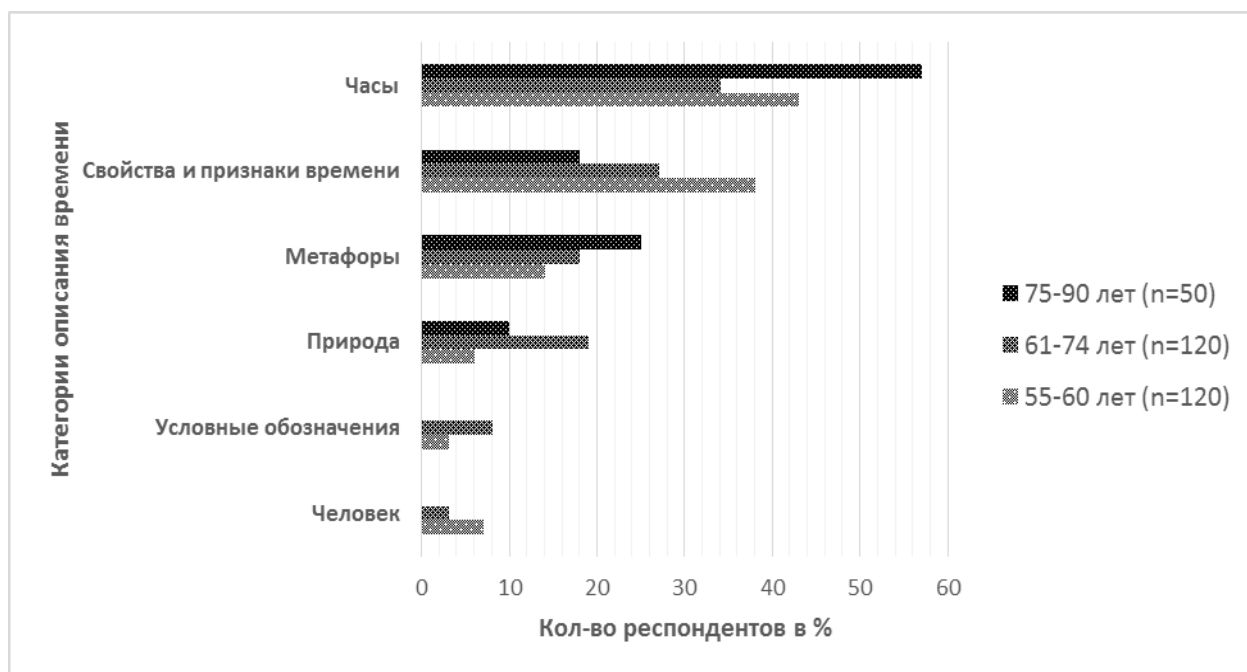


Рисунок 5. Невербальные репрезентации времени по категориям у респондентов трех возрастных групп

Большинство нарисованных респондентами циферблатов часов показывали статичное время (рис. 6). Иногда респонденты не расставляли стрелки и цифры на циферблате. Можно предположить, что у таких респондентов нет представлений о времени как о процессе изменения, но имеется тенденция остановить скорость течения времени.

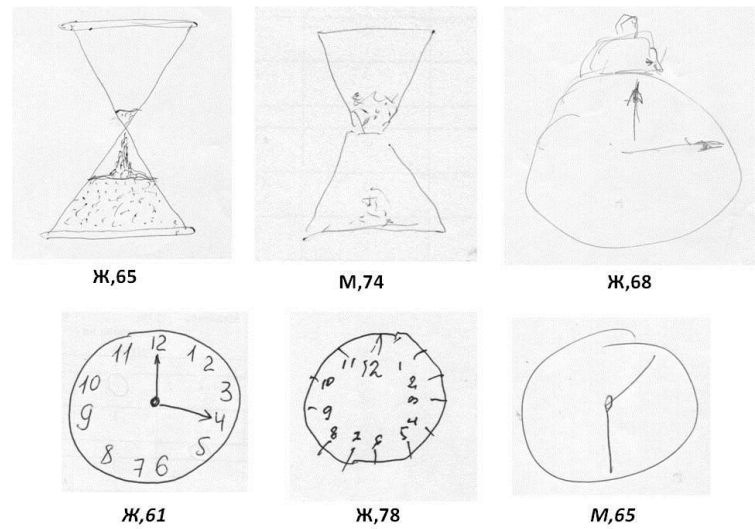


Рисунок 6. Невербальные репрезентации времени – часы  
 Примечание. Пол: ж – женский; м – мужской; далее – хронологический возраст.

В пожилом и старческом возрастах время представляется в конкретно-пространственных объектах. С другой стороны, время представляется и через его основные свойства, характеристики, пространственные параметры: движение, темп, изменение, направленность движения. Течение времени воспринимается дискретно. Такое свойство времени как бесконечность, было представлено с помощью знака бесконечности. Представления респондентов пожилого и старческого возраста о линейности, необратимости и направленности времени представлены на рисунке 7.

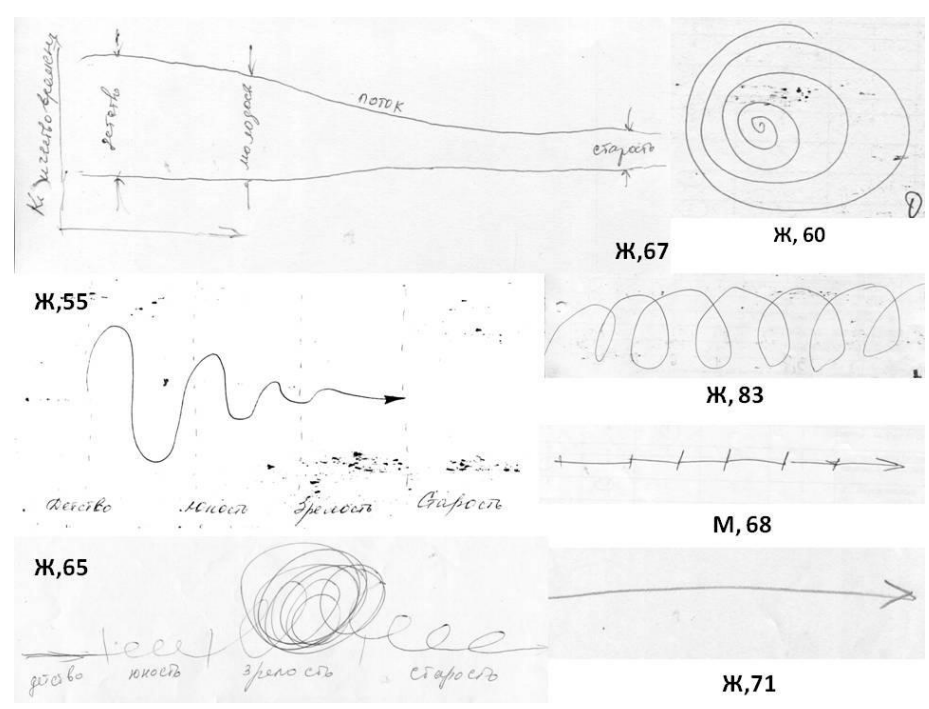


Рисунок 7. Невербальные репрезентации времени – свойства времени

Реже наблюдалось изображение времени в форме *природных явлений и элементов окружающего мира*. С помощью этих визуальных образов респонденты пожилого и старческого возрастов представляли время как *изменение, ход развития* (рис. 8).

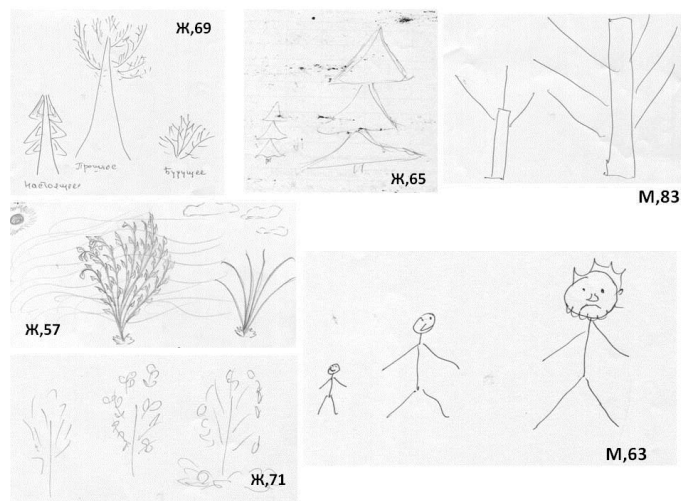


Рисунок 8. Невербальные репрезентации времени – ход развития

Присутствие в рисунках циклической модели понимания времени у респондентов пожилого и старческого возрастов можно объяснить данными А.Я. Гуревича [4], который показал, что время представлено в сознании посредством повторяемости, последовательности и предопределенности событий в природе.

В пожилом и старческом возрастах невербальные репрезентации времени чаще представлены в форме метафор, описывающих субъективную скорость течения времени, динамику отношения ко времени, а также временную ориентацию на прошлое, настоящее или будущее (рис. 9).

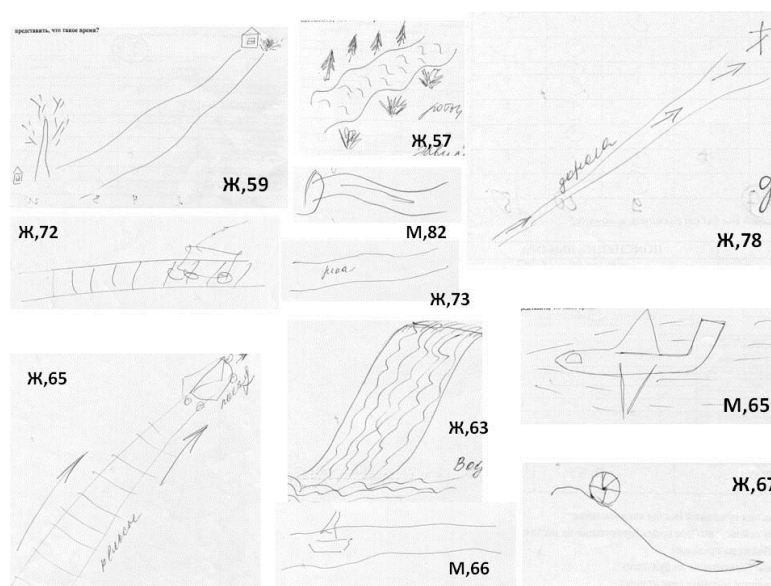


Рисунок 9. Невербальные репрезентации времени – метафоры отношения ко времени

Дополнительно нами был проведен анализ форм невербальных когнитивных репрезентаций времени у респондентов трех возрастных групп.

Субъективное невербальное семантическое поле значений времени в пожилом возрасте (55–60 и 61–74 лет) включало преобладание *ассоциативных значений*, то есть рисунков различных инструментов измерения времени (рис. 10).

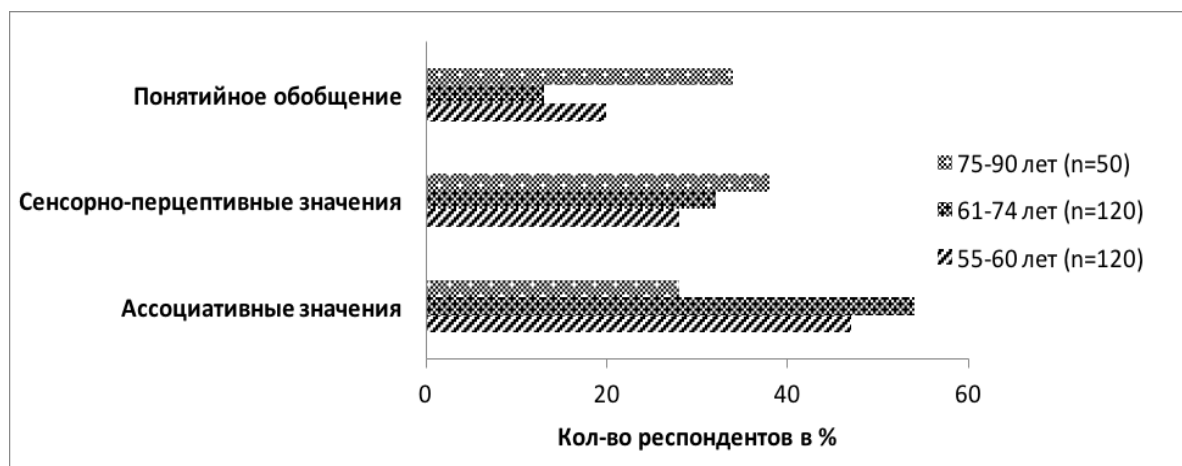


Рисунок 10. Виды невербальных когнитивных репрезентаций у респондентов трех возрастных групп

Наблюдались и *сенсорно-перцептивные значения*: изображение времени как вектора, потока, спирали, бесконечности, системы координат; изображение хода времени в форме капли, пунктирной линии. *Понятийные обобщения* в невербальных когнитивных репрезентациях времени у респондентов пожилого и старческого возрастов были представлены через *метафорические образы*.

### Обсуждение результатов

Каждому возрастному этапу развития человека присущи свои преобладающие формы когнитивных репрезентаций времени, отражающие отношение к нему, на что указывает в цикле своих исследований З.А. Киреева [5; 6; 7]. В проведенном нами исследовании показано, что в когнитивных вербальных репрезентациях времени у респондентов пожилого и старческого возрастов преобладают понятийные обобщения. Наблюдается описание времени как части жизни, что согласуется с исследованием З.А. Киреевой [7] и Е.В. Лебедевой [8]. Отношение ко времени в пожилом возрасте строится через призму своего жизненного пути. В этих когнитивных репрезентациях времени у респондентов сохраняется уверенность, что их жизнь имела, имеет и будет иметь смысл. В представлениях о времени проявляется осознание приближающейся смерти. Осознание смерти превращает человеческую жизнь в нечто серьезное, ответственное, в некоторое срочное обязательство, срок выполнения которого может истечь в любой момент [23]. Таким образом, осознание людьми конечности их жизни связано с экзистенциальной тревогой, которая изменяет течение времени и порождает мысли о непредсказуемости собственного будущего [29]. Тревога, связанная со смертью,

трансформируется в страх времени: пожилой человек испытывает серьезное давление времени (passage of time) [25]. Ценностный характер времени заключается в его ограниченности и необратимости. В связи с этим осознание приближающейся смерти наполняет жизнь пожилого человека значением, смыслом и ориентацией на настоящее время и в то же время ориентирует на планирование своего будущего [29].

Из полученных нами репрезентаций времени можно сделать вывод о том, что в пожилом и старческом возрастах время выступает одной из форм самоощущения, переживания и осознания собственного жизненного пути. Пожилой и старческий возрасты можно рассматривать как третий и четвертый пики в познании и переживании течения времени вследствие его давления или дефицита. Первый пик приходится на период 13–14 лет, второй – 26–40 лет (по данным З.А. Киреевой [7]). В пожилом и старческом возрастах время представляется через метафоры. Ряд исследований показывают, что большинство формулировок времени принимает форму метафор, потому что время представляет собой сложное явление [19; 31]. Дж. Лакоф и М. Джонсон считают, что метафора позволяет объяснить сложный объект в более подходящих для его описания терминах [27]. Согласно теории концептуализации метафор Дж. Лакофа и М. Джонсона (Conceptual metaphor theory), метафоры обеспечивают структуру временного опыта субъекта. Без метафорического структурирования человек не мог бы адекватно обобщить свой опыт и, следовательно, время [26]. Л. Бородински [21] и А. Авени [19] отмечают, что в описании времени можно наблюдать использование разнообразных метафор, и необходимо анализировать смысл этих метафор.

При описании времени часто используются житейские метафоры, которые могут многое сказать о способе восприятия времени человеком [24; 25; 27; 30; 31; 32]. Нами было показано, что некоторые респонденты пожилого и старческого возрастов при вербальном описании времени используют афоризмы, которые отражают их ироничное отношение к скорости течения времени. Стоит отметить, что эмоциональный фон полученных метафорических суждений о времени носит тревожный характер. Этот фон отражает ощущение быстротечности времени и переживания, связанные с ограниченностью, давлением времени. В пожилом возрасте изменяется отношение ко времени, и появляется темпобфия, то есть стремление «законсервировать», остановить быстрое течение времени [2; 30].

В когнитивных невербальных репрезентациях времени в пожилом и старческом возрастах преобладают ассоциативные значения понимания времени через образ часов, что подтверждает предположение о наличии глубинной «якорной» ассоциации «время – часы». Таким образом, в пожилом и старческом возрастах когнитивные репрезентации времени конкретны, целостны и преимущественно негативно эмоционально окрашены.

### Заключение

Результаты проведенного исследования позволили сделать следующие выводы.

- Когнитивные репрезентации времени позволяют глубже понимать особенности познания и переживания времени, а также специфику субъективного благополучия, психического состояния людей пожилого и старческого возрастов.
- Представления о времени у людей пожилого и старческого возрастов характеризуются описанием времени через призму жизненного пути, единиц измерения времени, а также метафорических образов, описывающих свойства и характер течения времени.
- Метафорические описания времени сопровождаются тревогой, связанной с изменениями в скорости течения времени и во временной перспективе будущего времени. Наблюдается стремление перенестись в прошлое время.
- Время в сознании человека пожилого возраста представляется как ограниченный ресурс, который сопровождается ощущением дефицита, давления и ускоренным субъективным течением времени.
- В пожилом и старческом возрастах время часто представляется через образ часов как универсального «якорного» и репрезентативного символа времени, а также через метафорические образы реки и дороги.
- Полученные когнитивные репрезентации времени можно рассматривать в качестве когнитивной основы убеждений, верований, внутренних стандартов, шаблонов поведения и мотивации к достижению целей у людей пожилого и старческого возрастов.

## Литература

1. Брудный А.А. Психологическая герменевтика. М.: Лабиринт, 1998. 335 с.
2. Бычков В.В. Эстетика: Учебник. М.: Гардарики, 2004. 556 с.
3. Веккер Л.М. Психологические процессы. Т. 1. Л.: Изд-во ЛГУ, 1981. 342 с.
4. Гуревич А.Я. Что есть время? // Вопросы литературы. 1968. № 11. с. 153.
5. Киреева З.А. Невербальные репрезентации времени // Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2013. Т. 30. №1. С.150–159.
6. Киреева З.А. Осознание времени в предпенсионном возрасте и старости// Вісник Харківського університету. Серія «Психологія». 2012. Т. 54. № 10. С.118–122.
7. Киреева З.А. Развитие сознания, детерминированного временем. Монография [Электронный ресурс]. Одесса, 2010. 380 с. URL: <http://liber.onu.edu.ua:8080/bitstream/123456789/3916/1/Razvitie%20soznaniya%20for%20print%2B.pdf> (дата обращения: 08.09.2016).



Мелёхин А.И., Киреева З.А. Специфика когнитивных репрезентаций времени в пожилом и старческом возрасте  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 3. С. 95–115.

Melehin, A.I., Kireieva, Z.A. The Specificity of the Cognitive Representations of Time in Elderly Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 3, pp. 95–115.

8. Лебедева Е.В. Особенности восприятия времени людьми пожилого и старческого возраста: дисс. ... канд. психол. наук. Екатеринбург, 2004. 185 с.
9. Левин О.С., Васенина Е.Е. Диагностика и лечение когнитивных нарушений и деменции. М: МЕДпресс-информ, 2015. 80 с.
10. Лурия А.Р. Основные проблемы нейролингвистики. М.: Либроком, 2009. 256 с.
11. Микеладзе Л.И. Восприятие времени при аффективных расстройствах в позднем возрасте: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2016. 196 с.
12. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. М.: Питер, 2012. 288 с.
13. Семенова М.Н. Ментальные репрезентации времени и пространства: дисс. ... канд. психол. наук. Екатеринбург, 2008. 214 с.
14. Серкин В.П. Опыт исследования субъективной семантики времени // Вестник МГУ. 1984. № 4. С.73–74.
15. Стрижицкая О.Ю. Самоотношение и временная транспектива личности в период поздней взрослости: дисс... канд. психол. наук. СПб, 2006. 221 с.
16. Сурнов К.Г., Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Часы как предмет культуры: попытка психологического анализа // Вопросы психологии. 2007. № 3. С. 99–111.
17. Толстых Н.Н. Хронотоп: культура и онтогенез. Смоленск, М.: Универсум, 2010. 320 с.
18. Чухловская М.Л. Деменция. Диагностика и лечение. СПб: Питер, 2010. 272 с.
19. Aveni A. Empires of time. Calendars, clocks and cultures. London: Tauris Parke Paperbacks. 2000. 384 p.
20. Block R.A., Zakay D. Hancock P.A. Human aging and duration judgments: a meta-analytic review. // Psychol Aging. 1998. Vol.13. №4. P. 584–596.
21. Boroditsky L. Metaphoric structuring, understanding time through spatial metaphors. // Cognition. 1999. Vol. 75. P. 1–28.
22. Harada C.N., Love M.C. Normal cognitive aging [Электронный ресурс] // Clin Geriatr Med. 2013. Vol. 29. № 4. P. 737–752. Doi: 10.1016/j.cger.2013.07.002 (дата обращения: 25.07.2016).
23. Carstensen L.L. The influence of a sense of time on human development [Электронный ресурс] // Science. 2006. Vol. 30. P. 1913–1915. Doi: 10.1126/science.1127488 (дата обращения: 01.09.2016).
24. Friedman W.J., Janssen S. Aging and the speed of time // Acta Psychologica. 2010. Vol. 134. № 2. P. 130–141.

25. *Hanoch L.* The concept of time in rehabilitation and psychosocial adaptation to chronic illness and disability part II [Электронный ресурс] // Rehabilitation counseling bulletin. 2013. Vol. 56. № 2. P. 71–84. doi: 10.1177/0034355212447878 (дата обращения: 01.09.2016).
26. *Knapp R.H., Garbutt J.T.* Time imagery and the achievement motive // Journal of Personality. 1958. Vol. 26. P. 426–434.
27. *Lakoff G., Johnson M.* Metaphors we live by. Chicago, IL: University Of Chicago Press, 1980. 256 p.
28. *Lin F., Roiland R.* Linking cognition and frailty in middle and old age: metabolic syndrome matters// Int J Geriatr Psychiatry. 2015. Vol. 30. № 1. P. 64–71.
29. *Quinn P.K., Reznikoff M.* The relationship between death anxiety and the subjective experience of time in the elderly // Int J Aging Hum Dev. 1985. Vol. 21. №3. P. 197–210.
30. *Rolf U.I., Rattat A.C.* The cognitive representation of time and duration // Procedia-social and behavioral sciences. 2014. Vol. 126. № 21. P. 21–23.
31. *Sobol-Kwapinska M., Oles P.K.* On measuring time metaphors // Psychological reports. 2007. Vol. 100. P. 244–246.
32. *Szelaga E., Skolimowska J.* Time perception in aging: age-related cognitive and temporal decline is reduced by intensive temporal training // Procedia-social and behavioral sciences. 2014. Vol. 126. № 21. P. 109–110.
33. *Evans V.* Language and time. New York: Cambridge University Press, 2013. 266 p.
34. *Wallach M.A., Green L.R.* On age and the subjective speed of time // Journal of Gerontology. 1961. Vol. 16. P. 71–74.

# The Specificity of the Cognitive Representations of Time in Elderly

**Melehin, A.I.,**

*clinical psychologist, Russian Clinical Research Center for Gerontology; post graduate student, Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, clinmelehin@yandex.ru*

**Kireieva, Z.A.,**

*Doctor of psychological Sciences, Professor, Department of General psychology and psychology of personality development, Odessa national University named after I.I. Mechnikov, Odessa, Ukraine, z.kireeva@gmail.com*

---

The article is devoted to research features of verbal and nonverbal cognitive representations of time as a component of the cognitive model of time perception in elderly and senile age. The basis of the relationship to time is a cognitive model of time perception, consisting of the cognitive representation of time. Cognitive model of time involved in the process of shaping a person's entire picture of the world and understanding their place in it. The results of the study allow us to describe the specifics of the knowing and experiencing of time. Representation of time in elderly and senile are characterized by the description of the time through the prism of the life, units of measuring time, as well as metaphorical images describing the properties and rate of flow of time. Time, in later ages represented as a finite resource that is accompanied by a feeling of scarcity, time pressure and accelerated subjective time.

**Keywords:** time, awareness of time, representation, cognitive representation of time, old age.

---

## References

1. Brudnyj, A.A. Psihologicheskaja germenevtika [Psychological Hermeneutics]. Moscow: Labirint, 1998, 335 p.
2. Bychkov, V.V. Jestetika [Aesthetics]. Moscow: Gardariki, 2004, 556 p.
3. Vekker, L.M. Psihologicheskie processy [Psychological Processes]. Leningrad: Publ. LGU, 1981, vol. 1, 342 p.
4. Gurevich, A.Ja. Chto est' vremja? [What Is the Time?]. *Voprosy literatury [Questions of Literature]*, 1968, no. 11, pp. 153–161.

5. Kireeva, Z.A. Neverbal'nye reprezentacii vremeni [Non-Verbal Representation of Time]. *Teoretichni i prikladni problemi psihologii [Theoretical and Applied Problems of Psychology]*, 2013, vol. 30, no. 1, pp.150–159.
6. Kireeva, Z.A. Osoznanie vremeni v predpensionnom vozraste i starosti [Awareness of Time in Pre-Retirement Age and Old Age]. *Visnik Harkivs'kogo universitetu. Serija «Psihologija» [Bulletin of Kharkiv University. Series "Psychology"]*, 2012, vol. 54, no. 10, pp. 118–122.
7. Kireeva, Z.A. Razvitie soznaniya, determinirovannogo vremenem. Monografija [The Development of Consciousness, Deterministic Time. Monograph]. Odessa, 2010, 380 p. URL: <http://liber.onu.edu.ua:8080/bitstream/123456789/3916/1/Razvitie%20soznaniya%20for%20print%2B.pdf> (Accessed: 08.09.2016).
8. Lebedeva, E.V. Osobennosti vospriyatija vremeni ljud'mi pozhilogo i starcheskogo vozrasta: diss. kand. psihol. nauk. [Features of Time Perception of Elderly People. Phd Thesis]. Ekaterinburg, 2004, 185 p.
9. Levin, O.S., Vasenina, E.E. Diagnostika i lechenie kognitivnyh narushenij i demencii [Diagnosis and Treatment of Cognitive Impairment and Dementia]. Moscow: MEDpress-inform, 2015, 80 p.
10. Lurija, A.R. Osnovnye problemy nejrolingvistiki [The Main Problems of Neurolinguistics]. Moscow: Librokom, 2009, 256 p.
11. Mikeladze, L.I. Vospriyatie vremeni pri affektivnyh rasstrojstvah v pozdnem vozraste: diss. ... kand. psihol. Nauk [Time Perception in Affective Disorders in Later Life. Phd Thesis]. Moscow, 2016, 196 p.
12. Rubinshtejn, S.L. Bytie i soznanie [Being and Consciousness]. Moscow: Piter, 2012, 288 p.
13. Semenova, M.N. Mental'nye reprezentacii vremeni i prostranstva: diss. ... kand. psihol. nauk [The Mental Representation of Time and Space. Phd Thesis]. Ekaterinburg, 2008, 214 p.
14. Serkin, V.P. Opyt issledovanija subektivnoj semantiki vremeni [Previous Studies of Subjective Semantics Time]. *Vestnik MGU [Bulletin of MGU]*, 1984, s.14, no. 4, pp. 73–74.
15. Strizhickaja, O.Ju. Samootnoshenie i vremennaja transspektiva lichnosti v period pozdnej vzroslosti: diss. ... kand. psihol. nauk [Self-identity and a Temporary Perspective during Late Adulthood. Phd Thesis]. Saint-Petersburg, 2006, 221 p.
16. Surnov, K.G., Balashova, E.Ju., Kovjazina, M.S. Chasy kak predmet kul'tury: popytka psihologicheskogo analiza [Watch as the Subject of Culture: an Attempt of Psychological Analysis]. *Voprosy psihologii [Questions of Psychology]*, 2007, no. 3, pp. 99–111.
17. Tolstyh, N.N. Hronotop: kul'tura i ontogenez [Chronotope: Culture and Ontogenesis]. Moscow: Universum, 2010, 320 p.

18. Chuhlovskaja, M.L. Demencija. Diagnostika i lechenie [Dementia. Diagnosis and Treatment]. Saint-Petersburg: Piter, 2010, 272 p.
19. Aveni, A. Empires of time. Calendars, clocks and cultures. London: Tauris Parke Paperbacks, 2000, 384 p.
20. Block, R.A., Zakay, D. Hancock, P.A. Human Aging and Duration Judgments: a Meta-Analytic Review. *Psychol. Aging*, 1998, vol. 13, № 4, pp. 584–596.
21. Boroditsky, L. Metaphoric Structuring, Understanding Time through Spatial Metaphors. *Cognition*, 1999, vol. 75, pp. 1–28.
22. Harada, C.N., Love, M.C. Normal Cognitive Aging [Web source]. *Clin Geriatr Med*, 2013, vol. 29, no. 4, pp. 737–752. Doi: 10.1016/j.cger.2013.07.002 (Accessed: 25.07.2016).
23. Carstensen, L.L. The Influence of a Sense of Time on Human Development [Web source]. *Science*, 2006, vol. 30, pp. 1913–1915. Doi: 10.1126/science.1127488 (Accessed: 01.09.2016).
24. Friedman, W.J., Janssen, S. Aging and the Speed of Time. *Acta Psychologica*, 2010, vol. 134, no. 2, pp. 130–141.
25. Hanoch, L. The Concept of Time in Rehabilitation and Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability Part II [Web source]. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 2013, vol. 56, no. 2, pp. 71–84. Doi: 10.1177/0034355212447878 (Accessed: 01.09.2016).
26. Knapp, R.H., Garbutt, J.T. Time Imagery and the Achievement Motive. *Journal of Personality*, 1958, vol. 26, pp. 426–434.
27. Lakoff, G., Johnson, M. *Metaphors We Live by*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1980, 256 p.
28. Lin, F., Roiland, R. Linking Cognition and Frailty in Middle and Old Age: Metabolic Syndrome Matters. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2015, vol. 30, no. 1, pp. 64–71. Doi: 10.1002/gps.4115.
29. Quinn, P.K., Reznikoff, M. The relationship between death anxiety and the subjective experience of time in the elderly. *Int J Aging Hum Dev*, 1985, vol. 21, no. 3, pp.197–210.
30. Rolf, U.I., Rattat, A.-C. The Cognitive Representation of Time and Duration. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2014, vol. 126, no. 21, pp. 21–23.
31. Sobol-Kwapinska, M., Oles, P.K. On Measuring Time Metaphors. *Psychological Reports*, 2007, vol. 100, pp. 244–246.
32. Szelaga, E., Skolimowska, J. Time Perception in Aging: Age-related Cognitive and Temporal Decline is Reduced by Intensive Temporal Training. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2014, vol. 126, no. 21, pp. 109–110.

33. Evans, V. *Language and Time*. New York: Cambridge University Press, 2013, 266 p.
34. Wallach, M.A., Green, L.R. On Age and the Subjective Speed of Time. *Journal of Gerontology*, 1961, vol. 16, pp. 71–74.
- 35.
36. Samsonova, E.V. Podgotovka kadrov dlia inkluzivnogo obrazovaniia [Preparing Staff for Inclusive Education]. *Spravochnik rukovoditel'ia doskol'nogo uchrezhdeniia [Reference Manager Preschool]*, 2014, no. 1, pp. 45–47.
37. Samsonova, E.V. Otsenka professional'nykh kompetentsii vospitatelei detskikh sadov, realizuiushchikh inkluzivnuiu praktiku [Assessment of Professional Competence Kindergarten Implementing Inclusive Practices] / S.V. Alekhina (ed.). *Sbornik materialov II Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii [The Collection of Materials of the II International Scientific-Practical Conference]*. Moscow: Buki Vedi, 2013, 712 p.
38. Cagran, B., Schmidt, M. Attitudes of Slovene Teachers Towards the Inclusion of Pupils with Different Types of Special Needs in Primary School. *Educational Studies*, 2011, vol. 37, no. 2 pp. 171–195.
39. Florian, L., Linklater, H. Preparing Teachers for Inclusive Education: Using Inclusive Pedagogy to Enhance Teaching and Learning for All. *Cambridge Journal of Education*, 2010, vol. 40, no. 4, pp. 369–386.

# Границы Я и психологическое благополучие детей 2–10 лет<sup>1</sup>

**Силина О.В.,**

*магистр психологии, психолог МОУ «Гимназия», Переславль-Залесский, Россия, otela333@yandex.ru*

В статье рассматривается феномен психологического здоровья через такие интегративные понятия как «психологическое благополучие» и «границы Я». Теоретический анализ показывает оппозиционный характер изучаемых понятий. Границы Я обеспечивают контакты с окружающим миром, в то время как психологическое благополучие является ресурсным состоянием, позволяющим сохранить стабильность внешней среды и собственной личности. Целью исследования стало выявление статистически значимых взаимосвязей между благополучием и психологическими границами. Контроль и регуляция границ Я обратно взаимосвязаны с психологическим благополучием, что можно объяснить следующим образом: границы Я в своем феноменологическом смысле предполагают присутствие другого человека с его желаниями и потребностями, которые могут быть диаметрально противоположными; психологическое благополучие, напротив, предполагает отсутствие жестких правил и необходимость следовать требованиям. Способы защиты границ Я (помощь взрослого и использование речи) и психологическое благополучие положительно коррелируют друг с другом. Практический смысл исследования состоит в подтверждении тезиса о том, что ребенку необходимы личное время и пространство, которые бы принимались и охранялись взрослыми. Таким образом, поддержание психологического здоровья в детском возрасте предполагает баланс между взаимоотношениями с окружающей средой и в то же время возможность уединения.

**Ключевые слова:** психологическое здоровье, психологическое благополучие, границы Я, контроль, регуляция, способы защиты границ Я.

## Для цитаты:

Силина О.В. Границы Я и психологическое благополучие детей 2–10 лет [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 3. С. 116–129. doi: 10.17759/psyclin.2016050308

<sup>1</sup> Работа выполнена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (проект №16-06-00239).

**For citation:**

Silina, O.V. The "I" Boundaries and the Psychological Well-Being of Children Aged 2–10 Years Old [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 3, pp. 116–129. doi: 10.17759/psycljn.2016050308 (In Russ., abstr. in Engl.)

**Введение**

Важным аспектом современной жизни человека является его психологическое здоровье, которое позволяет успешно решать возникающие задачи и сохранять оптимальный уровень жизнедеятельности. О.В. Хухлаева определяет психологическое здоровье как «динамическую совокупность психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества и являющихся предпосылкой ориентации индивида на выполнение своей жизненной задачи, самоактуализацию» [13, с. 12]. В.Э. Пахальян говорит о том, что психологическое здоровье – это «динамическое состояние внутреннего благополучия (согласованности), которое позволяет человеку актуализировать свои индивидуальные и возрастно-психологические возможности на любом этапе» [11, с. 30]. Приведенные определения затрагивают два интегральных феномена – границы Я как обеспечение контакта с окружающим миром, а также психологическое благополучие как ресурсное состояние, позволяющее сохранить стабильность внешней среды и собственной личности. Исходя из вышесказанного, психологическое здоровье можно определить, как некую динамическую совокупность свойств человека, обеспечивающих полноценное его существование за счет внутренней и внешней гармонии. Таким образом, **целью** нашего исследования является ответ на вопрос: связаны ли между собой границы Я и психологическое благополучие личности, обеспечивающие достаточный уровень психологического здоровья?

Обратимся к **методологическим основам** нашего исследования. Теоретическое обоснование психологического благополучия заложили исследования Н. Брэдбурна, который ввел данное понятие в науку и определил его как субъективное ощущение счастья и общую удовлетворенность жизнью. Подчеркивая, что существуют некоторые взаимосвязи между психологическим благополучием и самоактуализацией, самооценкой, силой эго и автономией, он все-таки разводил эти понятия. Н. Брэдбурн предложил модель изучаемого феномена, в которой механизм психологического благополучия объяснялся балансом между постоянным взаимодействием двух видов аффекта – позитивного и негативного. Таким образом, разница между ними является показателем психологического благополучия и отражает общее ощущение удовлетворенности жизнью [2].

Наибольшей популярностью в настоящее время пользуется теория психологического благополучия К. Рифф [4]. Она пересматривает взгляд Н. Брэдбурна на психологическое благополучие как на баланс между позитивным и негативными аффектами и создает собственную теорию, в основу которой легли основные концепции, так или иначе связанные с понятием психологического



благополучия и относящиеся к проблеме позитивного психологического функционирования (А. Маслоу, К. Роджерса, Г. Олпорта, К.Г. Юнга, Э. Эриксона, Ш. Бюлер, Б. Ньюгартена, М. Яходы, Д. Биррена) [12]. В результате аналитической работы ею были выделены шесть компонентов психологического благополучия.

1. *Самопринятие* отражает позитивную самооценку себя и своей жизни в целом, осознание и принятие не только своих положительных качеств, но и недостатков.
2. *Позитивные отношения с окружающими* интерпретируется как умение сопереживать и как способность быть открытым для общения, а также как наличие навыков, помогающих устанавливать и поддерживать контакты с другими людьми. Данный компонент, кроме того, включает в себя желание быть гибким во взаимодействии с окружающими, умение прийти к компромиссу.
3. *Автономия* сводится к способности быть независимым, к возможности противопоставить свое мнение мнению большинства; к нестандартности мышления и поведения; к оценке себя исходя из собственных предпочтений.
4. *Управление окружающей средой* подразумевает наличие качеств, которые обуславливают успешное овладение различными видами деятельности, способность добиваться желаемого, преодолевать трудности на пути реализации собственных целей.
5. *Цель в жизни* – компонент, сопряженный с чувством осмысленности существования, ощущением ценности того, что было в прошлом, происходит в настоящем и будет происходить в будущем.
6. *Личностный рост* раскрывает стремление развиваться, учиться и воспринимать новое, а также наличие ощущения собственного прогресса.

Краткий анализ сущности психологического благополучия позволяет сделать предположение о том, что оно есть равновесие между собственными стремлениями личности и возникающими требованиями среды.

Обратимся к теоретическому обзору феномена границ Я. По словам А.Ф. Лосева, «личность есть максимально конкретное, максимально реальное, очевиднейшее и выразительнейшее. Личность и общество, личное и социальное бытие вмещает в себя и логически-идеальное бытие, и физически-материальное, и животное-органическое, и индивидуально-психологическое» [цит. по 6, с. 48]. Однако это определение не сводит личность к сумме указанных частей: личность представляет собой уникальную категорию, синтезирующую все перечисленные компоненты и проявляющуюся в максимальной наполненности бытия. Для детского возраста это особенно актуально, так как одна из задач этого периода – выделение себя из среды, понимание и принятие собственных границ Я, а также установление устойчивых отношений с окружающим миром. Другой заслуживающей внимания особенностью детства являются каждодневные изменения – как физиологические (рост, развитие

ловкости, скорости, меткости и прочие), так и психологические (совершенствование навыков общения, приобретение нового жизненного опыта и другие). Следуя этой логике, ребенку приходится каждый день изучать свои особенности и заново устанавливать границы себя. Как отмечал М. Фуко, человек «...занимает то место, которое от него ускользает» [цит. по 6, с. 49]. Ребенок находится в неопределенности каждый день и каждую минуту, что делает понимание границ Я весьма актуальным знанием [6]. Практики в области психологии подчеркивают значимость стабильности и понятности внешнего мира для детей как факторов, поддерживающих благополучие [3]. Границы Я выступают как «точка зрения самой жизни» [цит. по 6, с. 53], вмещающая в себя пересечение разных сторон бытия (от материальной до мировоззрения другого человека) и способствующая расширению горизонта сознания, развитию личности.

Подытоживая вышесказанное, отметим, что психологическое здоровье представляет собой динамическую систему, поддерживаемую, с одной стороны, психологическим благополучием, а с другой – психологическими границами личности. Можно отметить следующие моменты: психологическое благополучие подразумевает стабильность, в то время как границы Я предполагают выход за пределы себя, собственного мира. Таким образом, психологическое здоровье личности балансирует между двумя крайними позициями: уединенности и вовлеченности в социальную жизнь. Однако это положение нуждается в эмпирическом изучении и имеет важный практический смысл для детской психологии.

Теоретический анализ дает возможность предположить, что взаимосвязи двух феноменов – границ Я и психологического благополучия – действительно существуют. Мы предприняли эмпирическое исследование, чтобы проверить нашу теоретическую гипотезу о том, что у детей 2–10 лет психологическое благополучие и границы Я взаимосвязаны, а также чтобы проинтерпретировать возможные взаимосвязи.

### **Методы и материалы исследования**

Эмпирическое исследование проводилось на базе гимназии «Виктория» Московской области на протяжении трех лет (2009–2012 гг.). Психологические границы исследовались при помощи качественного метода (чтения сказки «Три медведя», «Мой дом» и «Пирог») [10; 12]. Единицей статистической обработки данных стала трансакция, или акт взаимодействия между детьми. Уровень психологического благополучия оценивался посредством прямых вопросов родителям и воспитателям или учителям (например, «Оцените уровень благополучия вашего ребенка по пятибалльной шкале, где 1 – отсутствие благополучия, а 5 – полнейшее благополучие»). Далее вычислялся средний балл, который был принят нами как показатель психологического благополучия (1-2 – дети группы риска 3-4 – средний уровень благополучия, 5 – ярко выраженное благополучие). В результате дети группы риска по уровню психологического благополучия составили 21% от общего числа респондентов, дети со средним

уровнем ощущения благополучия – 68%, а дети с выраженным психологическим благополучием – 11%.

Наблюдения показывают, что имеются серьезные различия между психологически благополучными и неблагополучными детьми. Например, в конфликтных ситуациях у детей группы риска наиболее типичные реакции – уход или же открытая агрессия. Так, мальчик Т., 6 лет, в любой проблемной ситуации (толкнули, не получилось выполнить задание) обвинял других в случившемся, пронзительно кричал и бросался на реального или мнимого обидчика. Другой пример: девочка Ю., 10 лет, в конфликтной ситуации замыкалась, терялась, не могла закончить начатую фразу, покидала место происшествия.

Поведение и отношения благополучных детей зависят от многих факторов: настроения, условий ситуации, окружения и других. Отметим, что психологически неблагополучные дети не меняли своего поведения после замечаний, обучение новым формам поведения происходило с большим трудом, чувство стыда или неловкости, как правило, не возникало, а основная особенность поступка состояла в его определенности, предсказуемости. Такие отношение и поведение не были предусмотрены правилами и нормами, но закрепились у ребенка как единственно возможный выход из любой конфликтной ситуации. Благополучные дети, напротив, легко усваивали новые способы отношений, учитывали мнения окружающих, испытывали чувства неловкости и стыда. В одной и той же ситуации (например, толкнули) благополучные дети пытались найти различные варианты ее решения (попросить помощи у старшего, уйти, обговорить эту ситуацию с обидчиком, толкнуть в ответ), то есть главные критерии поведения в данном случае – новизна и непредсказуемость поступка. Безусловно, данные закономерности применимы к детям в возрасте от 5-6 лет: до этого момента защитная реакция у большинства детей подчиняется принципу «бей или беги». Группа детей со средним уровнем благополучия демонстрировала реакции в конфликте аналогичные реакциям из двух других групп: как гибкие стратегии, так и ригидные. Основная особенность детей данной группы заключалась в том, что уязвимые для ребенка темы (внешность, наличие или отсутствие ценных предметов и другие) актуализировали ригидные установки; в ситуации, которая не затрагивала значимые для ребенка вопросы, отмечалась гибкость поведения. Сила эмоций и переключение с одной формы реагирования на другую у детей данной группы требовали бóльшего количества времени, нежели у полностью благополучных детей. Анализируя перечисленные выше наблюдения, мы можем подвести итог: главное различие между психологически благополучными и неблагополучными детьми на уровне наблюдений состоит в *способности к развитию*.

Как мы упоминали в теоретическом обзоре, одна из функций психологических границ – поддержание благополучия личности. Нами был проведен корреляционный анализ с применением непараметрического критерия (коэффициент Спирмена), что оправдано объемом выборки (N=46) и использованием ранговой шкалы при оценке выраженности признака. Целью

исследования является выявление значимых взаимосвязей между двумя феноменами, что обладает несомненной прогностической ценностью для развития эмпирической личности. Обратимся к таблице 1, в которой показаны значимые взаимосвязи между компонентами границ Я и уровнем благополучия ребенка.

Границы Я описывались следующими характеристиками: регуляция, контроль, чувство/понимание, активность и способы защиты [12; 10]. Каждая характеристика была проранжирована экспертами по пятибалльной шкале (где 1 – способность не выражена, а 5 – ярко проявляется).

Таблица 1

**Взаимосвязь компонентов границ Я  
и психологического благополучия (N=46)**

Компоненты границ Я	Проявления границ Я	Психологическое благополучие	
		Коэффициент корреляции	Знч. (2-сторон)
Способы защиты границ Я	Использование помощи взрослого при защите границ Я	0,338*	0,021
	Совпадение декларируемого и демонстрируемого поведения при защите границ Я	-0,457**	0,001
	Физические – вербальные способы защиты границ Я	0,336*	0,022
	Конструктивность способов защиты границ Я	-0,479**	0,001
	Социальное одобрение способов защиты границ Я	-0,323*	0,029
Регуляция границ Я	Гибкость границ Я в процессе их регуляции	-0,472**	0,001
	Инициация нарушения границ Я другого человека	-0,308*	0,038
Контроль границ Я	Границы Я проницаемы	-0,419**	0,004
	Константность границ Я как способность удерживать границы Я во время конфликта в неизменном состоянии	-0,476**	0,001

*Примечание.* Представлены только значимые корреляционные взаимосвязи. \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ .

Перейдем к анализу полученных результатов. Сразу же бросается в глаза отсутствие взаимосвязей между психологическим благополучием и такими компонентами как активность и чувство/понимание границ Я. Это интересный факт, который позволяет предположить, что уединение и приватность несут для детей ресурсные функции, позволяющие наслаждаться жизнью и испытывать положительные эмоции [9]. Данный вывод обладает огромной практической ценностью, так как показывает возможный способ восстановления и интеграции детской личности. Психологическое благополучие – это состояние, не зависящее от присутствия другого субъекта взаимодействия, который тем не менее необходим для развития и становления границ Я. Выявление взаимосвязей между рассматриваемыми эмпирическими конструктами поможет ответить на вопрос о «золотой середине» между степенью вовлеченности в социальную жизнь и стремлением к уединению и приватности у ребенка. Таким образом, можно предположить, что психологическое благополучие и границы Я являются антагонистическими феноменами, так как в основе понимания психологических границ лежат столкновение, конфликт, противостояние; в основе благополучия – отсутствие негативных импульсов. Парадокс благополучия заключается в том, что оно достигается через усилия и трудности, так как любое развитие и изменения несут в себе достаточно негативного опыта и стрессовых ситуаций. Здесь же возникает вопрос о том, каким образом сохраняется чувство Я и почему не происходит постоянного разрушения личности. Вероятно, за счет психологических границ, которые позволяют адаптироваться к новым условиям.

Однако проведенный статистический анализ показывает, что некоторые взаимосвязи все же имеются. Выяснилось, что психологическое благополучие коррелирует с такими компонентами психологических границ, как способы защиты границ Я и способность к регуляции и контролю. Проанализируем взаимосвязь между регуляцией границ Я и психологическим благополучием. Феноменологический смысл регуляции психологических границ состоит в способности изменения пространственной составляющей границ Я, обеспечивающей взаимодействие с окружающей средой. Психологическое благополучие в детском возрасте проявляется в ощущениях собственной «уместности», счастья и свободы выбора (деятельности, места пребывания и прочего). Обратим внимание на отрицательный характер этих связей, что представляется нам интересным и требует более пристального изучения. На данный момент прокомментировать выявленную взаимосвязь можно следующим образом. Как мы уже обсуждали, психологическое благополучие – это некий конечный итог действия различных сил (особенностей личности, ситуации общения); границы Я – это момент самого взаимодействия, столкновения. Таким образом, данная взаимосвязь отражает динамическую сторону соотношения изучаемых феноменов: чем интенсивнее процесс общения и взаимодействия, тем сильнее гипотетический риск снижения уровня психологического благополучия. Компоненты регуляции границ Я (гибкость и выход за пределы установленных границ) отрицательно коррелируют с психологическим благополучием ( $p \leq 0,05$ ), что говорит о том, что стабильность границ Я и отсутствие необходимости предпринимать какие-либо действия по решению задач взаимодействия с внешним миром формируют

ощущение благополучия. У детей дошкольного и младшего школьного возраста благополучие связано со стабильностью ситуации, уединенностью или отношениями в паре (85% наблюдений). Однако есть дети (15% выборки), у которых регуляция границ Я обладает рядом особенностей (инертностью, жесткостью, ригидностью или, напротив, подвижностью, подчиняемостью любому средовому воздействию). Ощущение благополучия для таких детей находится в диаметрально противоположных плоскостях – от аутоподобного состояния (изоляция в замкнутом пространстве, отсутствие реакции у детей на внешние воздействия) до чрезмерно активного, шумного, хаотичного поведения и подвижных игр без выраженных правил. Основной вывод, который можно сделать на основе этих наблюдений, следующий: в переживании благополучия у детей превалирует эмоциональная составляющая – субъективное ощущение счастья и радости. Регуляция границ предполагает некоторое осознание ситуации, собственного состояния, задействования когнитивных процессов. Дети ощущают благополучие как полное отсутствие конфликта, не чувствуя границ Я, которые феноменологически предполагают напряжение. Проиллюстрировать это можно следующей ситуацией. Девочка А., 8 лет, тревожная, застенчивая, с трудом идет на контакт; крайне негативно относится к тому, что другие дети берут ее вещи; пытается защищать свое пространство; на любое замечание одноклассников реагирует агрессивно («они должны знать, что меня не так-то просто задеть, а обижать меня запрещается») и продолжительно. На вопрос психолога, когда она ощущает собственное благополучие, А. отвечает, что «только перед сном, когда ее никто не трогает». Мальчик М., 6 лет, активный, подвижный, постоянно ищет соперника, «чтобы силами померяться»; во время спокойных и тихих занятий испытывает скуку, недовольство. Драки, шумные подвижные игры без правил – это его стихия, счастье и благополучие «написаны на лице». Таким образом, отсутствие необходимости подстраиваться под ситуацию повышает психологическое благополучие ребенка.

Следующий компонент границ Я – контроль, который понимается как способность к сохранению статичных границ Я, обеспечивающая сохранность чувства Я. Если обратиться к статистической обработке, то мы видим, что значимость корреляций между контролем границ Я и психологическим благополучием высоко достоверна ( $p \leq 0,01$ ), однако взаимосвязь снова отрицательная. Контроль границ Я изначально предполагает стрессовую, нестабильную, конфликтную ситуацию, где существует угроза благополучию ребенка. Эта связь имеет важное практическое значение: для поддержания психологического благополучия необходима безопасная ситуация, которая не требует контроля границ Я от внешних воздействий.

Обратимся к взаимосвязи между психологическим благополучием и способами защиты границ Я, которые определяются как конкретные маркеры, отделяющие психологические пространства субъектов взаимодействия. Результаты демонстрируют наличие достоверных ( $p \leq 0,05$ ) отрицательных связей между совпадением декларируемого и демонстрируемого поведения при защите границ Я, конструктивностью способов защиты границ Я и социально одобряемыми

способами защиты границ Я. Данные компоненты границ Я содержательно раскрывают меру адекватности поведения (аутентичность и в то же время ориентация поведения на систему социальных норм и правил). Однако специфика детского возраста заключается в примате «Я хочу» над «Я должен». Поэтому мы видим следующую картину: психологическое благополучие ребенка взаимосвязано с возможностью не соблюдать нормы и правила поведения, а действовать в соответствии со своими интересами, то есть солипсическое мировоззрение ребенка позволяет ему ощущать себя удовлетворенным жизнью (мальчик А., 8 лет: «Мне все говорят: “детство – это такое счастливое время”. Но все командуют: делай так, делай так, а я не хочу, хочу по-другому, а как я хочу – нельзя. Разве детство – это счастье?»). Вероятно, это объясняет, почему многие дети видят удовлетворенность жизнью и счастье в уединенности или же, напротив, в шумных играх без правил (то есть в крайних состояниях): не нужно соответствовать требованиям общества, защищать границы Я, противопоставлять себя другим. Этот вывод может быть подспорьем при решении воспитательной задачи: как сохранить самость ребенка с учетом требований общества.

Статистический анализ также позволяет говорить о том, что существуют значимые положительные взаимосвязи ( $p \leq 0,05$ ) между психологическим благополучием и использованием помощи взрослого при защите границ Я, а также физическим или вербальным способами защиты границ Я. Значимость взрослого как носителя социокультурных норм и речи в качестве наиболее эффективного метода отстоять свои желания и намерения – важные ориентиры в практической работе. Наличие авторитетного взрослого как гаранта чувства безопасности и надежности, а также достаточный уровень развития вербальных умений можно рассматривать как механизмы формирования психологического благополучия ребенка. На вопрос психолога о том, как стать благополучным, счастливым и довольным человеком, дети (с 5 лет) отвечали: «нужно быть добрым, хорошо и спокойно со всеми разговаривать, не кричать и не драться». Далее был задан вопрос: «кто так обычно себя ведет?» Дети отвечали, что кто-то старший, взрослый. На вопрос «бываешь ли ты таким?» большинство опрошенных отвечали, что да, бывают, когда их никто не обижает, не задевает, не раздражает. Таким образом, возникает интересный парадокс детского восприятия мира: благополучным и счастливым можно быть только в будущем, когда вырастешь.

Итак, мы рассмотрели основные взаимосвязи между двумя интегральными феноменами – границами Я и психологическим благополучием у детей 2–10 лет. Были выявлены взаимозависимости между психологическим благополучием и такими компонентами границ Я, как контроль, регуляция и способы защиты. В нашем исследовании феномен благополучия понимается детьми, а также подтверждается эмпирически как некая зона комфорта, существующая либо в состоянии уединенности, либо, напротив – в окружении большого количества людей при полном отсутствии правил взаимодействия. Контроль и регуляция границ Я отрицательно взаимосвязаны с психологическим благополучием, что, предположительно, указывает на то, что эти два феномена находятся в оппозиционных отношениях: границы Я в своем феноменологическом смысле

предполагают присутствие другого человека с его желаниями и потребностями, которые могут быть диаметрально противоположными; в то время как психологическое благополучие предполагает отсутствие жестких правил и необходимости следовать требованиям. Однако есть моменты, которые сближают эти явления субъективной жизни человека: присутствие взрослого и речь как средство коммуникации являются важными условиями развития обоих феноменов. Психологическое благополучие в детском возрасте предстает перед нами как ситуация, исключающая необходимость учета позиции другого человека. Возможно, это продиктовано спецификой детского возраста и обилием воспитательных воздействий, направленных на формирование личности. Практический смысл нашего исследования состоит в подтверждении тезиса о том, что ребенку необходимы личное время и пространство, которые бы принимались и охранялись взрослыми [5; 7: 8]. Таким образом, поддержание психологического здоровья в детском возрасте предполагает баланс между взаимоотношениями с окружающей средой и в то же время возможность уединения.

## Литература

1. Бессонова Ю.В. О структуре психологического благополучия // Психологическое благополучие личности в современном образовательном пространстве: сб. статей / сост. Ю.В. Братчикова. Екатеринбург: изд-во Уральского гос. пед. ун-та. 2013. С. 30–35.
2. Бондаренко М.В. Теоретические подходы к пониманию психологического благополучия личности // Молодежь и наука: материалы VI Всерос. науч.-техн. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых / отв. ред. О.А. Краев. Красноярск. 2011. URL: [http://conf.sfu-kras.ru/sites/mn2010/pdf/15/601\\_1.pdf](http://conf.sfu-kras.ru/sites/mn2010/pdf/15/601_1.pdf) (дата обращения: 12.06.2016).
3. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? М.: ЧеРо, Сфера, 2005. 240 с.
4. Жуковская Л.В., Трошихина Е.Г. Шкала психологического благополучия К. Рифф // Психологический журнал. 2011. Т. 32. №. 2. С. 82–93.
5. Ктениду М.Д. Потребность личности в приватности в различные возрастные периоды и влияние на нее окружающей среды // Материалы всероссийской научно-практической конференции «Человек. Сообщество. Управление: взгляд молодого исследователя (Психология)» / отв. ред. С.Д. Некрасов, Е.В. Улько. Краснодар: изд-во КубГУ, 2008. С. 53–55.
6. Куликова Т.В. Феномен границы // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2010. №. 6. С. 381–387.
7. Нартова-Бочавер С.К. Понятие «психологическое пространство личности»: обоснование и прикладное значение // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 6. С. 27–36.



8. *Нартова-Бочавер С.К.* Развитие жизненного пространства ребенка в онтогенезе // Материалы научно-практической конференции «Стратегия дошкольного образования в XXI веке: проблемы и перспективы». Москва: МПГУ, 2001. С. 280.
9. *Нартова-Бочавер С.К.* Теория приватности как направление зарубежной психологии // Психологический журнал. 2006. Т. 27. №. 5. С. 28–39.
10. *Нартова-Бочавер С.К., Силина О.В.* Динамика развития психологических границ на протяжении детства // Актуальные проблемы психологического знания. 2014. №. 3. С. 13–28.
11. *Пахальян В.Э.* Развитие и психологическое здоровье. СПб: Питер, 2006. 237 с.
12. *Силина О.В.* Границы Я в раннем, дошкольном и младшем школьном возрасте. Дисс. ... магистра. М.: МГППУ, 2012. 150 с.
13. *Хухлаева О.В., Хухлаев О.Е., Первушин И.М.* Тропинка к своему Я: как сохранить психологическое здоровье дошкольников. М.: Генезис. 2004. 175 с.

# The "I" Boundaries and the Psychological Well-Being of Children Aged 2–10 Years Old<sup>1</sup>

**Silina, O.V.,**

*Master of psychology, Psychologist at preschool educational institution "Gimnazium of Pereslavl Zaleski city", Pereslavl-Zaleski, Russia, omela333@yandex.ru*

---

The article discusses the phenomena of a psychological health through such integrative concepts as "the psychological well-being" and "the "I" boundaries". Theoretical analysis shows the oppositional nature of the studied concepts. The "I" boundaries provide contacts with the outside world, while the psychological well-being is a resource state, which allows to preserve stability of the environment and a self-stability. The aim of the study is to identify statistically significant relationships between a well-being and psychological boundaries. Control and regulation of the "I" boundaries have backward correlation with psychological well-being, which can be explained as follows: the boundaries of I in its phenomenological sense suggests the presence of another man with his desires and needs, which may be diametrically opposite; psychological well-being, on the other hand, suggests a lack of strict rules and needs to follow the requirements. The "I" boundaries protection methods (with adult's help and the use of speech) and psychological well-being have positive correlation. The practical meaning of the study is to confirm the thesis that a child needs private time and space, which would be accepted and protected by adults. Thus, in order to maintain mental health in childhood it is presupposed to have a balance between the relationships with environment and at the same time, the possibility of privacy.

**Keywords:** psychological health, psychological well-being, the "I" boundaries, control, regulation, methods of the "I" boundaries" protection.

---

## References

1. Bessonova, Yu.V. O strukture psikhologicheskogo blagopoluchiya [The Structure of Psychological Well-being]. In Yu.V. Bratchikova (ed.) *Psikhologicheskoe blagopoluchie lichnosti v sovremennom obrazovatel'nom prostranstve: sb. statei [Psychological Well-being of the Individual in a Modern Educational Space: a Collection of Articles]*. Ekaterinburg: publ. Ural. gos. ped. un-t, 2013, pp. 30–35.

---

<sup>1</sup> This work was supported by the Russian Humanitarian Science Foundation (project 16-06-00239).

2. Bondarenko, M.V. Teoreticheskie podhody k ponimaniyu psihologicheskogo blagopoluchija lichnosti [Theoretical Approaches to Understanding the Psychological Well-being]. In Craev O.A. (ed.) *Molodezh' i nauka: mat-ly VI Vseros. nauch.-tehn. konf. studentov, aspirantov i molodyh uchenyh [Youth and Science: Proceedings of VI All-Russian Scientific and Technical Conference of Students, Graduate Students and Young Scientists]*. Krasnojarsk. 2011. URL: [http://conf.sfu-kras.ru/sites/mn2010/pdf/15/601\\_1.pdf](http://conf.sfu-kras.ru/sites/mn2010/pdf/15/601_1.pdf) (Accessed: 12.06.2016).
3. Gippenrejter, Ju.B. Obshhat'sja s rebenkom. Kak? [Communication with a Child. How?]. Moscow: CheRo, Sfera, 2005. 240 p.
4. Zhukovskaja, L.V., Troshihina, E.G. Shkala psihologicheskogo blagopoluchija K. Riff [The Scale of a Psychological Well-being K. Riff]. *Psihologicheskij zhurnal [Psychological Journal]*, 2011, vol. 32, no. 2, pp. 82–93.
5. Ktenidu, M.D. Potrebnost' lichnosti v privatnosti v razlichnye vozrastnye periody i vliyanie na nee okruzhayushchei sredy [The Need of the Individual to Have a Privacy in Different Ages and the Influence of the Environment]. In S.D. Nekrasov, E.V. Ulko (ed.) *Materialy vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Chelovek. Soobshchestvo. Upravlenie: vzglyad molodogo issledovatelya (Psikhologiya)» [Materials of All-Russian Scientific-Practical Conference "The Man. Community. Management: A View of a Young Researcher (Psychology)"]*. Krasnodar: publ. KubGU, 2008, vol. 1, pp. 53–55.
6. Kulikova, T.V. Fenomen granitsy [The Boundaries Phenomenon]. *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N.I. Lobachevskogo [Bulletin of the Nizhny Novgorod University of N.I. Lobachevsky]*, 2010, no. 6, pp. 381–387.
7. Nartova-Bochaver, S.K. Ponyatie «psihologicheskoe prostranstvo lichnosti»: obosnovanie i prikladnoe znachenie [The Concept of a "Psychological Space of the Individual": Rationale and Practical Value]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological journal]*, 2003, vol. 24, no. 6, pp. 27–36.
8. Nartova-Bochaver, S.K. Razvitie zhiznennogo prostranstva rebenka v ontogeneze [The Development of the Child's Living Space on Ontogeny]. *Materialy nauchno-prakticheskoi konferentsii «Strategiya doskol'nogo obrazovaniya v XXI veke: problemy i perspektivy» [Materials of Scientific-Practical Conference "Strategy of Preschool Education in XXI Century: Problems and Prospects"]*. Moscow: publ. MPGJ, 2001, pp. 280.
9. Nartova-Bochaver, S.K. Teoriya privatnosti kak napravlenie zarubezhnoi psikhologii [The Theory of Privacy as the Direction of Foreign Psychology]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological journal]*, 2006, vol. 27, no. 5, pp. 28–39.
10. Nartova-Bochaver, S.K., Silina, O.V. Dinamika razvitiya psikhologicheskikh granits na protyazhenii detstva [Dynamics of Psychological Boundaries during Childhood]. *Aktual'nye problemy psikhologicheskogo znaniya [Actual Problems of Psychological Knowledge]*, 2014, no. 3, pp. 13–28.
11. Pakhal'yan, V.E. Razvitie i psikhologicheskoe zdorov'e [The Development and Mental Health]. St. Petersburg: Piter, 2006. 237 p.

*Силина О.В.* Границы Я и психологическое благополучие детей 2–10 лет  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 3. С. 116–129.

*Silina, O.V.* The “I” Boundaries and the Psychological Well-Being of Children Aged 2–10 Years Old  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 3, pp. 116–129.

12. Silina, O.V. Granitsy Ya v rannem, doshkol'nom i mladshem shkol'nom vozraste Diss. ... magistra [The Boundaries of I in Early, Pre-School and Primary School Age. Diss. ... Master]. Moscow: publ. MGPPU, 2012. 150 p.

13. Huhlaeva, O.V., Huhlaev, O.E., Pervushin I.M. Tropinka k svoemu Ja: kak sohranit' psihologicheskoe zdorov'e doshkol'nikov [The Path to Yourself: How to Keep Psychological Health of Preschool Children]. Moscow: Genezis, 2004. 175 p.

# Метод развития познавательного потенциала Р. Фейерштейна и Р. Гузмана

**Майзель О.В.,**

*магистр, инструктор по тактильной коррекции, консультант по прикладному анализу поведения, Центр образования «Бухта знаний», Москва, Россия, olga.olamay@yandex.ua*

Статья посвящена описанию и анализу метода развития интеллекта Рувена Фейерштейна – выдающегося израильского ученого, современника и последователя Жана Пиаже и Льва Семеновича Выготского. Опираясь на теоретический опыт своих великих предшественников, Р. Фейерштейн разработал практические методы, позволяющие развивать когнитивные функции у ребенка. Значимая роль в обучении отводится взрослому (посреднику, или медиатору), в задачи которого входят направление и организация процесса обучения при помощи специально разработанных методик. Позже израильский психолог Р. Гузман адаптировал эти методики для детей, страдающих синдромом дефицита внимания и гиперактивности, а также для незрячих от рождения людей. Исключение зрительного канала восприятия в предложенном наборе оригинальных методик позволяет детям, страдающим синдромом дефицита внимания и гиперактивности, избежать гиперстимуляции деятельности мозга и сосредоточиться на выполнении предлагаемых медиатором задач. При этом использование тактильных методик в работе с пациентами, невидящими от рождения, напротив, способствует формированию у них «библиотеки зрительных образов». Результатом проведения последовательных занятий с использованием тактильных методик является коррекция поведения детей любого возраста, страдающих синдромом дефицита внимания и гиперактивности, или невидящих от рождения, а также развитие и формирование у них когнитивных функций.

**Ключевые слова:** метод тактильной коррекции, развитие когнитивных функций, дети с проблемами в обучении, синдром дефицита внимания и гиперактивности, развитие способностей к обучению.

## Для цитаты:

Майзель О.В. Метод развития познавательного потенциала Р. Фейерштейна и Р. Гузмана [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 3. С. 130–144. doi: 10.17759/psyclin.2016050309

**For citation:**

Mayzel, O.V. The Method of Increasing the Cognitive Potential of a Person (R. Feuerstein and R. Guzman) [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 3, pp. 130–144. doi: 10.17759/psycljn.2016050309 (In Russ., abstr. in Engl.)

**Введение**

В основе метода тактильной коррекции лежат исследования знаменитых психологов, работавших над изучением становления и развития когнитивных функций ребенка: Жана Пиаже, Льва Семеновича Выготского, Рувена Фейерштейна, а также Романа Яковлевича Гузмана. Одним из первых ученых, применивших на практике теорию о том, что человеческий мозг достаточно пластичен для того чтобы меняться и адаптироваться к изменчивым внешним условиям, был выдающийся израильский психолог Рувен Фейерштейн. Профессор Р. Фейерштейн закончил психологический факультет Женевского университета, где обучался под руководством Ж. Пиаже и А. Рея. В 1970 году он получил докторскую степень в Парижском университете Сорбонна. После обучения в университете Р. Фейерштейн руководил Европейским молодежным иммиграционным центром, где проводился отбор молодежи для участия в различных образовательных программах в Израиле. Участникам образовательных программ предлагались специальные тесты для измерения уровня интеллекта. В то время уровень интеллекта считался константным свойством психики, по большей части обусловленным генетическими факторами и мало поддающимся значительным изменениям. Проводя тестирование, Р. Фейерштейн заметил, что во время обсуждения тестовых заданий с интервьюируемыми некоторые показатели их интеллекта улучшались. Это наблюдение поставило перед Р. Фейерштейном ряд вопросов: какие способности ребенка должны исследоваться в первую очередь – интеллектуальные или способность к обучению? Является ли интеллект динамичным и изменчивым атрибутом психики? Можно ли формировать интеллектуальные способности наравне с развитием способностей к обучению?

Воспользовавшись собранным эмпирическим материалом, Р. Фейерштейн разработал новый метод оценки интеллекта, одновременно являющийся обучающим инструментом. Сегодня он известен под названием «динамический анализ» (Dynamic assessment). В своих многочисленных работах Р. Фейерштейн показал, что тесты на измерение уровня интеллекта или другие шкальные тесты не являются точными инструментами, позволяющими изучить истинные способности человека; они лишь дают статичную оценку его возможностей в определенной области на момент проведения тестирования. Эти тесты не являются достаточными для понимания того, каким образом следует развивать выявленные способности, и не показывают, каким способом можно повысить способности человека к обучению.

Большое влияние на взгляды Р. Фейерштейна оказали культурно-исторический подход к проблеме детского развития Л.С. Выготского и его

концепция зоны ближайшего развития [1; 2]. Применяв положения теоретической и прикладной социальной и когнитивной психологии, Р. Фейерштейн развил представления о когнитивных функциях (логической памяти, произвольном внимании, восприятии категорий, саморегуляции поведения). Он дополнил существующие концепции в своей работе «Теория когнитивной пластичности и опосредованного обучения» (The theory of structural cognitive modifiability and mediated learning experience) [3]. В данной работе исследователь отмечает значимость роли взрослого человека (в его терминологии – медиатора (human mediator)) в развитии когнитивных функций у детей. По мере накопления эмпирического материала Р. Фейерштейн разработал уникальную обучающую методику «Инструментальное обогащение» (Instrumental enrichment), содействующую развитию способностей к обучению и повышению уровня интеллекта. Главная задача методики – научить человека любого возраста, пола и социального положения тому, как надо учиться. При этом основной эффект достигается с помощью специального вмешательства (Mediated Learning Experience), позволяющего оказать помощь, необходимую ученику в овладении конкретной функцией.

Собственно, медиация, или опосредованный процесс обучения, является центральным понятием в методе Р. Фейерштейна, основанным на взаимодействии по схеме «стимул–объект–реакция» (S–O–P), следующей из теории Пиаже, а также на концепции Л.С. Выготского о роли значимого взрослого в усвоении ребенком культурно-исторического опыта. В свою методику Р. Фейерштейн включает еще одно звено – медиатора (посредника), который находится между стимулом и объектом. Поэтому в конечном виде схема выглядит следующим образом: S–M–O–M–P), где S – это стимул, M – медиатор, O – объект (ученик) и P – реакция.

Таким образом, медиатор – взрослый человек, который отбирает и внедряет в процесс обучения необходимые учебные задачи для овладения определенными знаниями, основываясь на целях и конкретных нуждах ученика, а также сопровождает и организует сам процесс обучения.

Принципиальным свойством медиации является способность посредника расширять опыт ученика и связывать приобретенный опыт с предшествующим, обеспечивая связь процесса обучения с реальной жизнью и возможность переноса прошлого опыта на новые учебные задачи.

В ходе занятий профессионал-медиатор отбирает стимулы (учебные задачи), которые наиболее подходят для достижения целей обучения конкретного ученика, и затем формирует, фильтрует и организует их таким образом, чтобы в процессе обучения ученик не только приобрел определенные навыки, но и осознал свои действия. Р. Фейерштейн доказал, что чем больше ученик получает опосредованных медиатором задач, тем более осознанной становится его деятельность и тем легче проходит дальнейшее обучение. Более того, чем больше помощи оказывается конкретному ученику, тем эффективнее развитие его когнитивных функций и их трансформация в устойчивые, интериоризованные ментальные схемы.

Разработкой и внедрением в практику метода развития потенциала человека Рувен Фейерштейн занимается уже более 50 лет. Программа «Инструментальное обогащение» переведена более чем на 20 языков и успешно применяется в 45 странах мира (от Австралии и Индии, Японии и Южной Африки до Южной Америки), зарекомендовав себя как эффективный кросс-культурный метод [4].

**Основными задачами** программы «Инструментальное обогащение» являются:

- коррекция и развитие дефицитных когнитивных функций;
- приобретение ребенком базовых концепций, терминов и операций;
- приобретение внутренней мотивации через формирование привычки решать задачи;
- формирование учебной мотивации;
- обучение рефлексии, интроспекции, инсайту, умению логически обосновать свой ответ;
- формирование активной позиции обучающегося.

На ее основе созданы специальные инструменты и программы профилактики учебных трудностей; коррекции познавательной и мотивационной сфер, связанных с СДВГ, а также сопровождения, развития и адаптации:

- а) учеников со сниженной мотивацией, трудностями вербализации, имеющих проблемы с памятью и/или трудности с организацией учебного процесса, а также имеющих сенсорные проблемы (незрячие от рождения/слабовидящие, неслышащие/слабослышащие, имеющие нарушения тактильной чувствительности);
- б) мигрантов и представителей иных культур;
- в) одаренных детей и подростков;
- г) людей старческого возраста, имеющих возрастное снижение когнитивных функций.

Программа включает ряд **особенностей**.

1. Программа основана на систематическом развитии когнитивных функций, которые являются предпосылками для становления когнитивных операций.
2. Программа содержит учебные задачи (требующие использования высших психических функций) различных уровней сложности и новизны.
3. Программа призвана формировать внутреннюю мотивацию ученика через развитие привычки думать.
4. Целью повторения является не решение задачи само по себе, а развитие функций, необходимых для решения данной задачи, что требует развития гибкости,



умения по-новому взглянуть на задачу, перенести навыки с решения одной задачи на решение другой.

5. Программа разработана без привязки к определенному контенту (предмету).

### **Адаптация программы «Инструментальное обогащение»**

Для нужд людей, имеющих особые потребности, например, слабовидящих или имеющих выраженный дефицит внимания, программа «Инструментальное обогащение» была модифицирована. В израильском Институте им. Р. Фейерштейна был разработан метод «Тактильной коррекции СДВГ и дефицита внимания». Рассмотрим предпосылки и историю его создания.

По данным Американской психиатрической ассоциации, возможными причинами СДВГ являются несколько меньший объем некоторых зон мозга (лобные доли, полосатое тело, базальные ганглии и мозжечок) и/или их повреждение. Существуют также и химические различия: установлено, что количество нейромедиаторов дофамина и норадреналина у людей, страдающих СДВГ, меньше, чем у среднестатистического человека. Их нехватка затрудняет процессы иннервации тканей мозга и образования синаптических связей – тех самых «ключей» к механизмам обучаемости и памяти. Собственно, типичными симптомами СДВГ являются рассеянность внимания, неспособность сконцентрироваться на поставленной задаче, а также легкая возбудимость, неусидчивость.

Одним из консервативных способов лечения СДВГ является прием психостимуляторов, которые помогают корректировать работу мозга. Однако у такого способа лечения есть один, но существенный недостаток: по окончании действия препарата все симптомы возвращаются, а «научения» мозга не происходит. В частности, именно поэтому в западных странах ведется полемика по поводу целесообразности назначения психостимуляторов детям.

Р. Фейерштейн разделял точку зрения многих ученых, работавших в области реабилитационно-восстановительного обучения, о том, что мозг обладает достаточной пластичностью для того чтобы проложить необходимые внутримозговые связи «обходным путем», используя незадействованные ресурсы без применения психостимуляторов. Профессор Института им. Р. Фейерштейна Роман Гузман, опираясь на свой междисциплинарный опыт (физика, высокие технологии, когнитивная психология) и наработки в области дефектологии и тифлосурдопедагогики, создал специальный комплект тактильных инструментов, позволяющий людям, невидящим от рождения, успешно обучаться по методике «Тактильное инструментальное обогащение». Данный вариант методики показывал стабильно высокие результаты и был апробирован на объемных выборках как незрячих и слабовидящих детей, так и детей, имеющих СДВГ.

Используя осязание вместо зрения, упорядоченное ощупывание вместо импульсивного выхватывания деталей, опосредование вместо директивного

обучения, можно за короткое время добиться существенного прогресса в уровне и качестве когнитивного функционирования ребенка.

Использование тактильно-кинестетической модальности обусловлено несколькими причинами: во-первых, исключая зрительный канал восприятия, мы избегаем чрезмерного визуального стимулирования мозга, за счет чего повышается концентрация внимания и возможность сфокусироваться на материале. Во-вторых, работать тактильно можно только пошагово, медленно и систематически. Благодаря этому становятся возможными своевременная коррекция дефицитных функций, развитие мышления, овладение ранее недоступными видами деятельности и, как следствие, – выход на более высокий уровень функционирования личности.

Аргументированность использования в процессе обучения тактильной модальности имеет биологическое основание. Так, если мы посмотрим на схему репрезентации в мозге различных органов восприятия, то увидим, что зрение занимает лишь малую часть, тогда как зоны рук, особенно большого пальца, языка, губ, носа, ушей, стоп и гениталий, занимают гораздо больше места.

Очень наглядно это продемонстрировал канадский невролог и нейрохирург У. Пенфилд. Представленность ладоней в коре головного мозга велика, что дает все основания полагать, что обучение путем ощупывания имеет огромный потенциал (рис. 1).

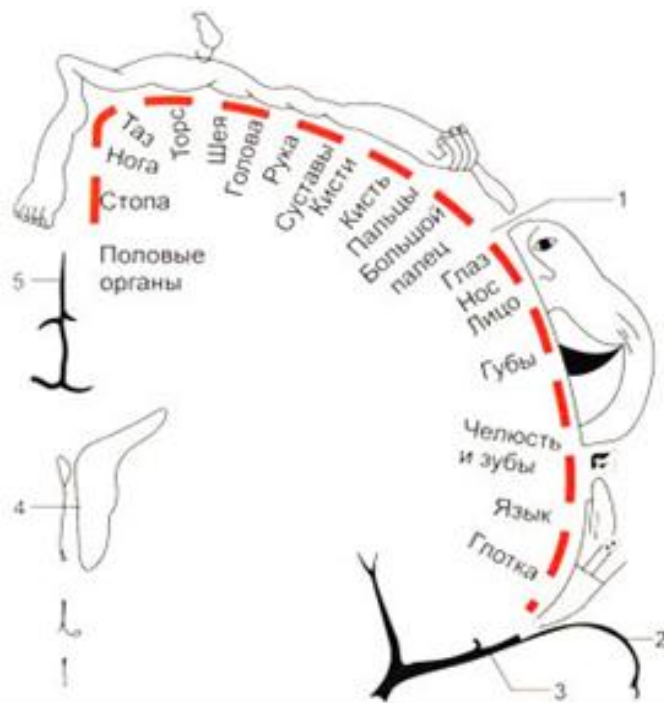


Рисунок 1. Чувствительный гомункулус У. Пенфилда. Схема проекции частей тела человека на область коркового конца анализатора общей чувствительности (кора постцентральной извилины).

Таким образом, используя тактильную систему восприятия, мы получаем возможность создать новые связи и научить мозг недостающим навыкам. Умения, приобретенные тактильно, закрепляются очень прочно и легко могут быть использованы в других ситуациях.

У незрячих от рождения людей наблюдаются прямо противоположные процессы: они очень сфокусированы на тактильных, звуковых и проприоцептивных ощущениях, но не имеют зрительных образов, концепций, схематических и символических представлений об объектах и отношениях, необходимых для развития мышления. Метод Р. Гузмана позволяет сформировать у людей, невидящих от рождения, так называемую «зрительную библиотеку», которая восполняет пробелы восприятия и способствует развитию когнитивных способностей [5; 6].

### Процедура и программа обучения

В качестве учебных материалов используются модифицированные для тактильного использования базовые инструменты повышения умственного потенциала человека, разработанные Р. Фейерштейном, а также инструменты повышения познавательного потенциала и оригинальные разработки в области мультисенсорного подхода Р. Гузмана [5; 7].

Используемые **учебные материалы** разделены на две большие группы: пре-инструменты, или подготовительные инструменты, играющие вспомогательную роль («фрукты», «выражения лиц»), и собственно инструменты. Главная цель подготовительных инструментов – создание тактильного языка, выработка общих понятий, знакомство с новым видом обучения.

**Общими задачами** тактильной программы является развитие у ребенка таких ментальных навыков, как:

- фокусировка внимания;
- структурирование информации;
- систематический поиск информации;
- установление отношений между частью и целым;
- поиск наиболее точного решения.

Задачами тактильной программы по коррекции СДВГ являются:

- повышение концентрации внимания;
- развитие умения заканчивать задание;
- развитие умения использовать визуальный перенос;
- увеличение объема кратковременной памяти;
- умение фильтровать раздражители;

- формирование четкого образа выполняемой задачи в уме.

Каждый из инструментов программы предназначен для общей коррекции и развития когнитивных функций, но также имеет и более узкую направленность.

1) «Точки» (Organization of dots) – методика, направленная на развитие систематического поиска информации, осознания используемых стратегий, контроля импульсивности, планирования поведения, создание словарного запаса.

2) «Ориентация в пространстве» (Orientation in space) – методика, направленная на развитие представлений о пространстве и времени. Она включает такие топологические категории как: порядок и постоянство объектов; границы, разделяющие пространство; длительность, протяженность и точка отсчета; окружение и проекции пространства (релевантность и очередность расположения объектов, производство виртуальных отношений, а также понятия неевклидовой геометрии: длина, ширина, высота, внутреннее пространство.

3) Для развития аналитического мышления применяются «Сравнения» (Comparisons) – методика, направленная на развитие базового элемента процесса мышления – спонтанного сравнения. Сравнение предполагает восприятие двух или более объектов информации или событий и их внимательное изучение, установление общего или различий, а также обоснование своего ответа.

4) «Аналитическое восприятие» (Analytic perception) – методика, направленная на развитие, полное овладение и кристаллизацию опыта с помощью набора изученных когнитивных стратегий (соотношения части и целого, поиска ключевой детали, отсеивания, категоризации, репрезентации, гипотетического размышления) с целью повышения мотивации и изменения отношении к реальности.

5) Для знакомства с окружающим миром используются «Иллюстрации» (Illustrations) – методика, направленная на развитие у ученика способностей к выстраиванию логических цепочек и обнаружению алогизмов, проблем-парадоксов и побуждающая к поиску нестандартных решений.

Все методики содержат стимульный материал различных уровней сложности и новизны. Тактильная диагностика используемых учеником стратегий проводится профессором Р. Гузманом уже на первом занятии. Медиатор наблюдает за тем, что происходит в процессе работы ученика; отмечает, есть ли у него осмысленная стратегия по сбору информации или он действует хаотично и импульсивно. Сделать это достаточно просто, ведь тактильный метод дает уникальную возможность увидеть весь ход процесса мышления, а не его результат, как при обычном обучении. При тактильном обучении каждое движение ладони или пальца на рабочем пространстве может быть моментально подмечено и оценено. «Тактильный рентген» позволяет увидеть спутанность мышления или, наоборот, гибкость и упорядоченность мыслительного процесса (фиксируется ли учеником отправная точка, или он начинает поиск со случайного места; есть ли у него система

ориентации; действует ли он методом проб и ошибок или применяет осмысленную стратегию поиска; планирует ли он деятельность или действует хаотично).

### **Пример занятия с использованием пре-инструмента «Фрукты»**

#### *Цели:*

- научить ребенка фокусироваться на главных деталях;
- самомедиация – умение сохранять фокус внимания и игнорировать неважные детали (ученик должен научиться выбирать тактильные стратегии посредством ощупывания; рекомендуется планирование возможных стратегий).

#### *Задачи для ученика:*

- использовать обе руки для обнаружения структуры страницы;
- найти количество рамок на листе;
- определить количество объектов, которые необходимо проанализировать на странице;
- сравнить объекты по алгоритму: начинать с исследования целой формы, далее переходить к анализу отдельных деталей (расположения, размера, формы, текстуры).

#### **Ход занятия**

*Вариант 1.* Перед началом медиатор (М) просит ученика (У) закрыть глаза и кладет один настоящий и один искусственный фрукт перед ним.

**М:** Оба фрукта одинаковые?

**У:** Нет.

**М:** Скажи, пожалуйста, какая между ними разница?

**У:** Один фрукт настоящий, а другой – нет.

**М:** Как ты догадался? Назови мне причины.

**У:** Один пустой, поэтому легкий. Также у них разная текстура.

**М:** Пожалуйста, понюхай их. Чувствуешь разницу? Как ты узнал, какой это фрукт?

**У:** Проверая форму.

**М:** Зачем нам вообще нужны искусственные фрукты?

**У:** Пластиковый фрукт может представлять, заменять настоящий более долгое время.

**М:** Очень хорошо, теперь мы можем исследовать не пластиковый фрукт, а нарисованный.

Таким образом мы можем перейти к изучению тактильного изображения фрукта.

Все тактильные страницы предварительных инструментов были созданы в Институте им. Р. Фейерштейна. Они используются для того чтобы подготовить учебный процесс и научить ученика ощупывать, чувствовать и узнавать. Ученики также овладевают навыком сравнения. Шаг за шагом у ученика формируются стратегии, как ощупывать, как находить ключевые особенности данной фигуры и как это делать наиболее эффективным способом: двумя руками и сравнивая одновременно. Освоение предварительных инструментов помогает перейти к построению «Тактильной библиотеки образов».

*Вариант 2. Занятие по выработке общих понятий.*

**М:** Я покажу тебе магнитную доску, а ты будешь использовать эту маску, чтобы закрыть глаза. Я положу нечто на доску, а ты будешь это исследовать.

Если ученик не хочет надевать маску, можно использовать коробочку (рис. 2).



Рисунок 2. Коробочка для тактильных занятий

Перед началом работы медиатор предупреждает ученика о своих действиях. Будет ли он давать новую страницу, и что это будет за страница, либо они будут исследовать что-то еще.

**М:** Пожалуйста, надень маску и закрой глаза. Я положу одну тактильную страницу на магнитную доску, постарайся исследовать страницу двумя руками. Какова структура страницы? Сколько рамок у тебя на странице (если ребенок затрудняется с ответом, можно задать наводящий вопрос, например: «сколько тут рамок – одна, две или три?»).

**У:** На странице две рамки. Одна слева, а другая справа.

**М:** Да, ты прав. Тут две рамки. Постарайся исследовать двумя руками. Какие тут фрукты?

**У:** Груша и лимон.

**М:** Можешь ли ты устно описать местоположение груши?

**У:** Она расположена на левой части страницы посередине.

**М:** А лимон?

**У:** Лимон расположен на правой части страницы посередине.

**М:** Ты можешь мне сказать, как расположен лимон: горизонтально, вертикально или по диагонали?

**У:** Горизонтально.

**М:** Можешь ли ты мне сказать, есть ли разница в позициях фруктов? Какая?

**У:** Есть. Груша расположена вертикально, а лимон горизонтально.

**М:** Ты можешь себя проверить. Используй одну руку для проверки вертикальной позиции, нащупав вертикальную линию, разделяющую страницу на две половинки. И другой рукой можешь потрогать горизонтальную линию рамки вверху страницы. Так ты сможешь найти две ключевые точки для исследования лимона.

Для того чтобы тактильно исследовать объект, должна быть создана система ориентиров, поскольку человек не может одновременно тактильно постигать форму, расположение и дизайн объекта. В данном случае задача медиатора – научить ребенка пользоваться системами ориентиров и координат и выработать привычку проверять, как расположен объект: горизонтально, вертикально или по диагонали.

**М:** Почему ты решил, что у тебя справа груша, а не какой-либо другой фрукт?

**У:** Потому что это форма груши. Если я знаю форму фрукта, я могу ее определить на странице. Но если я не знаю такого фрукта, то я не смогу определить его форму на странице.

**М:** Абсолютно верно! Даже более того, если ты знаешь форму реальной груши, она не точно такая же, как ее образ на странице.

В ходе процесса обучения стратегии анализа изображения усложняются. На рисунке 3 представлен один из наиболее сложных для узнавания образец.

Иногда незрячие дети или дети с СДВГ могут легко узнать объемные объекты, например, настоящую или пластиковую грушу, но не плоскостные. Тогда на первых порах нужно работать над созданием тактильной библиотеки плоскостных форм, картинок и репрезентаций.

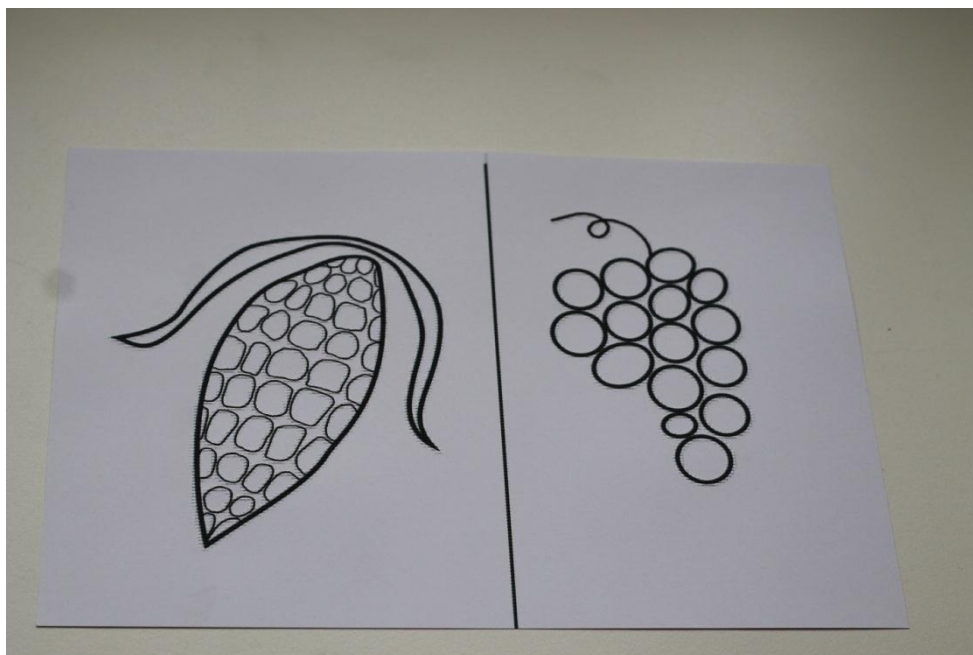


Рисунок 3. Образец предварительных инструментов «Фрукты»

Таким образом, используя метод тактильной коррекции и мультисенсорную стимуляцию, ученики осваивают несформированные навыки и начинают применять их в реальной жизни. А впоследствии приобретают привычку планировать, обдумывать свои действия, собирать точные факты и на основе их анализа принимать взвешенные решения. То есть эти ученики, несмотря на наличие у них синдрома дефицита внимания, приобретают способность действовать осознанно и продуктивно.

## Литература

1. *Аткинсон Р.Л., Аткинсон Р.С., Смит Э.Е., Бем Д.Дж., Нолен-Хоксема С.* Введение в психологию / под ред. В.П. Зинченко. СПб, Прайм-Еврознак, 2007. 816 с.
2. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений. Т. 3. – М.: Педагогика, 1983. 368 с.
3. *Feuerstein, R.* The theory of structural modifiability. In B. Preseasons (Ed.), *Learning and thinking styles: Classroom interaction.* Washington, DC: National Education Associations, 1990. 478 p.
4. *Feuerstein R. Rand Y., Hoffman M.B., Miller R.* Instrumental enrichment: An intervention program for cognitive modifiability. Baltimore, University Park Press, 2004.
5. *Gouzman R.* The instrumental enrichment program for blind learners. Jerusalem, ICELV, 2000, 172 p.



Майзель О.В. Метод развития познавательного потенциала Р. Фейерштейна и Р. Гузмана  
Клиническая и специальная психология  
2016. Том 5. № 3. С. 130–144.

Mayzel, O.V. The Method of Increasing the Cognitive Potential of a Person (R. Feuerstein and R. Guzman)  
Clinical Psychology and Special Education  
2016, vol. 5, no. 3, pp. 130–144.

6. *Gouzman R.* Enhancement of orientation in space ability of multi-challenged blind students by Tactile Instrumental Enrichment Program. Jerusalem, ICELP, 2006, 152 p.

7. *Gouzman R., Kozulin A.* Enhancing cognitive skills in blind learners. Paper presented at the Conference of the British Psychological Association. Exeter, UK, 1998. Pp. 20–24.

# The Method of Increasing the Cognitive Potential of a Person (R. Feuerstein and R. Guzman)

**Mayzel, O.V.,**

*Master of psychology, Certified IE – Tactile mediator, ABA Therapist, Education Center "Bay of knowledge", Moscow, Russia, olga.olamay@yandex.ua*

---

The article is devoted to the description and analysis of method of development of intelligence Reuven of Feuerstein, a distinguished Israeli scholar and a follower of J. Piaget and L.S. Vygotsky. Based on theoretical experience of his great predecessors R. Feuerstein has developed practical methods to develop cognitive functions in children. A significant role is given to training in adult (mediator), whose tasks include the direction and organization of the learning process by using specially developed techniques. Later, Israeli psychologist R. Guzman has adapted these methods for children suffering from Attention Deficient Hyperactivity Disorder, as well as for born blind people. The exception of the visual perception channel in the proposed set of original methods allows children suffering from Attention Deficient Hyperactivity Disorder, to avoid extra stimulation of brain activity and to focus on completing the tasks given by the mediator. Meanwhile, using the tactile methods when working with born blind people, on the contrary, promotes creating "the library of visual images". Carrying out consistent lessons based on tactile methodology lead to the behavior correction of the children who suffer from Attention Deficient Hyperactivity Disorder and of born blind people of all age groups, as well as it caused the development of immature or absent cognitive functions.

**Keywords:** tactile correction, brain building, students with disabilities, Attention Deficient Hyperactivity Disorder, improving learning capacities.

---

## References

1. Atkinson, R.L., Atkinson, R.S., Smit, E.E., Bem, D., Nolen-Khoeksema, S. Vvedenie v psikhologiyu [Introduction to Psychology]. In V.P. Zinchenko (ed.). St. Petersburg, Praim-Evroznak, 2007, 816 p.
2. Vygotskii, L.S. Sobranie sochinenii [Collected Works]. Vol. 3. Moscow: Pedagogika, 1983, 368 p.
3. Feuerstein, R. The Theory of Structural Modifiability. In B. Preseasons (ed.) Learning

and Thinking Styles: Classroom Interaction. Washington, DC, National Education Associations, 1990, 478 p.

4. Feuerstein, R. Rand, Y., Hoffman, M.B., Miller, R. Instrumental Enrichment: An Intervention Program for Cognitive Modifiability. Baltimore, University Park Press, 2004.

5. Gouzman, R. The Instrumental Enrichment Program for Blind Learners. Jerusalem, ICELV, 2000, 172p.

6. Gouzman, R. Enhancement of Orientation in Space Ability of Multi-Challenged Blind Students by Tactile Instrumental Enrichment Program, ICELP, 2006, 152p.

7. Gouzman, R. and Kozulin, A. Enhancing Cognitive Skills in Blind Learners. *Paper presented at the Conference of the British Psychological Association*. UK, Exeter, 1998, pp. 20–24.

# Методологические и методические проблемы клинических исследований ценностной сферы

**Леонтьева Е.М.**

*соискатель степени кандидата психологических наук факультета психологии, кафедры нейро- и патопсихологии, МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия, lyalya\_ru@mail.ru*

В статье кратко описана история исследования ценностей в психологии и философии и проанализирована основная методологическая сложность клинического исследования ценностной сферы – негласное убеждение клиницистов в том, что психически больные пациенты не имеют ценностей вообще или отличаются редукцией того или иного ценностного кластера и отсутствием ценностной нормы. В статье аргументируется необходимость рефлексии внутренних ценностных установок. Отмечается, что современное клиническое исследование ценностной сферы, пользуясь собственным методическим аппаратом, должно эту сложность разрешить, для чего необходимо создание специальных экспериментальных условий, в которых разворачивается рефлексия и осмысление человеком своих ценностей. В завершение приводится совокупность достаточных и необходимых требований к патопсихологическому эксперименту в сфере ценностного мышления пациентов с диагнозом шизофрения. В качестве эффективных методов исследования ценностной сферы в рамках патопсихологического исследования предложены клиническое интервью по модели ценностного диалога и авторская методика «Классификация ценностей». Излагается структура интервью, набор используемых ценностей; приводится инструкция для участников исследования и перечень дополнительных вопросов.

**Ключевые слова:** методология исследований, ценности, ценностное мышление, клинические исследования, люди с шизофренией, классификация ценностей.

## Для цитаты:

Леонтьева Е.М. Методологические и методические проблемы клинических исследований ценностной сферы [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 3. С. 145–155. doi:

10.17759/psyclin.2016050310

**For citation:**

Leontieva, E.M. Methodological and Methodical Issues in Clinical Studies Concerning Values [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia], 2016, vol. 5, no. 3, pp. 145–155. doi: 10.17759/psyclin.2016050310 (In Russ., abstr. in Engl.)

**Целью** настоящей статьи являются тезисное изложение методологических и методических трудностей изучения ценностной сферы в их кратком историческом разрезе, а также описание современных попыток преодоления этих трудностей.

Исследование ценностей (в современном варианте – ценностной сферы) человека имеет длительную историю. Начиная с античной мысли и до настоящего момента, ценностное волнует философов, психологов, социологов, педагогов и многих других представителей науки. С определенной смелостью можно утверждать, что для западной культуры проблема ценностей является сущностной, онтологической, определяющей центральный смысл всей западной цивилизации.

Б.С. Алишев, разработавший авторскую психологическую теорию ценностей, классифицирует философские подходы к проблеме ценностей, основываясь на определении места ценностей в системе «субъект–объект», что предполагает наличие трех подходов, различающихся «в определении форм внесубъектного и внутрисубъектного бытия ценности» [1, с. 35]. Первый подход он определяет как исходящий из объектно-предметного понимания, согласно которому ценности являются материальными и идеальными объектами и образами, представлениями, понятиями, идеями, приобретающими значения лишь для субъекта (Г. Гоббс, Дж. Локк, А. фон Мейнонг, Дж. Дьюи, Т. Парсонс). Второй подход, основанный на объектно-беспредметном понимании ценностей, описывает их как трансцендентные сущности, независимые от объектов и от субъекта и имеющие разное значение (М. Шелер, Г. Риккерт, Н.А. Бердяев). Согласно третьему подходу, связанному с идеями Д. Юма, ценности возникают во взаимодействии субъекта с объектами, являясь при этом феноменами внутренней психической жизни и лишь реализуясь в объектах [13]. Сам Б.С. Алишев, пытаясь избежать ограничений объектно-предметного и субъективного подходов к пониманию ценностей, определяет их как «функциональные связи между субъектом и объективным миром, имеющие конкретную модальность, обусловленную их содержанием» [1, с. 130].

Интерес к проблеме ценностей отличается периодичностью и возник в философии, а позже – и в психологии и смежных дисциплинах. События первой половины XX века – две мировые войны, опыт построения диктатур в Европе, Нюрнбергский процесс и прочие – вызвали этический кризис. В первую очередь, он касался сферы ценностного, так как, пожалуй, самые страшные события прошедшего периода касались столкновения различных ценностей (нация –

равенство, человек – идея). В результате решения этих этических дилемм ценности стали рассматриваться как трансцендентный феномен вне привязок к конкретным поведенческим проявлениям. Только в этот момент в сферу исследований ценностного вошло положение об онтологической нейтральности феномена, постулированное К. Ясперсом, что позволило изменить методологию исследований [2].

Можно отметить, что в системе западноевропейской философии ценностное как самостоятельная категория занимает одно из центральных мест. В своем развитии аксиология как отдельная отрасль философии проходит путь от отдельности объекта и субъекта ценностного, приходя к пониманию их неразрывного единства. Проблема ценностей является, с одной стороны, психологической, представляя собой составную часть внутреннего мира личности, а с другой – опирается на систему взглядов, сложившихся в культуре определенной общности. Именно в силу этой двойственности (которая оказывает решающее влияние на психологию), описанной многими авторами (например, Б.С. Алишевым, Г.М. Андреевой, М.М. Бахтиным, Л.А. Микешиной, Ш. Шварцем, В.К. Шохиним и многими другими), ценности представляют собой сложный предмет для изучения и требуют использования *синтетической методологии исследования* [1].

В персоналистической концепции российского философа В.К. Шохина, выступающего с критикой классической и постклассической аксиологической мысли, указывается подмена понятия «ценность» множеством других понятий, которые связаны с ценностями, но не идентичны им (интерес, удовольствие, цели). Таким образом, многочисленные исследователи, которые понимали ценности через эти понятия, занимались исследованием «квазиценностей». В.К. Шохин настаивает, что ценности должны быть исследованы как значимости для кого-то, а не сами по себе [12], *то есть в исследовании необходимо изучение субъективно близких или далеких ценностей.*

В традиции отечественной психологической науки ценности изучались через разнообразные психические феномены (потребностно-ценностная, мотивационно-ценностная, ценностно-смысловая сферы и т.п.). В период идеологического господства коммунистической доктрины область ценностного не могла быть подвергнута прямому изучению и необходимому переосмыслению. Позже, когда идеологический диктат ослаб, работы в области ценностного подверглись большому влиянию западной психологии ценностей, в частности, гуманистического подхода (А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл, Дж. Бьюдженталь). Основатели гуманистической психологии, разрабатывавшие такие концепты, как работа с субъективностью, Я-концепция или самоактуализация, исходили из того, что существуют подлинные ценности бытия (выражение первичных устремлений организма, а не порожденных тревогой), и стремление к ним является неотъемлемым фактором полноценного становления человека [6].

Концепт подлинных ценностей сильно повлиял на последующее изучение ценностной сферы. Многие исследователи, реализуя послание гуманистической

психологии о человеческой природе, ищут подлинные, истинные, декларируемые ценности. Но если мы рассматриваем человека системно, то вынуждены смириться с тем, что все части системы необходимы и находятся на своем месте, не впадая в дихотомию, которая не отражает сложной системности ценностной сферы. *Необходимо не просто классифицировать ценности на истинные и ложные, бытийные и дефицитарные, терминальные и инструментальные и так далее, но изучать всю полноту ценностного содержания, а также его системную организацию.*

Кроме описанных проблем, философия и психология сталкиваются с необходимостью определить, существует ли *ценностная норма*. Особенно остро этот вопрос стоит для клинически ориентированной психологии, на которую возложена задача определения нормы и патологии личности и ее поведения. Однако таких исследований пока недостаточно. Складывается впечатление, что внутри самой клинической психологии существуют неосознаваемые ограничения для исследования ценностной сферы, особенно людей, страдающих шизофренией. В публикациях последних лет можно встретить лишь единичные работы, посвященные этому вопросу. Так, итальянские ученые (G. Stanghellini, M. Ballerini) представляют структуру ценностей людей с шизофренией как структуру, отражающую особенность, исключительность их аксиологического статуса [15]. В отечественных работах современников внимание уделяется особенностям миропроекта (Dasein) больного шизофренией, включая, естественно, и ценностную сферу [7], или отдельным явлениям, например, феномену капитуляции (уходу из контакта с общеразделяемой ценностной сферой, отказ от «проектов в мире») [9]. Изменение ценностных ориентаций под воздействием болезни может задействовать механизм ценностных изменений, который А.Ш. Тхостов определяет как «сдвиг цели на мотив» [10].

Изучение ценностной сферы при психических расстройствах должно не только расширить понимание значимых социокультурных явлений, но и внести важный вклад в решение проблемы стигматизации и самостигматизации. Пациенты с диагнозом шизофрении нуждаются в понимании, отличаются ли их ценности от ценностей современного общества, в котором они живут, и если отличаются, то чем именно и почему. При этом исследование должно быть достаточно простым для того, чтобы его можно было применять в реальной практике.

Опыт исследований с опорой на деятельностный подход (научная школа А.Н. Леонтьева) позволяет, по мнению Е.Е. Соколовой, решать проблему соотношения двух психотехнических парадигм (майевтической и манипулятивной) [8], актуальную для поддерживающей и восстановительной работы с пациентами. *Для полноценного изучения ценностной сферы необходимо создание специальных экспериментальных условий для разворачивания рефлексии и осмысления ценностей.*

Параллельно в отечественной психологии происходит активная рефлексия самих ценностных исследовательских установок. А.Н. Кричевец указывает, что решения связаны с ценностными убеждениями исследователей, поэтому ценности и предметные знания фактически «срачиваются». Получаемые знания начинают

носить характер перформатива, то есть предложения, цель которого изменить ситуацию, а не описать ее. Отмечается, что современные теории личности носят характер перформатива, когда «осевые» ценности (часто даже неотрефлексированные представления психолога об истинном и должном) зачастую проецируются в предмет исследования самым непосредственным образом [3].

В клинической психологии перформативные теории создают большие методологические проблемы. С одной стороны, нашей непосредственной задачей стоит изучение именно патологии, а с другой – мы вынуждены опираться на перформативные теории личности, которые не позволяют прикоснуться к объективному предмету исследования. Кроме того, сама клиническая психология подходит к осознанию своих собственных ценностных установок. Как писал М.С. Яницкий, «представляется достаточно очевидным, что картина изменений личности <...> в частности при шизофрении <...> включает распад системы ценностно-смысловых ориентаций или ее трансформацию, сопровождающуюся снижением значимости высших морально-этических ценностей» [14, с. 84]. Настораживает категоричность этого утверждения, тем более, что в ходе исследования мы столкнулись с негласным убеждением клиницистов о том, что больные шизофренией не обладают ценностями вообще или что мы не можем их сравнивать с ценностными ориентациями здоровых людей. В данном случае ценностная установка заводит научное познание в тупик. Современное клиническое исследование ценностной сферы должно избегать перформативного характера, то есть не быть ангажировано с позиции нормы или патологии. Также в своих организации и анализе клиническое исследование должно стремиться к реализации диалектического принципа, объясняющего проявляющиеся в эксперименте противоречия и дихотомии. Такое понимание близко основам отечественной патопсихологии, ставящей своей целью выявить механизмы тех или иных расстройств.

В итоге можно сформулировать совокупность достаточных и необходимых **требований к патопсихологическому эксперименту** в сфере ценностного мышления пациентов с диагнозом шизофрения.

1. Ценности должны быть исследованы как значимости для кого-то, а не сами по себе, то есть в исследовании необходимо изучение субъективно близких или далеких ценностей.

2. Неотъемлемой частью исследования должно стать изучение блока абстрактных ценностей и их соотношение с иными блоками ценностных ориентаций.

3. Необходимо включить изучение ценностей современного общества так, как их представляют себе участники исследования, то есть того культурно-ценностного пространства, в котором они существуют.

4. Для полноценного изучения ценностной сферы требуется создание специальных экспериментальных условий, когда разворачивается рефлексия и



осмысление ценностей. При этом процедура должна быть простой и посильной не только для здоровых людей, но и людей с шизофренией.

5. Реализуемое исследование должно базироваться на принципах диалога, равенности позиций исследователя и респондента, стимулировать специальный мотив – желание сообщить другому человеку о своих ценностях.

К сожалению, многие новые методические решения, предлагаемые другими авторами, остаются в рамках поиска истинных ценностей в обход сознательной работы человека (например, А.В. Хухорева, А.Э. Гегер) [11; 4]. Нами было организовано специальное исследование с использованием развернутого клинического интервью по модели ценностного диалога и методики «Классификация ценностей» [5]. Ритм и порядок выполнения задания этой методики позволяют реализовываться мотивации, которая основывается на глубокой потребности человека сообщить другому человеку о своей системе ценностей, а также отвечает большинству заявленных условий.

После выяснения необходимых анамнестических данных (возраст, образование, количество госпитализаций) и исключения выраженного фармакологического влияния на когнитивные способности участника исследования экспериментатор предлагает перейти к категоризации предлагаемого в качестве опоры списка, состоящего из 22 ценностей. В финальный перечень вошли такие категории как *безопасность, богатство, вера, власть, доверие, дружба, здоровье, истина, красота, любовь, правда, признание, развитие, реальность, свобода, семья, справедливость, творчество, удовольствие, ум, уникальность, успех*. Каждое понятие напечатано на отдельной карточке. Экспериментатор выкладывает все имеющиеся карточки перед пациентом в неструктурированном виде и дает инструкцию: «Перед вами на карточках представлены понятия, которые людьми часто называются ценностями. Ваша задача – разложить их по группам, объединяя те, что подходят друг к другу».

Участники исследования не ограничены во времени. Таким образом задается ситуация неопределенности, которая усиливается дополнительными указаниями экспериментатора об отсутствии правильных и неправильных решений, что связано с задачей раскрытия индивидуальной ценностной системы. Важно специально указать на то, что в данном исследовании нет правильных и неправильных ответов, чтобы снять мотив экспертизы. Это дает возможность участникам исследования свободно и спонтанно оперировать предложенным материалом, опираясь на субъективные представления, что в итоге приводит к построению уникальной ценностной структуры.

После завершения группирования ценностей экспериментатор просит дать такое название каждой из полученных групп, которое бы отражало обобщающий принцип. Содержание групп, их названия и особенности выполнения задания фиксируются в протоколе. Кроме того, экспериментатор имеет возможность задать дополнительные вопросы, связанные с близкими/неблизкими ценностями самому

пациенту, его представлениями о ценностях современного общества, о полноте предлагаемого ценностного перечня и другие.

Материалы данного исследования могут быть использованы для решения психолого-диагностических и экспертных задач в практической психологической работе в психиатрической клинике, в частности, с целью раскрытия механизмов ценностных ориентаций больных с различными диагнозами в первую очередь с тяжелыми заболеваниями, такими как шизофрения, что значимо для психологической коррекции и адаптации с последующей оценкой их эффективности. Также полученные данные могут внести существенные дополнения в традиционное патопсихологическое исследование, проводимое в условиях стационара. В современных условиях, когда у патопсихологов очень мало времени на каждого пациента, и нормативы патопсихологических исследований действительно высоки, а пациенты нуждаются не столько в патопсихологической диагностике, сколько в психологической поддержке, необходимо создание компактной синтетической модели исследования, в которой удельный вес диагностических и реабилитационных действий будет сбалансирован в сторону интересов пациентов. Клиническое исследование ценностей дает такую возможность.

## Литература

1. Алишев Б.С. Психологическая теория ценностей (системно-функциональный подход): дисс. ... докт. психол. наук. Казань, 2003. 367 с.
2. Власова О. Антипсихиатрия. Социальная теория и социальная практика. М.: изд-во Высшей школы экономики, 2014. 432 С.
3. Кричевец А.Н. Ценностно-перформативное измерение психологических теорий // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2010. Т. 7. № 4. С. 3–19.
4. Гегер А.Э., Гегер С.А. Изучение ценностных ориентаций: специфика разных подходов / А.Э. Гегер, С.А. Гегер // Вестник Томского государственного университета. 2015. № 399. С. 13–17.
5. Леонтьева Е.М. Использование методики «Классификация ценностей» как инструмента изучения личности у лиц, страдающими психическими расстройствами // Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения: Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции (Москва, 23 сентября 2011 г.). М., 2011. С. 88–91.
6. Маслоу А. По направлению к психологии бытия. М.: Эксмо–Пресс, 2002. 272 с.
7. Петракова Г.В., Шевеленкова Т.Д. Капитуляция DASEIN и особенности экзистенциальных переживаний больных шизофренией // Новые теоретико-

методологические подходы к исследованию в клинической психологии. М.: ЛЕВ, 2013. С. 114–148.

8. Соколова Е.Е. К проблеме «метапонимания» психической реальности с позиций культурно-деятельностной психологии // Психология. Журнал Высшей Школы Экономики. 2010. Т. 7. №4. С. 85–96.

9. Тимофеева-Герасимова К.В., Илизарова М.Б. Методика исследования феномена капитуляции при шизофрении // Новые теоретико-методологические подходы к исследованию в клинической психологии. М.: ЛЕВ, 2013. С. 149–170.

10. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 287 с.

11. Хухорева А.В. Методика опосредствованной диагностики ценностей // Вопросы психологии. 2010. № 4. С. 142–152.

12. Шохин В.К. Философия ценностей и ранняя аксиологическая мысль. М.: Изд-во РУДН, 2006. 457 с.

13. Юм Д. Трактат о человеческой природе. Минск:ООО «Попурри», 1998. 720 с.

14. Яницкий М.С. Ценностные ориентации личности как динамическая система. Кемерово: Кузбассвузиздат, 2000. 204 с.

15. Stanghellini G., Ballerini M. Values in Persons With Schizophrenia //Schizophrenia Bulletin. 2006. Vol. 33. № 1. P. 131–141.

# Methodological and Methodical Issues in Clinical Studies Concerning Values

**Leontieva, E.M.,**

*graduate student, Moscow State University named after M.V. Lomonosov, Faculty of Psychology, Department of Neuropsychology and Psychopathology, Moscow, Russia, lyalya\_ru@mail.ru*

---

The article presents the purchase to studying value systems in various sciences; psychology, philosophy. The paper describes methodological difficulties in clinical studies of values. The first difficulty; an unspoken conviction held by clinicians that psychologically ill patients are not in possession of values whatsoever, or that there is a difference expressed in the production of certain value clusters. The second difficulty is a lack of normative values and the influence of postmodern world views on psychological practice. The article considers a need for reflections on internal value systems. Thereby the contemporary clinical study of value systems, should lead to solutions to the aforementioned problems. For a holistic study of value systems it is necessary to create special experimental conditions to a reflection and understanding of One's Own value systems by the subjects of the study. The article proposes a set of adequate and necessary requirements for patho-psychological experiments in the field of value thought processes of patients with a diagnosis of schizophrenia. As an example of such a study the author shows a detailed interview following a modelled value based dialogue and the authors methodology of 'value classification'. Presented is the interview structure, a set of used values, instructions given to participants, and supplementary questions.

**Keywords:** research methodology, values, value thinking, clinical studies, schizophrenia, value classification.

---

## References

1. Alishev, B.S. Psikhologicheskaya teoriya tsennostei (sistemno-funktsional'nyi podkhod). Diss. dokt. psikhol. nauk. [Psychological Theory of Values (the Systemic-Functional Approach). PhD Thesis]. Kazan', 2003, 367 p.
2. Vlasova, O. Antipsixhiatriya. Sotsial'naya teoriya i sotsial'naya praktika [Anti-psychiatry. Social Theory and Social Practice]. Moscow: Publ. dom Vysshei shkoly ekonomiki, 2014, 432 p.
3. Geger, A.E., Geger, S.A. Izuchenie cennostnykh orientacij: specifika raznykh podkhodov. *Vestnik Tomskogo Gosudarstvennogo Universiteta*, 2015, no. 399, pp. 13–17.

4. Krichevets, A.N. Tsennostno-performativnoe izmerenie psikhologicheskikh teorii [Value-performative Dimension of Psychological Theories]. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki [Psychology. Journal of the Higher School of Economics]*, 2010, vol. 7, no. 4, pp. 3–19.
5. Leont'eva, E.M. Ispol'zovanie metodiki «Klassifikatsiya tsennostei» kak instrumenta izucheniya lichnosti u lits, stradayushchimi psikhicheskimi rasstroistvami [Using the Method "Classification of Values" as a Tool for the Study of Personality with Mental Disorders]. *Ekspertimental'nye metodiki patopsikhologii i opyt ikh primeneniya: Materialy Vserossiiskoi yubileinoi nauchno-prakticheskoi konferentsii (Moskva, 23 sentyabrya 2011 g.) [Proceedings of the Russian Scientific and Practical Conference "Experimental Methods Pathopsychology and Experience of Their Application"]*. Moscow, 2011, pp. 88–91.
6. Maslou, A. Po napravleniyu k psikhologii bytiya [Toward a Psychology of Being]. Moscow: Eksmo–Press, 2002, 272 p.
7. Petrakova, G.V., Shevelenkova, T.D. Kapitulyatsiya DASEIN i osobennosti ekzistentsial'nykh perezhivaniy bol'nykh shizofreniei [Capitulation DASEIN and Especially Existential Experiences of Patients with Schizophrenia]. *Novye teoretiko-metodologicheskie podkhody k issledovaniyu v klinicheskoi psikhologii [New Theoretical and Methodological Approaches to Research in Clinical Psychology]*. Moscow: LEV, 2013, pp. 114–148.
8. Sokolova, E.E. K probleme «metaponimaniya» psikhicheskoi real'nosti s pozitsii kul'turno-deyatel'nostnoi psikhologii [On the Problem of "Meta-Understanding " Psychic Reality from the Standpoint of Cultural Activity-Psychology]. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshei Shkoly Ekonomiki [Psychology. Journal of the Higher School of Economics]*, 2010, vol. 7, no. 4, pp. 85–96.
9. Timofeeva-Gerasimova, K.V., Ilizarova, M.B. Metodika issledovaniya fenomena kapitulyatsii pri shizofrenii [Research Methodology Surrender Phenomenon in Schizophrenia]. *Novye teoretiko-metodologicheskie podkhody k issledovaniyu v klinicheskoi psikhologii [New Theoretical and Methodological Approaches to Research in Clinical Psychology]*. Moscow: LEV, 2013, pp. 149–170.
10. Tkhostov, A.Sh. Psikhologiya telesnosti [Psychology of Corporeality]. Moscow: Smysl, 2002, 287 p.
11. Khukhoreva, A.V. Metodika oposredstvovannoj diagnostiki cennostej [The Technique Mediated Diagnostic Values]. *Voprosy psikhologii [Questions of Psychology]*, 2010, no. 4, pp. 142–152.
12. Shokhin, V.K. Filosofiya tsennostei i rannyya aksiologicheskaya mysl' [The philosophy of values and axiological early thought]. Moscow: Publ. RUDN, 2006, 457 p.
13. Yum, D. Traktat o Chelovecheskoj prirode [The Treatise of Human Nature]. Minsk: OOO "Popurri", 1998, 720 p.

14. Yanitskii, M.S. Tsennostnye orientatsii lichnosti kak dinamicheskaya Sistema [Person's Value Orientations as a Dynamic System]. Kemerovo: Kuzbassvuzizdat, 2000, 204 p.

15. Stanghellini, G., Ballerini, M. Values in Persons with Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2006, vol. 33, no. 1, pp. 131–141.

## Памяти И.М. Никольской

**Куфтяк Е.В.,**

*доктор психологических наук, заведующая кафедрой специальной педагогики и психологии, Костромской государственной университет им. Н.А. Некрасова, Кострома, Россия, [kuftyak@yandex.ru](mailto:kuftyak@yandex.ru)*

**Для цитаты:**

Куфтяк Е.В. Памяти И.М. Никольской [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 3. С. 156–158. doi: 10.17759/psyclin.2016050311

**For citation:**

Kuftyak, E.V. In the Memory of I.M. Nikolskaya [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya], 2016, vol. 5, no. 3, pp. 156–158. doi: 10.17759/psyclin.2016050311 (In Russ., abstr. in Engl.)

Глубокой и незаживающей душевной раной стало известие о смерти доктора психологических наук, профессора Ирины Михайловны Никольской. Светлый образ Ирины Михайловны навсегда останется в наших сердцах. Невозможно представить себе, что рядом с нами нет человека, который был светлым, ярким, открытым, неповторимым и жизнелюбивым.

Многие годы Ирина Михайловна была профессором кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования, потом – Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова. Профессиональный интерес Ирины Михайловны был связан с клинической психологией, и до последних дней жизни она посвящала себя психологической работе с детьми и взрослыми, подготовке и повышению квалификации врачей и психологов. Она блестяще совмещала практическую работу с наукой. Именно благодаря значительному профессиональному опыту и глубинному анализу психологической работы были разработаны авторские методики психологической диагностики и коррекции. При этом ее методики ориентированы на разных специалистов – это и школьные психологи, и клинические психологи, и психотерапевты, и врачи. Ее лекции, мастер-классы и тренинги никого не оставляли равнодушным, заряжали активностью, обогащали опытом и желанием непременно использовать новый инструментарий на практике.

Многие научные и учебные издания были написаны с коллегами-психологами и сотрудниками кафедры, среди которых – Э.Г. Эйдемиллер, Р.М. Грановская, И.В. Добряков, Г.Л. Бардиер, Н.В. Александрова, Н.А. Беляков и многие другие.

Серьезным вкладом в развитие детской клинической психологии, психотерапии и психологии стресса стала монография «Психологическая защита у детей» (2000), написанная в соавторстве с доктором психологических наук, профессором Радой Михайловной Грановской. Книга выдержала несколько переизданий, стала бестселлером, и по праву ее можно считать прорывом в области изучения защитной системы человека. В книге доступно, ярко и эмоционально представлены факты и закономерности становления основных копинг-стратегий и психологических защит у детей.

Еще одно направление, заложенное Ириной Михайловной Никольской, – клиническая психология семьи. Это не только ответ на запросы практики, но и создание концептуального каркаса научной области: история вопроса, предметное поле, связи клинической психологии семьи с фундаментальными отраслями психологии, место в структуре современной медицинской (клинической) психологии, цели и общие задачи, стоящие перед клинической психологией семьи и семейной психотерапией, создание классификации семей, нуждающихся в психологической помощи.

Интерес к научно-методическим проблемам клинической психодиагностики и психотерапии вылился в ряд учебно-методических пособий: «Уроки психологии в начальной школе» (1998, 2004), написанное совместно с Г.Л. Бардиер; «Семейная социограмма в психологическом консультировании» (2010) – с В.В. Пушиной; «Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков» (2014); «Проективная рисуночная методика “Мои взаимоотношения с клиентом”» (2016), написанная в соавторстве с И.Ю. Маргошиной.

В последние годы Ирина Михайловна разрабатывала аспекты кризисной психологической помощи детям и взрослым в совладании с переживанием смерти близких, насилия и тяжелой болезни. Основные теоретические и методические положения кризисной психологической интервенции отражены в последнем учебном пособии «Кризисная психологическая помощь в совладании с переживанием утраты близкого» (2016).

В качестве приглашенного докладчика и лектора она многократно участвовала в международных и всероссийских конференциях, посвященных актуальным вопросам клинической психологии, психическому здоровью детей и подростков, психологическим проблемам современной семьи, стрессу и совладающему поведению.

Ирина Михайловна щедро делилась своим опытом и знаниями, искренне поддерживала своих коллег в любом уголке страны, дарила свое душевное тепло даже при самой короткой встрече, поражала глубиной понимания человеческих душ. Ее хватало на всех. Рядом с ней было спокойно, уютно и тепло. Наша память будет хранить много всего, что связано с ней!



# In the Memory of I.M. Nikolskaya

---

**Kuftyak, E.V.,**

*Doctor of psychological sciences, Head of the Department of Special Education and Psychology,  
Kostroma state university named after N.A. Nekrasov, Kostroma, Russia, kuftyak@yandex.ru*

---

Deep and unhealed soul wound was the news of the death of the doctor of psychological sciences, Professor Irina Mikhailovna Nikolskaya. Light image of Irina Mikhailovna will stay forever in our hearts. It's impossible to imagine, that with us there is no man, that was light, bright, open, unique and cheerful.

---

## Памяти Л.Ф. Обуховой

**Лубовский Д.В.,**

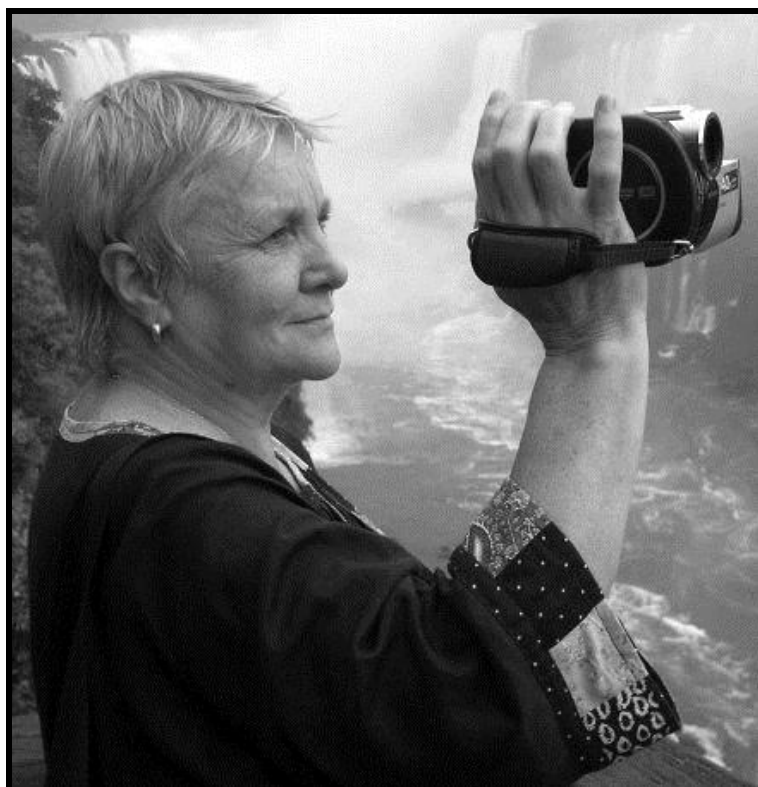
*кандидат психологических наук, профессор факультета психологии образования, кафедры педагогической психологии Московского государственного психолого-педагогического университета, Москва, Россия*

**Для цитаты:**

Лубовский Д.В. Памяти Л.Ф. Обуховой [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 3. С. 159–161. doi: 10.17759/psyclin.2016050312

**For citation:**

Lubovskiy, D.V. In the Memory L.F. Obukhova [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya], 2016, vol. 5, no. 3, pp. 159–161. doi: 10.17759/psyclin.2016050312 (In Russ., abstr. in Engl.)



Не стало Людмилы Филипповны Обуховой – ученого с мировым именем, блестящего преподавателя, автора замечательного учебника по возрастной психологии, прекрасного человека, удивительно открытого и душевно щедрого.

Ученица выдающегося психолога и мыслителя П.Я. Гальперина Л.Ф. Обухова еще в первые годы своей научной биографии стала известна всему психологическому сообществу благодаря своим исследованиям, в которых полемизировала с великим Ж. Пиаже. В Московском государственном университете, а затем в Московском государственном психолого-педагогическом университете Л.Ф. Обухова растила новые поколения исследователей детской души. На занятиях Людмилы Филипповны великие ученые прошлого неизменно представляли перед студентами как живые, а те, кто еще были живы, становились близкими и понятными наставниками. Продолжением этой удивительной преподавательской работы стала серия документальных фильмов о выдающихся психологах, созданная в последние годы под руководством Людмилы Филипповны. Благодаря Л.Ф. Обуховой не прерывалась связь времен между великими психологами прошлого и новыми поколениями студентов. Те, кому посчастливилось работать под руководством Л.Ф. Обуховой, всегда будут помнить ее внимание к людям, доброжелательность, пристальное отношение к работе. А еще она была удивительно интересным собеседником, невероятно эрудированным человеком. Как же мы теперь без Вас, Людмила Филипповна?..

На каждом издании учебника по возрастной психологии, написанного Л.Ф. Обуховой, неизменно оставалось замечательное посвящение: «Вечная признательность учителям». Вечная Вам признательность, Людмила Филипповна...

# In the Memory of L.F. Obukhova

---

**Lubovskiy, D.V.,**

*PhD in Psychology, Professor, Department of Educational psychology, chair of pedagogical psychology, Moscow state university of psychology and education, Moscow, Russia*

---

Lyudmila Fillipovna Obukhova has gone. Lyudmila Fillipovna was the scientist of worldwide reputation, brilliant teacher, surprisingly open and emotionally generous.

---

## Памяти И.С. Гориной

**Специалисты кафедры нейро-и патопсихологии развития,**  
*факультет Клинической и специальной психологии Московского государственного психолого-педагогического университета, Москваб Россия*

**Для цитаты:**

Специалисты кафедры нейро-и патопсихологии развития. Памяти И.С. Гориной [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 3. С. 162–165. doi: 10.17759/psyclin.2016050313

**For citation:**

Specialists of the chair of developmental neuro- and pathopsychology. In the memory of I.S. Gorina [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 3, pp. 162–165. doi: 10.17759/psycljn.2016050313 (In Russ., abstr. in Engl.)



С прискорбием сообщаем, что 27 августа 2016 года скоропостижно скончалась Ирина Станиславовна Горина, доцент кафедры нейро-и патопсихологии развития факультета Клинической и специальной психологии МГППУ, научный сотрудник

кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова.

23 июня 2016 года Ирина Станиславовна отметила свое 55-летие. Она училась и работала на факультете психологии МГУ имени М.В. Ломоносова с 1981 года. В 1987 году получила диплом психолога, а в 2000 году защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата психологических наук на тему «Нейропсихологические синдромы нарушения психических функций у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции» (под руководством профессора Е.Д. Хомской). Эта работа по сию пору остается востребованной. Ирина Станиславовна в течение многих лет занималась научно-исследовательской работой в области клинической и экспериментальной нейропсихологии детского возраста, коррекционно-развивающего обучения, нейропсихологии индивидуальных различий. В сферу ее научно-практических интересов входили расстройства аутистического спектра, синдром дефицита внимания и гиперактивности, трудности школьного обучения, нарушения двигательной сферы и многие другие.

И.С. Горина успешно совмещала научно-исследовательскую работу с педагогической: читала лекции по дисциплинам «Клиническая нейропсихология», «Нейропсихология индивидуальных различий», вела семинары и спецпрактикумы по нейропсихологии, коррекционно-развивающему и восстановительному обучению, руководила подготовкой курсовых и дипломных работ. Преподавание Ирины Станиславовны отличало блестящее владение предметом и широкий кругозор. Она активно участвовала в разработке новых программ лекционных курсов, планов семинарских занятий, спецпрактикумов. Работы И.С. Гориной включены в хрестоматии по нейропсихологии и нейропсихологической диагностике. За успешную работу была награждена юбилейным нагрудным знаком «250 лет МГУ имени М.В. Ломоносова».

С 2001 года по настоящее время Ирина Станиславовна работала на факультете Клинической и специальной психологии МГППУ, читала курсы «Нейропсихология» и «Нейропсихология детского возраста», вела практикум по нейропсихологии, руководила курсовыми и дипломными работами, которые всегда получали высокие оценки у коллег. Для студентов Ирина Станиславовна была требовательным и надежным куратором, стремящимся воспитать настоящих психологов, исследователей и практиков.

В течение многих лет Ирина Станиславовна работала в медико-психологических центрах Москвы, в которых ею оказывалась диагностическая и коррекционная помощь детям с нарушенным психическим развитием, в том числе с расстройствами аутистического спектра. В этой работе Ирина Станиславовна внедряла современные зарубежные методы диагностики и коррекции, а также высокопрофессионально использовала методы отечественной лурьевской школы нейропсихологии. Мы потеряли доброго, отзывчивого и заботливого человека, личные качества которого присущи лучшим психологам.

Ирину Станиславовну отличала широта интересов: она увлеченно занималась спелеологией, горным туризмом, дайвингом, художественной фотографией. В 1979 году И.С. Горина пришла в спелеосекцию МГУ. 80-е годы для спелеосекции Московского университета были временем интенсивных исследований пещеры «Снежная» – самой глубокой на тот момент пещеры СССР и одной из глубочайших пещер мира. Для того чтобы участвовать в экспедициях, надо было успевать и работать, и учиться, и тренироваться. Там же Ирина Станиславовна занималась и педагогической деятельностью: в секции никогда не было тренера, поэтому младших учили старшие. И.С. Горина жила по принципу: во всех экспедициях принять участие нельзя, но надо стремиться; она участвовала в большом количестве поисковых, спортивных, исследовательских экспедиций, в том числе и в глубинных многодневных экспедициях в «Снежную». Со временем появились новые интересы: Ирина Станиславовна занялась дайвингом, открывшим ей поразительный мир подводной жизни. Постепенно, но непрерывно она продвигалась в этом непростом виде спорта. Она ныряла в холодной воде, освоила технодайвинг и вплотную подошла к кейвдайвингу – подводным погружениям в пещерах, но не успела...

В памяти всех, знавших Ирину Станиславовну, она останется профессионалом высокого уровня, ответственной и надежной коллегой, требовательным и в то же время доброжелательным преподавателем, добрым, чутким другом и человеком. Все мы искренне скорбим в связи с безвременной кончиной Ирины Станиславовны.

# In the Memory of I.S. Gorina

---

**Specialists of the chair of developmental neuro- and pathopsychology,**  
*Department of clinical and special psychology, Moscow state university of psychology and  
education, Moscow, Russia*

---

We regret to inform that 27<sup>th</sup> of August 2016 suddenly died Irina Stanislavovna Gorina, assistant professor of the chair of developmental neuro- and pathopsychology, Department of clinical and special psychology, MSUPE, researcher at the chair of neuro and pathopsychology, Department of psychology, Moscow state University named after M.V. Lomonosov.

---