

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ
ЭЛЕКТРОННЫЙ
ЖУРНАЛ**

2016. Том 5, № 4
2016. Vol. 5, no 4

СОДЕРЖАНИЕ

Теоретические исследования

- Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Комолов Д.А., Ениколопов С.Н.* Формирование аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела в контексте проблемы психосоматического развития 1–25

Эмпирические исследования

- Астанина Н.Б.* Вера в справедливый мир как коррелят психологического благополучия подростков 26–38
- Барабанов Р.Е., Фанталова Е.Б.* Особенности эмоционально-личностной сферы у лиц с нарушением голоса 39–49
- Бурдукова Ю.А., Алексеева О.С.* Функция планирования у детей, имеющих в анамнезе нейроонкологическое заболевание 50–60
- Буслаева А.С.* Родительские воспитательные установки при хроническом соматическом заболевании ребенка (на материале юношеского ревматоидного артрита) 61–75
- Зверева Н.В., Кутырева Я.С., Казакова М.В.* Восприятие и выражение эмоций подростками в норме и при шизофрении 76–92
- Ковалева Е.Л.* Копинг-стратегии людей с инвалидностью с разными уровнями ролевой виктимности 93–102
- Холмогорова А.Б., Царенко Д.М., Москачева М.А.* Нарушения социального познания при расстройствах шизофренического и аффективного спектров 103–117

Прикладные исследования

- Куртанова Ю.Е.* Возможности психологической реабилитации пациентов с первичными лимфедемами 118–127

Методы и методики

- Казанцева О.А., Сычев О.А., Тютерева Т.А.* Русскоязычная версия методики «Опросник поведения дошкольников» 128–142

Хроника

- Зверева М.В., Шведовский Е.Ф.* Всероссийская конференция «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн)» 143–149
- Шилина И.Б.* Памяти Ю.А. Костенковой 150–152

CONTENT

Theoretical research

- Chebakova, Y.V., Kharisova, R.R., Komolov, D.A., Enikolopov, S.N.* Formation of the Affective-Cognitive Representation of Body in the Context of Psychosomatic Development 1–25

Empirical research

- Astanina, N.B.* Belief in a Just World as a Correlate of Psychological Well-Being of Adolescents 26–38
- Barabanov, R.E., Fantalova, E.B.* Features of Emotional and Personal Spheres in Patients with Voice Disorders 39–49
- Burdukova, Yu.A., Alekseeva, O.S.* The Function of Planning in Children with a History of Neuro-Oncological Disease 50–60
- Buslaeva, A.S.* Parental Attitude to Upbringing the Child with Chronic Somatic Disease (Based on Juvenile Rheumatoid Arthritis) 61–75
- Zvereva, N.V., Kutyreva, Ya.S., Kazakova, M.V.* The Perception and Expression of Emotions in Normative Teenagers and Those who Suffers from Schizophrenia 76–92
- Kovaleva, E.L.* Coping Strategies in People with Disability and Differences in Level of Role Victimization 93–102
- Kholmogorova, A.B., Tsarenko, D.M., Moskacheva, M.A.* The Social Cognition Impairments of People with Schizophrenia and Affective Spectrum Disorders 103–117

Applied research

- Kurtanova, Ju.E.* The Possibilities of Psychological Rehabilitation of Patients with Primary Lymphedema 118–127

Methods and techniques

- Kazantseva, O.A., Sychev, O.A., Tutereva, T.A.* Approbation of Russian Version of the Preschool Behavior Questionnaire 128–142

Chronicle

- Zvereva, M.V., Shvedovskiy, E.F.* All-Russian Conference with International Participation “Diagnostics in Medical Psychology: Traditions and Prospects (To the 105th Anniversary of S.Ya. Rubinstein)” 143–149
- Shilina, I.B.* In the Memory of Yu.A. Kostenkova 150–152

Формирование аффективно- когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела в контексте проблемы психосоматического развития

Чебакова Ю.В.,

кандидат психологических наук, доцент, кафедра клинической психологии, Московский институт психоанализа (НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»), Москва, Россия, chebakova.yu.v@mail.ru

Харисова Р.Р.,

научный сотрудник, лаборатория экспериментальной и практической психологии, Московский институт психоанализа (НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»), Москва, Россия, checkquality@mail.ru

Комолов Д.А.,

ассистент, кафедра клинической психологии, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России), Москва, Россия, kotolovpsy@gmail.com

Ениколопов С.Н.,

кандидат психологических наук, доцент, заведующий отделом медицинской психологии, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Россия, enikolopov@mail.ru

В статье рассматривается феноменология групп здоровья с позиций культурно-исторического подхода и психоаналитической теории как методологической основы исследования специфики отражения телесного опыта. Обосновывается возможность определения психосоматического онтогенеза как становления аффективных и когнитивных звеньев репрезентации тела в интегрированное, системное интрапсихическое образование. Приводится анализ этапов формирования репрезентации тела, обосновываются и выделяются аффективные и когнитивные компоненты в ее структуре. Обсуждаются теоретико-методологические проблемы динамики аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья. Проблема психосоматического дизонтогенеза рассматривается с позиции деструктуризации и дисбаланса аффективно-когнитивных компонентов репрезентации тела, а также с

учетом фактора детско-родительских отношений и его роли в формировании задержанного психосоматического развития.

Ключевые слова: группы здоровья, аффективные компоненты, когнитивные компоненты, аффективно-когнитивные взаимосвязи, репрезентация тела, психосоматический онтогенез, психосоматический дизонтогенез, задержанное психосоматическое развитие.

Для цитаты:

Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Комолов Д.А., Ениколопов С.Н. Формирование аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела в контексте проблемы психосоматического развития [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 1–25. doi: 10.17759/psyclin.2016050401

For citation:

Chebakova, Y.V., Kharisova, R.R., Komolov, D.A., Enikolopov, S.N. Formation of the Affective-Cognitive Representation of Body in the Context of Psychosomatic Development [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 4. pp. 1–25. doi: 10.17759/psycljn.2016050401 (In Russ., abstr. in Engl.)

В последние десятилетия возросли тенденции увеличения числа детей с соматической патологией, а также смещения начала заболевания на более ранний возрастной период. Утяжеление течения болезни, приводящее к инвалидизации и социальной дезадаптации, превращает проблему детских соматических расстройств в медико-социо-психологическую проблему, требующую междисциплинарного подхода к лечению и предупреждению возникновения подобного рода заболеваний.

С медицинской точки зрения, для удобства проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий пациентов принято разделять по группам здоровья. Присвоение детям определенной группы здоровья, согласно инструкции, утвержденной приказом Минздрава РФ от 30.12.2003 года №621, должно проводиться с учетом ряда основополагающих критериев: наличия или отсутствия функциональных нарушений или хронических заболеваний; уровня состояния основных систем организма; степени сопротивления неблагоприятным внешним условиям; уровня достигнутого развития и его гармоничности. Исходя из этих критериев, дети могут быть разделены на пять основных групп здоровья. К первой группе относятся здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие. К второй группе здоровья относятся дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются функциональные и морфофункциональные нарушения: дети с задержкой физического развития, часто болеющие дети, а также дети с последствиями травм и операций при сохранности

соответствующих функций. К третьей группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, с сохранными или компенсированными функциональными возможностями, психическими расстройствами и расстройствами поведения в их невыраженной форме, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций; при этом степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения или труда. К четвертой группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии с нестойкой клинической ремиссией, частыми обострениями при частичной сохранности функциональных возможностей, дети с ограничениями возможности обучения и труда. В пятую группу здоровья входят дети, нуждающиеся в постоянной клинической помощи и имеющие значительные ограничения обучения и труда: с тяжелыми хроническими заболеваниями без ремиссии, непрерывно рецидивирующим течением заболевания, выраженной декомпенсацией функциональных возможностей [40].

Таким образом, детей первой, второй и третьей групп здоровья объединяет общность условий социальной адаптации (например, обучения в условиях массовой школы), однако они имеют разные возможности с точки зрения соматического и психического благополучия. В нашем исследовании будут рассматриваться дети и подростки, входящие в первую, вторую и третью группы здоровья; дети и подростки четвертой и пятой групп в силу отягощенности их соматического статуса и отличительных условий социальной адаптации, требующих, на наш взгляд, дополнительного рассмотрения и анализа, обсуждаться не будут. Значимым фактором выбора данных групп здоровья также являются высокие показатели компенсаторных возможностей детей особенно в условиях адекватного и планомерного воздействия и обучения, а также профилактических мероприятий, в частности, внутри семей.

Согласно сравнительным данным всероссийской диспансеризации за 2002 и 2014 годы, отмечается ухудшение состояния здоровья школьников. Так, из числа детей, прошедших профилактический осмотр в 2002 году, 32% школьников являются относительно здоровыми (первая группа здоровья); у 51,7% выявлен риск развития той или иной формы соматической патологии (вторая группа здоровья); 16,25% детей имеют хронические соматические заболевания (третья группа здоровья). Аналогичные данные за 2014 год указывают на снижение количества относительно здоровых детей и увеличение количества детей с теми или иными функциональными расстройствами: 25,8% детей имеют первую группу здоровья, 59,2% – вторую группу здоровья, 13,5% – третью группу здоровья. В соответствии с данными НИИ Гигиены и охраны здоровья детей и подростков, процентное соотношение представлено другими показателями: первую группу здоровья имеют 3,3% школьников, вторую группу – 34,8%, третью группу – 58,8% [5; 29].

Несмотря на распространенность второй и третьей групп здоровья в условиях массовой школы, сравнительный анализ психологических особенностей детей с

разными группами здоровья ни в отечественных, ни в зарубежных исследованиях не представлен.

Большинство работ, посвященных изучению групп здоровья, осуществляется в рамках педагогики и педиатрии и реализуется с позиции разработки воспитательных или реабилитационно-лечебных мероприятий [29; 33; 51]. Наметившийся в последние десятилетия в медицине переход от патоцентрической к саноцентрической целостной модели здоровья позволяет рассматривать группы здоровья как целостную медико-психологическую модель, включающую в себя ряд психологических факторов [60].

Болезнь создает особый телесный опыт и особый стиль детско-родительских отношений, что раскрывает перспективы проведения сравнительного анализа детей с различными группами здоровья в рамках исследования психосоматического онтогенеза и дизонтогенеза. Введение в теоретико-методологический анализ категории развития позволяет обратиться к методу возрастных срезов с целью исследования психологических феноменов у детей с различными группами здоровья в динамике.

Таким образом, *целью* настоящего исследования является теоретический анализ психосоматического онтогенеза и дизонтогенеза у детей с различными группами здоровья, не имеющих ограниченных возможностей в условиях общеобразовательной школы (первая, вторая, третья группы). Основными задачами исследования являются: описание общемедицинской феноменологии указанных групп здоровья; анализ психологических исследований, посвященных различным группам здоровья; описание и формулирование гипотез относительно специфики психосоматического онтогенеза у детей и подростков с различными группами здоровья. В качестве основного *метода* в данном исследовании будет применяться теоретико-методологический анализ.

При подобном подходе возникает важный вопрос: возможно ли рассматривать детей различных групп здоровья как единый «конгломерат» для психологического анализа, тем более что внутри групп здоровья имеются дети с различными нозологическими формами и телесным опытом? Безусловно, специфика течения и динамика различных заболеваний придают своеобразие субъективному опыту переживания телесного дефекта, внутренней картине болезни, социальной ситуации развития. Психологические факторы, например, личность ребенка, особенности волевой сферы, темперамента накладывают уникальный, неповторимый отпечаток переживания и осознания болезни. Однако рассмотрение различных групп здоровья позволяет учитывать один из ведущих факторов психосоматического становления ребенка – его социальную ситуацию развития как специфическую структуру, сочетающую внутренние процессы и внешние условия развития. Презентация дефекта в субъективном опыте личности и его роль в мире ребенка раскрывается в аспекте осознания, ощущения «социального вывиха», причиняемого телесным недостатком [10]. Описанные ранее различия

адаптационных возможностей детей первой, второй и третьей групп здоровья позволяют предполагать специфически типизированные картины социальной позиции ребенка в зависимости от группы здоровья.

Тезис об общности факторов и механизмов психосоматического развития детей в рамках одной группы здоровья также обосновывается содержанием понятия «социальная ситуация развития» [10; 36]. По мнению Л.С. Выготского, биологические детерминанты развития, к которым можно отнести и наличие у ребенка соматического заболевания, являются той основой, которая подлечит культурно-исторической трансформации и психологическому овладению; биологическое и социальное образуют сложную целостную систему с взаимно обусловленными связями [10]. С другой стороны, в работах школы В.В. Николаевой болезнь рассматривается как особое событие в жизни человека, создающее ситуацию психологического кризиса и изменяющее социальную ситуацию развития [36]. Таким образом, само наличие соматического заболевания у ребенка является составной частью его социальной ситуации развития как характеристика и внутренних процессов, и внешних условий. Кроме того, социальную ситуацию развития ребенка задают и условия воспитательной среды, на которую болезнь влияет вторично. Другими словами, мы полагаем, что несмотря на полиморфизм соматических заболеваний, входящих в единую группу здоровья, инструкцией, утвержденной приказом Минздрава РФ, определены критерии включения детей в группу здоровья, задающие общность социальной ситуации развития в каждой группе здоровья. Уровень здоровья ребенка является той биологической координатой, которая задает паттерн детско-родительских отношений, опосредующий специфические для каждой группы здоровья особенности психосоматического развития.

Среди психологических особенностей, изученных в рамках исследования групп здоровья, отмечают: 1) различные реакции психологической адаптации; так, дети второй и третьей групп более подвержены реакциям активации (21% и 32,3% соответственно) и срыва адаптации (4% и 14,3% соответственно); 2) снижение общего показателя качества жизни при переходе от первой группы здоровья к третьей [46]. Ряд исследований также посвящен анализу детско-родительского взаимодействия, однако в этом случае в рамках рассмотрения групп здоровья обсуждается либо тяжесть патологии (без указания принадлежности к группе здоровья), либо выделяется лишь отдельная часть детей второй группы здоровья (например, часто и/или длительно болеющие дети).

Следует отметить наличие исследований на модели часто болеющих детей (детей второй группы здоровья), рассматривающих специфику их тревожности и негативных переживаний. Так, в исследовании А.А. Михайленко с соавторами были выявлены высокие показатели личностной тревожности и тревожности на занятиях у данных детей, а также склонность к глобализации и экстраполяции ощущения угрозы на широкий спектр ситуаций, частотность негативных переживаний [30]. В рамках нейропсихологических исследований часто болеющих детей отмечается

более выраженный уровень несформированности познавательной деятельности в данной группе по сравнению со здоровыми сверстниками: снижение показателей продуктивности выполнения проб, направленных на исследование двигательных функций, особенно динамического и пространственного праксиса [12].

С точки зрения анализа психологических особенностей наиболее представлены исследования, связанные с выявлением специфики деятельности и функционирования детей, входящих в третью группу здоровья, то есть имеющих хроническое соматическое заболевание.

Психологические работы в области изучения третьей группы здоровья включают исследования социальной ситуации развития [9; 36; 57], особенностей телесного и эмоционального опыта [13; 21; 34], особенностей личности детей при нарушении здоровья [20], а также исследования, направленные на изучение аффективно-поведенческих предпосылок, участвующих в становлении психопатологических процессов у детей и подростков с позиции психосоматической взаимосвязи [3; 19].

Существует направление исследований, изучающее особенности детско-родительских отношений у детей с хроническими соматическими заболеваниями, в рамках которых основное внимание уделяется нарушению знаково-опосредованной коммуникации между матерью и ребенком [7], наличию гиперопекающего стиля, а также стиля, характеризующегося фобией утраты ребенка [13; 43], тревогой [32], наличием патологической симбиотической связи в период раннего детства [2; 14], внутриличностного конфликта у родителей [18]. Симбиотический характер детско-родительских отношений в семьях с больным ребенком также был обнаружен в диссертационной работе Е.В. Котовой [23]. В ряде исследований была показана противоречивость, внутренняя конфликтность воспитательных паттернов в семьях, имеющих соматически больного ребенка [8; 17; 27], отмечены гендерные различия родительского отношения к соматически ослабленным детям [16]. Следует отметить, что данные относительно патогномичности типов детско-родительских отношений оказываются неоднозначными. Так, в ряде исследований выявляются существенные различия, связанные с превалированием дисгармоничного стиля в семьях с больными детьми и подростками; в других отмечается относительная сопоставимость типов отношений в семьях больных и здоровых детей [16].

Представление о психосоматическом развитии методологически наиболее полно реализовано в рамках культурно-исторического подхода, рассматривающего телесность как аналог высших психических функций [38]. В рамках данного направления было описано формирование сферы телесности у ребенка в раннем детстве, а также на примере различных нозологий показаны патологические пути ее развития [9; 31; 38].

Телесность как психологический конструкт раскрывает себя через сложную совокупность психосоматических феноменов, таких как образ тела, схема тела,

представления о теле, образ физического Я, Я-концепция, телесное Я, концепция тела, опыт тела. Изучению указанной феноменологии посвящено множество исследований [15; 26; 31; 38; 65; 66]. Границы вышеперечисленных феноменов четко не определены, частично перекрываются; чаще всего речь идет лишь о разнице в терминологии, сама же феноменология обнаруживает общие звенья – степень осознанности и произвольности психосоматических феноменов, вклад аффективных и когнитивных составляющих телесного самосознания.

На наш взгляд, наиболее эвристичным теоретико-методологическим понятием, способным описать психологические закономерности онтогенеза телесности, является понятие «психической репрезентации». Традиционно понятие «ментальной репрезентации» разрабатывалось в рамках когнитивного подхода с точки зрения исследования ее структуры и взаимосвязи с познавательными процессами и в психоаналитических теориях, рассматривающих соотношение репрезентаций со сферой чувств, желаний, фантазий и влечений, а также с опытом взаимодействия со значимыми другими, с закономерностями развития собственного Я [22]. Анализ специфики психосоматического функционирования через применение конструкта психической репрезентации позволяет определять его, с одной стороны, как процесс актуального отражения телесных феноменов в интрапсихическом пространстве, то есть как субъективный опыт, образ, категориальную структуру сознания [57], с другой – как способ, специфический «коридор», формат психического отражения [42; 63; 64]. Данные аспекты рассмотрения связаны со структурно-системными особенностями психической репрезентации, которая является и результатом, и, по сути, конечным продуктом работы когнитивных структур, но также и сама представляет собой процесс отражения действительности и его организации.

В современных психологических исследованиях конструкт психической репрезентации экстраполируется на различные аспекты психического функционирования (например, эмоции, психические состояния; вводятся конструкты психической репрезентации времени и пространства, ситуации создания семьи и др. [39; 44; 58]), поскольку позволяет раскрывать и анализировать целостные, интегративные системные структуры внутриспсихического пространства, включенные в образ мира, зависящие от предшествующего опыта и трансформирующиеся под влиянием целей деятельности и регулирующие ее [4; 28; 35; 42; 45].

Феномен телесности, рассматриваемый как результат психического отражения тела [53; 59] в контексте категории психосоматического развития, позволяет теоретически обосновать конструкт репрезентации тела как сложную иерархическую систему аффективно-когнитивных взаимодействий, претерпевающую изменения в ходе онтогенеза. Понятие психической репрезентации применительно к телесной категории встречается в ряде отечественных исследований в терминологии репрезентации телесного опыта [1], телесности [11], тела [41].

Традиция исследования психической репрезентации как системного аффективно-когнитивного образования, отличающегося различными уровнями символического опосредования, когнитивной сложности, эмоциональной пристрастности и связанного с отражением реальности в интрапсихическом плане, содержится и в современных работах в структуре разных вариантов феномена искажения самосознания: в исследованиях идентичности, самооценки, защитных механизмов, межличностных отношений, стилей репрезентаций «Я–Другой» [22; 47; 48; 50; 61, 62]. На различных моделях патологии было показано, что низкая дифференцированность и интегрированность когнитивно-аффективных компонентов самосознания, а также специфика механизмов их искажения связаны с нестабильностью отношения к себе и могут рассматриваться как predispositional факторы (предикторы) развития невротических, личностных и поведенческих расстройств [15; 22; 48; 49].

Опираясь на положения о единстве и взаимодействии эмоций и интеллекта (по сути, системе аффективно-когнитивных связей), представленные в ряде работ Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, О.К. Тихомирова, Б.В. Зейгарник, Ю.Ф. Полякова, В.В. Лебединского, Е.Т. Соколовой, репрезентацию тела можно представить как сложный, системный, динамический феномен психического отражения телесных феноменов. Применение к модели телесности свойств психической репрезентации позволяет учитывать субъективность процесса телесного отражения, подверженность внешним влияниям и аффективным состояниям. Репрезентация тела с этой точки зрения может рассматриваться не только как объективное отражение телесных феноменов, но и как индивидуализированный процесс восприятия, проходящий через призму интернализованных ранее аффективных и когнитивных комплексов. С другой стороны, аффективно-когнитивная репрезентация тела является целостной структурированной системой телесного опыта, различные компоненты которой находятся в системном иерархическом единстве. Такой подход позволяет учитывать не только осознаваемые составляющие телесного Я, но и неосознаваемые компоненты, представленные непосредственными сенсомоторными и соматическими ощущениями и носящие символический характер бессознательной коммуникации. Психосоматическое развитие в данной модели можно представить как последовательный процесс интеграции аффективных и когнитивных звеньев в единую структуру при ведущей роли когнитивных компонентов.

Идею последовательного формирования аффективных и когнитивных звеньев репрезентации тела обосновывают теоретические представления В.В. Николаевой и Г.А. Ариной относительно этапов психосоматического развития [37; 38]. Авторами выделено четыре этапа психосоматического онтогенеза. В целом становление высших психических функций, обладающих гетерохронностью развития, а также различные кризисные периоды и влияние ведущей деятельности и социальной ситуации развития прослеживаются и при исследовании динамики становления телесного Я, обозначающего определенные категории соотношений когнитивных и аффективных компонентов репрезентации тела. Первичный психосоматический

феномен в рамках психосоматического онтогенеза рождается внутри диады «мать–дитя» и связан с формированием языка тела. Через систему эмоциональной коммуникации на первом этапе возникает система аффективных звеньев репрезентации тела. В психоаналитической литературе данный этап психосоматического развития представлен в контексте теории ресоматизации–десоматизации М. Шура [67], в которой формирование телесного «Я» ребенка описывается как основа становления самосознания и поведенческих паттернов [2; 52; 65]. Развитие телесного Я ребенка связано с аспектом аффективно значимых переживаний (ощущений удовольствия и неудовольствия) и в дальнейшем последовательно дифференцированных эмоций; при этом аффективный пласт переживаний способствует изучению собственного тела и со временем – приобретению контроля над этими ощущениями [52].

На втором этапе психосоматического развития, согласно классификации В.В. Николаевой и Г.А. Ариной [37; 38], ребенок начинает манипулировать собственным телом, возникает возможность подражательных действий, формируются телесные стереотипы реагирования, в том числе за счет повторения телесных симптомов взрослого. На данном этапе усваиваются культурные способы отправления той или иной функции и, согласно нашей позиции, формируются когнитивные прототипы репрезентации тела.

Третий этап психосоматического онтогенеза связан с преобразованием психосоматической связи, происходящей благодаря опосредованию телесных функций системой языковых знаний, что, в свою очередь, приводит к развертыванию когнитивных звеньев репрезентации тела, центральную роль в процессе которого приобретает вербальное обозначение семантической категориальной структуры телесного опыта. Переструктурирование системы аффективно-когнитивных компонентов в системе репрезентации тела на данном этапе сопровождается конструированием норм идеального образа тела, или образца сравнения, и началом становления стабильной телесной репрезентации, что становится возможным лишь при условии достаточного когнитивного развития [68].

На четвертом этапе психосоматического развития происходит развитие рефлексивного отношения к собственному телу и, соответственно, формирование метапозиции по отношению к собственному телу, что, предположительно, является условием интеграции аффективных и когнитивных компонентов репрезентации тела при ведущей роли последних.

В психоаналитической традиции представлена не только значимая роль аффективной коммуникации в диаде «мать–дитя» в развитии телесного Я ребенка, но и обоснованы основные векторы его развития – формирование ценности и целостности репрезентации тела, – а также роль постепенной когнитивной дифференциации в данном процессе при условии материнского нарциссического катексиса. Опыт материнской заботы, сопровождающийся позитивным

эмоциональным окрасом и контейнированием негативных переживаний [6], обуславливает переход от аутоэротизма к нарциссизму [56] и возрастание целостности телесного опыта, приобретаемого в том числе через осознание и принятие телесных особенностей (включая разницу полов, наличие женских или мужских гениталий) [2; 52]. Смещение либидинозного катексиса с отдельных частей тела к катексису самости образует целостный опыт в единой репрезентации Я – связанной структуры соматической и психической самости [24]. Другим свойством, приобретаемым через позитивный опыт совместно разделенного телесного удовольствия с матерью, является обретение ценностного ядра телесной репрезентации. При этом важным аспектом формирования целостности и ценности телесного образа ребенка является его нарциссическое катектирование через интериоризацию и идентификацию со зрелым телом родителя соответствующего пола [52].

Таким образом, на основе приведенного выше аналитического обзора литературы, можно выделить следующие аффективные компоненты в структуре репрезентации тела: телесная репрезентация потребностей; эмоциональная нагрузка тела, связанная со степенью эмоциональной дифференцированности тела и гармоничностью/конфликтностью его аффективной заряженности; эмоциональное отношение к телу, отражающее вектор его ценности. В качестве когнитивных звеньев репрезентации тела можно выделить вербальное опосредование телесного опыта, степень целостности его семантической категориальной структуры и точность когнитивной оценки параметров тела. Предложенные аффективные и когнитивные компоненты не являются исчерпывающими, а сами феномены аффективно-когнитивных взаимосвязей в системе репрезентации тела нуждаются в дальнейшей эмпирической верификации. Наиболее подходящими экспериментально-психологическими методами исследования выделенных аффективных компонентов в структуре репрезентации тела являются проективные (в том числе цветоассоциативные) методы, когнитивных – психосемантические и сравнительные (сравнение объективных и субъективных параметров тела).

Наряду с нормальными феноменами репрезентации тела наблюдаются и явления отклонения в психосоматическом развитии ребенка. Механизмы психосоматического дизонтогенеза в настоящее время изучены недостаточно. На основе структуры психического дизонтогенеза, выделенной В.В. Лебединским [25], Г.А. Арина и В.В. Николаева описали варианты психосоматического дизонтогенеза: отставание (задержка) социализации телесных функций; регресс психосоматического развития, обусловленный временным воздействием различного рода вредностей; искажение психосоматического развития, характеризующееся дисгармоническим развитием отдельных сторон образа телесного Я [38].

Как было проанализировано выше, большинство соматических симптомов у ребенка вызваны аффективными или личностными нарушениями, которые во

многим обусловлены отношениями в семье, а отношения в диаде «мать–дитя» задают основные векторы в формировании аффективно-когнитивных взаимосвязей в системе репрезентации тела и их динамику в ходе психосоматического развития. В исследовании О.Г. Мотовилина, посвященном изучению представлений ребенка о собственном теле в условиях нормальной семьи и интерната, было выделено две центральных тенденции развития структуры телесного опыта, связанные, во-первых, с процессом его дифференциации и усложнения организации; во-вторых – с интеграцией и повышением целостности. При этом дифференциация проявлялась в феноменах расширения категориальной структуры телесного опыта и разделения аффективных и соматических феноменов. Интеграция представлений о собственном теле была связана с формированием образа целостного тела, его категориальной представленности и иерархической структурированности. Значимыми факторами нормативного процесса дифференциации и интеграции, по мнению автора, выступают социальная ситуация развития ребенка, а также уровень вербального (определяет объем телесного и болевого опыта, интегрированность категориальной структуры телесности) и невербального интеллекта (определение роли боли и представленность частей тела в сознании) [31].

Основываясь на представлениях Л.С. Выготского о связи аффекта и интеллекта, а также на механизмах протекания аномального онтогенеза, предложенных В.В. Лебединским и описанных в исследованиях школы Е.Т. Соколовой, представляется возможным изучение динамики аффективно-когнитивных взаимосвязей в системе репрезентации тела при психосоматическом дизонтогенезе на модели различных групп здоровья у детей и подростков. Исследование возрастной динамики становления аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья с помощью метода возрастных срезов позволит прояснить варианты психосоматического дизонтогенеза с точки зрения нарушений указанных взаимосвязей в различных условиях психосоматического развития. Можно предположить, что у детей и подростков, имеющих третью группу здоровья, будет наблюдаться задержка психосоматического развития, что найдет свое отражение в структурных особенностях аффективных и когнитивных компонентов репрезентации тела, а также в их взаимосвязях. Стиль детско-родительских отношений может выступать значимым фактором психосоматического развития и приводить к психосоматическому дизонтогенезу задержанного типа при доминирующей гиперпротекции в воспитании. Особенности соматического функционирования (например, обменных процессов) детей второй группы здоровья [51], их промежуточное положение и выраженная возможность компенсации нарушений и перехода в первую группу здоровья, как и вероятность хронификации патологии, позволяют говорить о специфических особенностях репрезентаций тела в данной группе. Отсутствие интенсивных негативных телесных ощущений при наличии возможности объективации собственного тела (в рамках легкой формы патологии) создают особые условия формирования телесного опыта и внутренней картины болезни [54], особую социальную ситуацию развития [10; 36] и, соответственно, своеобразную структуру аффективно-когнитивных взаимосвязей в

структуре репрезентации тела. Можно предположить, что детей второй группы здоровья будут отличать достаточно высокая точность когнитивных оценок параметров тела при ригидности когнитивного компонента системы репрезентации тела и дисфункции (повышенной негативной нагрузке) ее аффективного звена, что может создавать неустойчивую систему аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела. Проведенный выше теоретический анализ исследований позволяет выдвинуть следующие **гипотезы** для их эмпирической проверки:

В первой группе здоровья в динамике репрезентации тела будет наблюдаться ее поэтапное формирование: у детей преобладают аффективные компоненты, в подростковом возрасте формируется система аффективно-когнитивных взаимосвязей при ведущей роли когнитивного звена в системе репрезентации тела.

Во второй группе здоровья в ходе психосоматического онтогенеза будет наблюдаться дезинтеграция системы аффективно-когнитивных взаимосвязей при ригидности когнитивного компонента репрезентации тела и дисфункции (повышенной негативной нагрузке) ее аффективного звена.

В динамике репрезентации тела в третьей группе здоровья будет выявляться преобладание аффективных компонентов при задержке формирования когнитивного звена в структуре репрезентации тела.

В третьей группе здоровья стиль воспитания по типу доминирующей гиперпротекции может выступать фактором нарушения аффективно-когнитивных взаимосвязей в системе репрезентации тела.

В заключение следует наметить практические перспективы эмпирического исследования, не имеющего аналогов ни в отечественной, ни в зарубежной литературе. Изучение динамики аффективно-когнитивных взаимосвязей в системе репрезентации тела у детей и подростков с различными группами здоровья внесет вклад в понимание психологических особенностей указанной выборки. Результаты исследования позволят выделить мишени психологического воздействия и разработать индивидуальный подход в рамках коррекционного обучения детей и подростков с различными формами соматической патологии. Также данные, полученные в ходе исследования, могут быть использованы в диагностической работе, направленной на предупреждение отклонений в психосоматическом развитии, что в дальнейшем может способствовать возникновению программ лечения заболеваний с учетом не только соматических, но и психологических факторов.

Литература

1. Айвазян Е.Б. Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005. 321 с.

Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Комолов Д.А., Ениколопов С.Н. Формирование аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела в контексте проблемы психосоматического развития
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 4. С. 1–25.

Chebakova, Y.V., Kharisova, R.R., Komolov, D.A., Enikolopov, S.N. Formation of the Affective-Cognitive Representation of Body in the Context of Psychosomatic Development
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 4, pp. 1–25.

2. *Аммон Г.* Психосоматическая терапия. СПб.: Речь, 2000. 238 с.
3. *Антропов А.Ф., Шевченко Ю.С.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия. М.: изд-во Института Психотерапии, изд-во НГМА, 2001. 320 с.
4. *Артемьева Е.Ю.* Основы психологии субъективной семантики. М.: Наука, Смысл, 1999. 350 с.
5. *Баранов А.А.* Состояние современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании // Вестник Российской Академии медицинских наук. 2009. № 5. С. 6–11.
6. *Бион У.Р.* Научение через опыт переживания. М.: Когито-Центр, 2008. 127 с.
7. *Булыгина М.В.* Особенности коммуникации в семьях детей с хроническими заболеваниями пищеварительной системы // Журнал Психологическая наука и образование. 2005. № 4. С. 14–29.
8. *Вахрушева И.А.* Отношение к болезни у подростков с заболеваниями желудочно-кишечного тракта: дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2004. 215 с.
9. *Воронина С.Н., Маскова Г.С.* Анализ медико-социально-психологического статуса дошкольника из группы риска по формированию бронхиальной астмы [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. № 4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 10.05.2016).
10. *Выготский Л.С.* Основы дефектологии. СПб.: Лань, 2003. 654 с.
11. *Горячев В.В.* Полиmodalный образ тела – собирательная модель-репрезентация телесности // Материалы международной научной конференции «Современная психология» (г. Пермь, июнь 2012 г.). Пермь: «Меркурий», 2012. С. 4–5.
12. *Горячева Т.Г.* Нейропсихологический статус детей, часто болеющих респираторными заболеваниями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2013. № 2. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2013/n2/62053.shtml> (дата обращения: 24.08.2016).
13. *Горячева Т.Г.* Роль детско-родительских отношений в психическом развитии подростков, оперированных по поводу врожденного порока сердца в раннем возрасте: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1995. 188 с.
14. *Дольто Ф.* Бессознательный образ тела. Ижевск: ERGO, 2006. 376 с.
15. *Дорожевец А.Н., Соколова Е.Т.* Исследование образа физического я: некоторые результаты и размышления // Телесность человека: Междисциплинарные исследования. М.: Философское общество СССР, 1991. С. 67–70.

Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Комолов Д.А.,
Ениколопов С.Н. Формирование аффективно-
когнитивных взаимосвязей в структуре
репрезентации тела в контексте проблемы
психосоматического развития
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 4. С. 1–25.

*Chebakova, Y.V., Kharisova, R.R., Komolov, D.A.,
Enikolopov, S.N. Formation of the Affective-
Cognitive Representation of Body in the Context
of Psychosomatic Development
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 4, pp. 1–25.*

16. Дусказиева Ж.Г. Особенности материнского отношения к соматически ослабленным мальчикам // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. 2015. № 1. С. 145–147.

17. Елиашвили М.Н. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2012. 170 с.

18. Зерницкий О.Б. Родительство в семьях с детьми с ограниченными возможностями: проблемы, установки, поддержка // Мир психологии. 2010. № 1. С. 134–145.

19. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996. 454 с.

20. Ковалевский В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка. Красноярск: КГПУ, 1997. 122 с.

21. Коваленко Н.А. Эмоциональный и телесный опыт ребенка с бронхиальной астмой: дис. ... канд. психол. наук. М., 1998. 227 с.

22. Коршунова А.Р. Аффективно-когнитивный стиль репрезентаций отношений «Я – Другой» у лиц с суицидальными попытками: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005. 179 с.

23. Котова Е.В. Особенности родительского отношения к соматически больным детям старшего дошкольного возраста (на примере часто болеющих детей и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата): дисс. ... канд. психол. наук. Казань, 2003. 179 с.

24. Кохут Х. Восстановление самости [Электронный ресурс]. М.: Когито-Центр, 2002. 316 с. // ЭБС Университетская библиотека онлайн. <http://www.biblioclub.ru/index.php?page=book&id=56418> (дата обращения: 04.05.2016).

25. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей : учебное пособие. М.: изд-во МГУ, 1985. 165 с.

26. Леонтьев Д.А. Очерки психологии личности. М.: Смысл, 1993. 43 с.

27. Лифинцева А.А. Особенности социально-психологической адаптации к школе детей с хроническими соматическими заболеваниями: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005. 179 с.

28. Ломов Б.Ф. Системность в психологии. Избранные психологические труды. М.: изд-во МПСИ; Воронеж: изд-во НПО «МОДЭК», 2003. 424 с.

Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Комолов Д.А., Ениколопов С.Н. Формирование аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела в контексте проблемы психосоматического развития
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 4. С. 1–25.

Chebakova, Y.V., Kharisova, R.R., Komolov, D.A., Enikolopov, S.N. Formation of the Affective-Cognitive Representation of Body in the Context of Psychosomatic Development
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 4, pp. 1–25.

29. *Макеев Н.И., Родионов В.А., Антонова Е.В.* Особенности отношения подростков 15-17 лет к собственному здоровью // Российский педиатрический журнал. 2009. № 5. С. 45–47.

30. *Михайленко А.А., Черешнев В.А., Майоров Р.В.* Анализ психических и личностных особенностей у детей с частыми респираторными инфекциями // Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2011. № 3. С. 58–61.

31. *Мотовилин О.Г.* Развитие представлений о собственном теле у детей в условиях семьи и интерната: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2001. 188 с.

32. *Мохов В.А., Крештапова М.А., Шибкова О.С., Дианова О.Н.* Особенности детско-родительских отношений в семьях с тяжелобольными детьми. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 6. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 23.08.2016).

33. *Мухетдинова А.Р.* Функциональные особенности сердечно-сосудистой системы младших школьников разных групп здоровья: дисс. ... канд. биол. наук. Казань, 2000. 133 с.

34. *Нагога Е.А.* Факторы риска формирования структурного аттрактора болезни у подростков и их матерей, страдающих нейродермитом: дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2002. 248 с.

35. *Найссер У.* Познание и реальность. М.: Прогресс, 1981. 230 с.

36. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. М.: изд-во МГУ, 1987. 166 с.

37. *Николаева В.В., Арина Г.А.* Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 1. С. 119–126.

38. *Николаева В.В., Арина Г.А.* От традиционной психосоматики к психологии телесности // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1996. № 2. С. 8–18.

39. *Подпругина В.В.* Ментальные репрезентации базовых эмоций: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2003. 198 с.

40. Приказ Минздрава РФ от 30.12.2003 N 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей (вместе с «Инструкцией по комплексной оценке состояния здоровья детей»)» [Электронный ресурс] / Министерство здравоохранения Российской Федерации. М., 2003. 12 с. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_126812/2ff7a8c72de3994f30496a0ccb1ddafdaddd518/ (дата обращения: 11.05.2016).

41. *Ребеко Т.А.* Субъектность и репрезентация тела // Развитие психологии в системе комплексного человекознания. Ч. 1. М.: изд-во Института психологии РАН, 2012. С. 256–261.

Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Комолов Д.А., Ениколопов С.Н. Формирование аффективно-когнитивных взаимосвязей в структуре репрезентации тела в контексте проблемы психосоматического развития
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 4. С. 1–25.

Chebakova, Y.V., Kharisova, R.R., Komolov, D.A., Enikolopov, S.N. Formation of the Affective-Cognitive Representation of Body in the Context of Psychosomatic Development
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 4, pp. 1–25.

42. *Ришар Ж.Ф.* Ментальная активность. Понимание, рассуждение, нахождение решений. М.: изд-во Института психологии РАН, 1998. 232 с.

43. *Руслякова Е.Е.* Психологические особенности личности подростков, страдающих бронхиальной астмой и методы психокоррекции: дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2004. 264 с.

44. *Семенова М.Н.* Ментальные репрезентации времени и пространства: дисс. ... канд. психол. наук. Екатеринбург, 2008. 214 с.

45. *Сергиенко Е.А.* От когнитивной психологии к психологии субъекта // Психологический журнал. 2007. Т.28. №1. С.17–27.

46. *Сердюков А.Ю.* Оценка состояния здоровья учащихся старших классов в условиях профильного обучения: дисс. ... канд. мед. наук. Саратов, 2011. 109 с.

47. *Соколова Е.Т.* Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: изд-во Моск. ун-та, 1989. 210 с.

48. *Соколова Е.Т., Бурлакова Н.С., Лэонтиу Ф.* К изучению «диффузной» гендерной идентичности при пограничной личностной организации: теоретический анализ проблемы // Вопросы психологии. 2001. № 6. С. 3–16.

49. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: Аргус, 1995. 359 с.

50. *Соколова Е.Т., Федотова Е.О.* Влияние мотивационных конфликтов и когнитивной недифференцированности на устойчивость самооценки // Вестник Московского ун-та. Сер. 14. Психология. 1986. Т. 14. № 1. С. 20–29.

51. *Спатаева М.Х.* Методика дифференцированного подхода в физическом воспитании детей старшего дошкольного возраста II и III групп здоровья: дисс. ... канд. пед. наук. Омск, 2006. 191 с.

52. *Тайсон Ф., Тайсон Р.Л.* Психоаналитические теории развития. М.: Когито-Центр, 2013. 407 с.

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

54. *Урядницкая Н.А.* Психологическая саморегуляция у детей с онкологической патологией: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1998. 169 с.

55. *Филякова Е.Г.* Образ Я подростков с хроническими соматическими заболеваниями (бронхиальная астма и гастродуоденальная патология): дисс. ... канд. психол. наук. М., 1997. 118 с.

56. *Фрейд З.* Я и Оно. Труды разных лет в 2 т. Т. 1. Тбилиси: Мерани, 1991. 351 с.

Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Комолов Д.А.,
Ениколопов С.Н. Формирование аффективно-
когнитивных взаимосвязей в структуре
репрезентации тела в контексте проблемы
психосоматического развития
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 4. С. 1–25.

*Chebakova, Y.V., Kharisova, R.R., Komolov, D.A.,
Enikolopov, S.N. Formation of the Affective-
Cognitive Representation of Body in the Context
of Psychosomatic Development
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 4, pp. 1–25.*

57. *Цымбалюк А.Э.* Ментальная репрезентация жизненных ситуаций в юношеском возрасте: дисс. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2010. 204 с.

58. *Цымбалюк А.Э., Поваренков Ю.П.* Ментальная репрезентация ситуации создания семьи в юношеском возрасте // Ярославский педагогический вестник. 2009. № 4. С. 182–187.

59. *Чебакова Ю.В.* Психологическая саморегуляция телесных феноменов у больных с соматической патологией: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2006. 159 с.

60. *Чебакова Ю.В., Снежкова Н.Н., Попова Л.А.* Психологические факторы здоровья и болезни человека. Научно-образовательный материал [Электронный ресурс]. М., РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2010. 28 с. URL: http://rsmu.ru/fileadmin/rsmu/img/about_rsmu/assoc_mosk_vuz_soc_obslyzh_obraz_snezhkova/68_4_14_23_nom_pfz_bch.pdf (дата обращения: 01.09.2016).

61. *Чечельницкая Е.П.* Стратегии манипулятивного общения у пациентов с искажением образа Я при пограничной личностной организации: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1999. 251 с.

62. *Blatt S.J., Auerbach J.S., Levy K.N.* Mental representations in personality development, psychopathology, and the therapeutic process [Электронный ресурс] // Review of General Psychology. 1997. Vol. 1. № 4. Pp. 351–374. Doi: 10.1037/1089-2680.1.4.351 (дата обращения: 01.09.2016).

63. *Engelkamp J., Denis M.* Multimodal Approach to The Issue of Mental Representations // Centre d'Etude de Psychology Cognitive Doc. 1989. № 65. Pp. 1–23.

64. *Eysenk M.W., Kean M.T.* Cognitive Psychology // A Student's Handbook. Hove, N.Y.: Psychology Press, 2010. 752 p.

65. *Fisher S., Clevlend S.E.* Body images and personality. Oxford: Van Nostrand, 1958. 420 p.

66. *Schontz F.C.* Body image and its disorders [Электронный ресурс] // Intem. J. of Psychiat. Med. 1974. Vol. 5. № 4. Pp. 461–472. Doi: 10.2190/RK8P-RR62-UV6W-B31L (дата обращения: 01.09.2016).

67. *Schur M.* Comments on the metapsychology of somatization // Psychoanal. study of the child. 1955. Vol. 10. Pp. 119–164.

68. *Smolak L.* Body image in children and adolescents: where do we go from here? [Электронный ресурс] // Body image. 2004. Vol. 1, № 1. Pp. 15–28. Doi:10.1016/S1740-1445(03)00008-1 (дата обращения: 01.09.2016).

Formation of the Affective-Cognitive Representation of Body in the Context of Psychosomatic Development

Chebakova, Y.V.,

PhD. (Psychology), Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia, chebakova.yu.v@mail.ru

Kharisova, R.R.,

Research Associate, Laboratory of Experimental and Practical Psychology, Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia, checkquality@mail.ru

Komolov, D.A.,

Teaching Assistant, Department of Clinical psychology, Psychological-Social Faculty, Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia, komolovpsy@gmail.com

Enikolopov, S.N.,

PhD. (Psychology), Associate Professor, Head, Department of medical psychology, Federal State Budgetary Scientific Institution "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia, enikolopov@mail.ru

The article describes the phenomenology of health groups, substantiates the possibility of determining the psychosomatic ontogenesis as the formation of affective and cognitive representations of parts of the body in an integrated, systematic intra-psychic system from the perspective of cultural-historical approach and psychoanalytic theory to the study of the specificity of the reflection body experience. The paper presents analysis of the stages' the forming a representation of the body, the main elements of its affective and cognitive components. Discusses the theoretical and methodological problems of the dynamics of affective and cognitive representation of the body in children and adolescents with various health groups. The problem of psychosomatic dysontogenesis viewed from the perspective of deconstruction and imbalance affective-cognitive components of body representation, as well as factors of child-parent relationships and its role in the formation of a detainee psychosomatic development.

Keywords: health groups, affective components, cognitive components, affective and cognitive interrelations, representation of the body, psychosomatic development, psychosomatic dysontogenesis, psychosomatic delayed development.

References

1. Aivazyan E.B. Razvitie telesnogo i emotsional'nogo opyta zhenshchiny v period beremennosti: dip. ... kand. psikhol. nauk. [The Development of Bodily and Emotional Experience of Women During Pregnancy. PhD Diss.]. Moscow, 2005. 321 p.
2. Ammon G. Psikhosomaticheskaya terapiya [Psychosomatic Therapy]. St. Petersburg: Rech', 2000. 238 p. (In Russ.).
3. Antropov A.F., Shevchenko Yu.P. Psikhosomaticheskie rasstroistva i patologicheskie privychnye deistviya [Psychosomatic Disorders and Pathological Habitual Actions]. Moscow: publ. Instituta Psikhoterapii, publ. NGMA, 2001. 320 p.
4. Artem'eva E.Yu. Osnovy psikhologii sub'ektivnoi semantiki [Fundamentals of Psychology of Subjective Semantics]. Moscow: Nauka, Smysl, 1999. 350 p.
5. Baranov A.A. Sostoyanie sovremennykh detei i podrostkov i rol' mediko-sotsial'nykh faktorov v ego formirovani [Today's Status of Children and Adolescents and the Role of Medical and Social Factors in its Formation]. *Vestnik Rossiiskoi Akademii meditsinskikh nauk [Annals of the Russian Academy of Medical Sciences]*, 2009, no. 5, pp. 6–11. (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Bion U.R. Nauchenie cherez opyt perezhivaniya [Learning from Experience]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2008. 127 p. (In Russ.).
7. Bulygina, M.V. Osobennosti kommunikatsii v sem'yakh detei s khronicheskimi zabolevaniyami pishchevaritel'noi sistemy [Contact Peculiarities in Families with Children with Chronic Diseases of Digestive System]. *Zhurnal Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2005, no. 4, pp. 14–29. (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Vakhrusheva I.A. Otnoshenie k bolezni u podrostkov s zabolevaniyami zheludochno-kishechnogo trakta: dip. ... kand. psikhol. nauk. [Relation to Illness at Teenagers with Diseases of the Gastrointestinal Tract. PhD Diss.]. St. Petersburg, 2004. 215 p.
9. Voronina P.N. Maskova, G.P. Analiz mediko-sotsial'no-psikhologicheskogo statusa doshkol'nika iz gruppy riska po formirovaniyu bronkhial'noi astmy [Analysis of the Medical, Social and Psychological Status of Preschoolers at Risk for Development of Asthma] [Web source]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn. [Medical Psychology in Russia]*, 2010, no. 4. Available at: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (Accessed: 10.05.2016). (In Russ.).
10. Vygotskii L.S. Osnovy defektologii [Fundamentals of Defectology]. St. Petersburg: Lan', 2003. 654 p.
11. Goryachev V.V. Polimodal'nyi obraz tela – sobiratel'naya model'-reprezentatsiya telesnosti [Multimodal Image of the Body – Collective-Model Representation of Bodily]. Materialy mezhdunarodnoi nauchnoi konferentsii «Sovremennaya psikhologiya» (g. Perm',

Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Комолов Д.А.,
Ениколопов С.Н. Формирование аффективно-
когнитивных взаимосвязей в структуре
репрезентации тела в контексте проблемы
психосоматического развития
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 4. С. 1–25.

*Chebakova, Y.V., Kharisova, R.R., Komolov, D.A.,
Enikolopov, S.N. Formation of the Affective-
Cognitive Representation of Body in the Context
of Psychosomatic Development
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 4, pp. 1–25.*

iyun' 2012 g.) [Proceedings of the International Scientific Conference "Modern Psychology"]. Perm': Merkurii, 2012, pp. 4–5.

12. Goryacheva T.G. Nueropsychological Status of Children Freuquently Having Respiratory Deseases. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia [Clinical Psychology and Special Education]*, 2013, vol. 2, no. 2 (In Russ., abstr. in Engl.)

13. Goryacheva T.G. Rol' detsko-roditel'skikh otnoshenii v psikhicheskom razvittii podrostkov, operirovannykh po povodu vrozhdenного poroka serdtsa v rannem vozraste: dip. ... kand. psikhol. nauk. [The Role of the Parent-Child Relationship in the Mental Development of Adolescents Operated on Congenital Heart Disease at Early Age. PhD Diss.]. Moscow, 1995. 188 p.

14. Dol'to F. Bessoznatel'nyi obraz tela [The Unconscious Body Image]. Izhevsk: ERGO, 2006. 376 p. (In Russ.).

15. Dorozhevets A.N., Sokolova E.T. Issledovanie obraza fizicheskogo ya: nekotorye rezul'taty i razmyshleniya [The Study of the Physical Image of Me: Some Results and Reflections]. *Telesnost' cheloveka: Mezhdistsiplinarnye issledovaniya [Corporality Person: Interdisciplinary Researches]*. Moscow: Filosofskoe obshchestvo SSSR, 1991, pp. 67–70.

16. Duskazieva Zh.G. Osobennosti materinskogo otnosheniya k somaticheski oslablennym mal'chikam [Features of the Parent Related to Somatic Weakened Boys]. *Vestnik Krasnoyarskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. V.P. Astaf'eva [Bulletin of the Krasnoyarsk State Pedagogical University]*, 2015, no. 1, pp.145-147. (In Russ., abstr. in Engl.).

17. Eliashvili M.N. Osobennosti detsko-roditel'skikh otnoshenii v sem'yakh, vospityvayushchikh detei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya: dip. ... kand. psikhol. nauk. [Specificity of Parent-Child Relationships in Families with Children with Disabilities. PhD Diss.]. Moscow, 2012. 170 p.

18. Zernitskii O.B. Roditel'stvo v sem'yakh s det'mi s ogranichennymi vozmozhnostyami: problemy, ustanovki, podderzhka [For Parents in Families with Children with Disabilities: Issues, Installation, Support]. *Mir psikhologii [World of Psychology]*, 2010, no. 1, pp. 134–145. (In Russ., abstr. in Engl.).

19. Isaev D.N. Psikhosomaticheskaya meditsina detskogo vozrasta [Psychosomatic Medicine of Childhood]. St. Petersburg: Spetsial'naya literatura, 1996. 454 p.

20. Kovalevskii V.A. Razvitie lichnosti somaticheski bol'nogo doshkol'nika, mladshogo shkol'nika i podrostka [Personality Development of Somatic Patients Preschool, Primary Schoolers and Teenagers]. Krasnoyarsk: KGPU, 1997. 122 p.

21. Kovalenko N.A. Emotsional'nyi i telesnyi opyt rebenka s bronkhial'noi astmoi: dip. ... kand. psikhol. nauk. [Emotional and Bodily Experience of a Child with Asthma. PhD. Diss.]. Moscow, 1998. 227 p.

Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Комолов Д.А.,
Ениколопов С.Н. Формирование аффективно-
когнитивных взаимосвязей в структуре
репрезентации тела в контексте проблемы
психосоматического развития
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 4. С. 1–25.

Chebakova, Y.V., Kharisova, R.R., Komolov, D.A.,
Enikolopov, S.N. Formation of the Affective-
Cognitive Representation of Body in the Context
of Psychosomatic Development
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 4, pp. 1–25.

22. Korshunova A.R. Affektivno-kognitivnyi stil' reprezentatsii otnoshenii «Ya – Drugoi» u lits s suitsidal'nymi popytkami: dip. ... kand. psikhol. nauk. [Affective-Cognitive Style Representations of Relations “I – Another” at Persons with Suicidal Attempts. PhD. Diss.]. Moscow, 2005. 179 p.

23. Kotova E.V. Osobennosti roditel'skogo otnosheniya k somaticheski bol'nym detyam starshego doshkol'nogo vozrasta (na primere chasto boleyushchikh detei i detei s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata): dip. ... kand. psikhol. nauk. [Specificity of Parental Attitudes to Physical Ill Children of the Senior Preschool Age (for Example, Often Ill Children and Children with Disorders of the Musculoskeletal System). PhD. Diss.]. Kazan', 2003. 179 p.

24. Kokhut X. Vosstanovlenie samosti [The Restoration of the Self] [Web source]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2002. 316 p. *EBS Universitetskaya biblioteka onlain [ELS University Library online]*. URL.: <http://www.biblioclub.ru/index.php?page=book&id=56418> (Accessed: 04.05.2016).

25. Lebedinskii V.V. Narusheniya psikhicheskogo razvitiya u detei : uchebnoe posobie [Mental Development in Children: a Tutorial]. Moscow: publ. MGU, 1985. 165 p.

26. Leont'ev D.A. Ocherki psikhologii lichnosti [Sketches of Personality Psychology]. Moscow: Smysl, 1993. 43 p.

27. Lifintseva A.A. Osobennosti sotsial'no-psikhologicheskoi adaptatsii k shkole detei s khronicheskimi somaticheskimi zabolevaniyami: dip. ... kand. psikhol. nauk. [Specificity of Social and Psychological Adaptation to School of Children with Chronic Somatic Diseases. PhD. Diss.]. Moscow, 2005. 179 p.

28. Lomov B.F. Sistemnost' v psikhologii. Izbrannye psikhologicheskie trudy [Consistency in Psychology. Selected Psychological Works]. Moscow: publ. MPSI; Voronezh: publ. NPO “MODEK”, 2003. 424 p.

29. Makeev N.I., Rodionov V.A., Antonova E.V. Osobennosti otnosheniya podrostkov 15-17 let k sobstvennomu zdorov'yu [The Specific Features of 15-17-year-old Adolescents' Attitude towards Their Health]. *Rossiiskii pediatricheskii zhurnal [The Russian Journal of Pediatrics]*, 2009, no. 5, pp. 45–47. (In Russ., abstr. in Engl.).

30. Mikhailenko A.A., Chereshev V.A., Maiorov R.V. Analiz psikhicheskikh i lichnostnykh osobennostei u detei s chastymi respiratornymi infektsiyami [Analysis of Mental Health and Personality Characteristics of Children with Frequent Respiratory Infections]. *Immunopatologiya, allergologiya, infektologiya [Immunopathology, Allergology, Infectology]*, 2011, no 3, pp. 58–61. (In Russ., abstr. in Engl.).

31. Motovilin O.G. Razvitie predstavlenii o sobstvennom tele u detei v usloviyakh sem'i i internata: dip. ... kand. psikhol. nauk. [The Development of Representation about Body in Children in Family Environment and Boarding. PhD. Diss.]. Moscow, 2001. 188 p.

32. Mokhov V.A., Kreshtapova M.A., Shibkova, O.S., Dianova, O.N. Osobennosti detsko-roditel'skikh otnoshenii v sem'yakh s tyazhelobol'nymi det'mi [Features of Parent-Child Relationships in Families with Seriously Ill Children]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn. [Medical Psychology in Russia: the Electron. Scientific. Zh.]*, 2011, no. 6. Available at: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (Accessed 20.08.2016). (In Russ.).

33. Mukhetdinova A.R. Funktsional'nye osobennosti serdechno-sosudistoi sistemy mladshikh shkol'nikov raznykh grupp zdorov'ya: dip. ... kand. biol. nauk. [Particular Qualities of the Cardiovascular System of Younger Schoolchild' Different Health Groups. PhD. Diss.]. Kazan', 2000. 133 p.

34. Nagoga E.A. Faktory riska formirovaniya strukturnogo attraktora bolezni u podrostkov i ikh materei, stradayushchikh neurodermitom: dip. ... kand. psikholog. nauk. [Risk Factors for the Formation of Structural Attractor Disease in Adolescents and Their Mothers, Suffering from Neurodermatitis. PhD. Diss.]. St. Petersburg, 2002. 248 p.

35. Naisser U. Poznanie i real'nost' [Cognition and Reality]. Moscow: Progress, 1981. 230 p. (In Russ.).

36. Nikolaeva V.V. Vliyanie khronicheskoi bolezni na psikhiku: psikhologicheskoe issledovanie [The Impact of Chronic Disease on the Psyche: a Psychological Study]. Moscow: publ. MGU, 1987. 166 p.

37. Nikolaeva V.V., Arina G.A. Kliniko-psikhologicheskie problemy psikhologii telesnosti [Clinical and Psychological Problems of the Psychology of Bodily]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 2003, vol. 24, no. 1, pp. 119–126. (In Russ.).

38. Nikolaeva V.V., Arina G.A. Ot traditsionnoi psikhosomatiki k psikhologii telesnosti [From Traditional Psychosomatic Psychology to Bodily]. *Vestn. Mosk. un-ta. Ser. 14. Psikhologiya [MSU Vestnik. Series 14. Psychology]*, 1996, no. 2, pp. 8–18. (In Russ.).

39. Podprugina V.V. Mental'nye reprezentatsii bazovykh emotsii: dip. ... kand. psikholog. nauk. [Mental Representation of Basic Emotions. PhD. Diss.]. Moscow, 2003. 198 c.

40. Prikaz Minzdrava RF ot 30.12.2003 N 621 «O kompleksnoi otsenke sostoyaniya zdorov'ya detei (vmeste s «Instruktsiei po kompleksnoi otsenke sostoyaniya zdorov'ya detei»)» [Order of Ministry of Health of RF from 30.12.2003 N 621 “On the Comprehensive Assessment of the Health of Children (with the ‘Instruction on a Comprehensive Assessment of the Health of Children’)”. Ministerstvo zdavookhraneniya Rossiiskoi Federatsii (ed.). Moscow, 2003. 12 p. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_126812/2ff7a8c72de3994f30496a0ccbb1ddafdaddf518/ (Accessed 11.05.2016)

41. Rebeko T.A. Sub'ektnost' i reprezentatsiya tela [Subjectivity and Body Representation]. *Razvitie psikhologii v sisteme kompleksnogo chelovekoznaniya. Chast' 1 [The Development of Psychology in the Comprehensive Knowledge of the Person. P. 1]*. Moscow: publ. Institut psikhologii RAN, 2012, pp. 256–261.

Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Комолов Д.А.,
Ениколопов С.Н. Формирование аффективно-
когнитивных взаимосвязей в структуре
репрезентации тела в контексте проблемы
психосоматического развития
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 4. С. 1–25.

*Chebakova, Y.V., Kharisova, R.R., Komolov, D.A.,
Enikolopov, S.N. Formation of the Affective-
Cognitive Representation of Body in the Context
of Psychosomatic Development
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 4, pp. 1–25.*

42. Rishar Zh.F. Mental'naya aktivnost'. Ponimanie, rassuzhdenie, nakhozhdenie reshenii [Mental Activity. Understanding, Reasoning, Finding Solutions]. Moscow: publ. Institut psikhologii RAN, 1998. 232 p. (In Russ.).

43. Ruslyakova E.E. Psikhologicheskie osobennosti lichnosti podrostkov, stradayushchikh bronkhial'noi astmoi i metody psikhokorreksii: dip. ... kand. psikhol. nauk. [Psychological Features of the Teenagers' Person of Suffering from Bronchial Asthma and Methods of Psychological Correction. PhD. Diss.]. St. Petersburg, 2004. 264 p.

44. Semenova M.N. Mental'nye reprezentatsii vremeni i prostranstva: dip. ... kand. psikhol. nauk. [The Mental Representation of Time and Space. PhD. Diss.]. Ekaterinburg, 2008. 214 p.

45. Sergienko E.A. Ot kognitivnoi psikhologii k psikhologii sub"ekta [From Cognitive Psychology to the Psychology of the Subject]. *Psikhologicheskii Zhurnal [Psychological Journal]*, 2007, vol. 28, no. 1, pp. 17–27. (In Russ., abstr. in Engl.).

46. Sokolova E.T. Samosoznanie i samootsenka pri anomal'yakh lichnosti [Self-awareness and Self-esteem on Personality Disorders]. Moscow: publ. Mosk. un-ta, 1989. 210 p.

47. Serdyukov A.Yu. Otsenka sostoyaniya zdorov'ya uchashchikhsya starshikh klassov v usloviyakh profil'nogo obucheniya: dip. ... kand. med. nauk [Evaluation of the Health Status of High School Students in the Conditions of Profile Training. PhD. Diss.]. Saratov, 2011. 109 p.

48. Sokolova E.T., Burlakova N.P., Leontiu F. K izucheniyu «diffuznoi» gendernoi identichnosti pri pograničnoi lichnostnoi organizatsii: teoreticheskii analiz problem [By Studying the “Diffuse” Gender Identity with Borderline Personality Organization: a Theoretical Analysis of the Problem]. *Voprosy Psikhologii [Questions of Psychology]*, 2001, no. 6, pp. 3–16. (In Russ.).

49. Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. Osobennosti lichnosti pri pograničnykh rasstroistvakh i somaticheskikh zabolevaniyakh [Particular Qualities of the Person with Borderline Disorders and Somatic Diseases]. Moscow: Argus, 1995. 359 p.

50. Sokolova E.T., Fedotova E.O. Vliyanie motivatsionnykh konfliktov i kognitivnoi nedifferentsirovannosti na ustoichivost' samootsenki [Effect of Motivational Conflicts and Cognitive Differentiation on Self-Esteem' Sustainability]. *Vestnik Moskovskogo un-ta. Seriya 14. Psikhologiya [MSU Vestnik. Series 14. Psychology]*, 1986, vol. 14, no. 1, pp. 20–29. (In Russ.).

51. Spataeva M.Kh. Metodika differentsirovannogo podkhoda v fizicheskom vospitanii detei starshego doshkol'nogo vozrasta II i III grupp zdorov'ya: dip. ... kand. ped. nauk. [Methods of Differentiated Approach in Physical Training Preschool Age Children of II and III Health Groups. PhD. Diss.]. Omsk, 2006. 191 p.

Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Комолов Д.А.,
Ениколопов С.Н. Формирование аффективно-
когнитивных взаимосвязей в структуре
репрезентации тела в контексте проблемы
психосоматического развития
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 4. С. 1–25.

*Chebakova, Y.V., Kharisova, R.R., Komolov, D.A.,
Enikolopov, S.N. Formation of the Affective-
Cognitive Representation of Body in the Context
of Psychosomatic Development
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 4, pp. 1–25.*

52. Taison F., Taison R.L. *Psikhoanaliticheskie teorii razvitiya [Psychoanalytic Theories of Development]*. Moscow: Kogito-Tsentr, 2013. 407 p. (In Russ.).

53. Tkhostov A.Sh. *Psikhologiya telesnosti [Psychology of Corporeality]*. Moscow: Smysl, 2002. 287 p.

54. Uryadnitskaya N.A. *Psikhologicheskaya samoregulyatsiya u detei s onkologicheskoi patologiei: dip. ... kand. psikh. nauk. [Psychological Self-Control in Children with Cancer Pathology. PhD. Diss.]*. Moscow, 1998. 169 p.

55. Filyakova E.G. *Obraz Ya podrostkov s khronicheskimi somaticheskimi zabolevaniyami (bronkhial'naya astma i gastroduodenal'naya patologiya): dip. ... kand. psikh. nauk. [The Self-Image of Adolescents with Chronic Medical Conditions (Asthma and Gastroduodenal Pathology). PhD. Diss.]*. Moscow, 1997. 118 p.

56. Freid Z. *Ya i Ono. Trudy raznykh let v 2 t. T.1. [Ego and the Id. Works of Different Years: In 2 vol. Vol. 1.]* Tbilisi: Merani, 1991. 351 p. (In Russ.).

57. Tsymbalyuk A.E. *Mental'naya reprezentatsiya zhiznennykh situatsii v yunosheskom vozraste: dip. ... kand. psikh. nauk. [The Mental Representation of Life Experiences In Adolescence. PhD. Diss.]*. Yaroslavl', 2010. 204 p.

58. Tsymbalyuk A.E., Povarenkov Yu.P. *Mental'naya reprezentatsiya situatsii sozdaniya sem'i v yunosheskom vozraste [Mental Representation of Situations of Family Creation at Youthful Age]*. *Yaroslavskii pedagogicheskii vestnik [Yaroslavl Pedagogical Bulletin]*, 2009, no. 4, pp. 182–187. (In Russ., abstr. in Engl.).

59. Chebakova Yu.V. *Psikhologicheskaya samoregulyatsiya telesnykh fenomenov u bol'nykh s somaticheskoi patologiei: dip. ... kand. psikh. nauk. [Psychological Self-Regulation of Bodily Phenomena in Patients with Somatic Diseases. PhD. Diss.]*. Moscow, 2006. 159 p.

60. Chebakova Yu.V., Snezhkova N.N., Popova L.A. *Psikhologicheskie faktory zdorov'ya i bolezni cheloveka. Nauchno-obrazovatel'nyi material [Psychological Factors of Health and Disease in Humans. Scientific and Educational Material]*. Moscow: publ. of RNIMU im. N.I. Pirogova, 2010. 28 p. URL: http://rsmu.ru/fileadmin/rsmu/img/about_rsmu/assoc_mosk_vuz_soc_obs_luzh_obraz/snezhkova/68_4_14_23_nom_pfz_bch.pdf (Accessed: 11.05.2016).

61. Chechel'nitskaya E.P. *Strategii manipulyativnogo obshcheniya u patsientov s iskazheniem obraza Ya pri pogranichnoi lichnostnoi organizatsii: dip. ... kand. psikh. nauk. [Strategy Manipulative Communication in Patients with Self-Image Distortion with Borderline Personality Organization. PhD. Diss.]*. Moscow, 1999. 251 p.

62. Blatt P.J., Auerbach J.P., Levy K.N. *Mental Representations in Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process. Review of General Psychology*, 1997, vol. 4, no. 1, pp. 351–374. Doi: 10.1037/1089-2680.1.4.351. (Accessed: 01.09.2016).

Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Комолов Д.А.,
Ениколопов С.Н. Формирование аффективно-
когнитивных взаимосвязей в структуре
репрезентации тела в контексте проблемы
психосоматического развития
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 4. С. 1–25.

*Chebakova, Y.V., Kharisova, R.R., Komolov, D.A.,
Enikolopov, S.N. Formation of the Affective-
Cognitive Representation of Body in the Context
of Psychosomatic Development
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 4, pp. 1–25.*

63. Engelkamp J., Denis M. Multimodal Approach to The Issue of Mental Representations. *Centre d'Etude de Psychology Cognitive Doc.*, 1989, no. 65, pp. 1–23.

64. Eysenk M.W., Kean M.T. *Cognitive Psychology. A Student's Handbook*. Hove, N.Y.: Psychology Press, 2010. 752 p.

65. Fisher, P., Clevlend, P.E. *Body Images and Personality*. Oxford: Van Nostrand, 1958. 420 p.

66. Schontz F.C. Body Image and Its Disorders. *Intem. J. of Psychiat. Med.*, 1974, vol. 5, no. 4, pp. 461–472. Doi: 10.2190/RK8P-RR62-UV6W-B31L. (Accessed: 01.09.2016).

67. Schur M. Comments on the Metapsychology of Somatization. *Psychoanal. Study of the Child*, 1955, vol. 10, pp. 119–164.

68. Smolak L. Body Image in Children and Adolescents: Where Do We Go from Here?. *Body Image*, 2004, vol. 1, no. 1, pp. 15–28. doi:10.1016/S1740-1445(03)00008-1. (Accessed: 01.09.2016)..

Вера в справедливый мир как коррелят психологического благополучия подростков

Астанина Н.Б.,

кандидат психологических наук, доцент, кафедра психологии Воронежского филиала, Московский гуманитарно-экономический институт (АНО ВПО МГЭИ), Воронеж, Россия, astanina.nadya@yandex.ru

В статье представлены результаты исследования связей между верой в справедливый мир и психологическим благополучием подростков. Были опрошены 212 учащихся школ и среднеспециальных учебных заведений города Воронежа в возрасте от 13 до 18 лет. Для исследования эмпирических конструкторов использовались: Шкала веры в справедливый мир (М. Шмитта и соавторов), Шкала веры в несправедливый мир (Ю. Маеса), Шкала веры в имманентную справедливость (Ю. Маеса), Шкала веры в конечную справедливость (Ю. Маеса), Пятимерная шкала веры в справедливость (К. Штребе) и Шкала психологического благополучия (Р. Теннарт). Выявлено, что психологическое благополучие подростков положительно связано как с верой в общую справедливость мира, так и с отдельными ее видами: верой в имманентную и конечную справедливость. Оно также положительно связано с верой в Бога, Природу, Других людей и Себя как источников справедливости. При сравнении соотношения веры в справедливый и несправедливый мир у подростков с разными уровнями психологического благополучия обнаружено, что у психологически благополучных подростков вера в несправедливый мир уравновешена верой в конечную справедливость; подростки с низким уровнем психологического благополучия верят, что мир преимущественно несправедлив.

Ключевые слова: вера в справедливый мир, вера в несправедливый мир, имманентная справедливость, конечная справедливость, источники справедливости, психологическое благополучие, подростки.

Для цитаты:

Астанина Н.Б. Вера в справедливый мир как коррелят психологического благополучия подростков [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 26–38. doi: 10.17759/psyclin.2016050402

For citation:

Astanina, N.B. Belief in a Just World as a Correlate of Psychological Well-Being of Adolescents [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 4, pp. 26–38. doi: 10.17759/psycljn.2016050402 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Стремление к психологическому благополучию и позитивному функционированию является естественным и важным для человека, в связи с чем проблеме его обретения и поддержания уделяется значительное внимание в психологических исследованиях. В психологии под благополучием принято понимать, с одной стороны, меру близости психологических механизмов функционирования субъекта к оптимальному уровню, с другой – субъективную оценку меры близости актуального состояния желаемому [3]. В последнее время в рамках позитивной психологии активно ведутся исследования источников и детерминант благополучия [4]. Согласно результатам исследований, вклад внешних событий и объективных условий жизни в психологическое благополучие является сравнительно небольшим, в то время как гораздо более важными оказываются личностные ресурсы – прижизненно формирующиеся индивидуально-психологические особенности, которые опосредуют эффекты врожденных и средовых факторов [3]. К числу таких особенностей относятся черты, ценности, установки и т.д.

Целью данного исследования явилось изучение связи между психологическим благополучием у российских подростков и верой в справедливый мир. Вере в справедливый мир как возможному ресурсу благополучия подростков к настоящему моменту не уделялось внимания, в то время как проведение исследований в данном аспекте открывает широкие перспективы для усовершенствования программ воспитательной и образовательной деятельности, а также для профилактики девиантного поведения подростков.

Исследование базируется на теории веры в справедливый мир М. Лернера (M. Lerner) [8]. Вера в справедливый мир (ВСМ) представляет собой мировоззренческую установку, согласно которой мир является упорядоченным местом, где его жители получают награды и наказания в соответствии с их заслугами. В последнее время все более распространена точка зрения, в соответствии с которой ВСМ представляет собой не единый конструкт, а содержащий отдельные составляющие.

Это разделение очень важно, поскольку каждый из компонентов ВСМ имеет разные следствия и по-разному влияет на мироотношение и поведение человека. Согласно теории М. Лернера, ВСМ выполняет поддерживающую функцию, поскольку позволяет объяснить, почему одни люди благополучны, а другие подвергаются ударам судьбы, а также подсказывает человеку, как сделать свою жизнь более

упорядоченной и предсказуемой. Тем не менее на основе результатов многочисленных исследований М. Лернер заключает, что ВСМ является, в сущности, антисоциальной установкой. Люди с высокой ВСМ не склонны к состраданию, а, напротив, склонны к обвинению жертв несчастий. Логика рассуждений в этом случае подразумевает, что если человек столкнулся с тяжелой ситуацией в жизни, значит, он того заслуживает [6; 8].

М. Шмитт (M. Schmitt) и Ю. Маес (J. Maes) предлагают разделять ВСМ на два отдельных вида: *веру в имманентную справедливость* (ВСМимм) – справедливость уже осуществившуюся в событиях, и *веру в конечную справедливость* (ВСМконеч) как еще не определенную во времени возможность [10]. На основе результатов исследований авторы заключают, что такое разделение целесообразно, так как в действительности только ВСМимм связана с обвиняющими установками в адрес жертв несчастий. ВСМимм сопровождается обвинениями и санкциями против жертвы, внутренним контролем, высокой чувствительностью к опыту несправедливости в качестве потерпевшего. ВСМконеч, напротив, связана с положительным отношением к жертве, помогающим поведением, верой в судьбу и более мягким и понимающим отношением к себе в качестве потерпевшего.

Подобным образом рассуждает голландская исследовательница К. Штребе (K. Stroebe) [11]. На основе результатов своего исследования автор заключает, что способность человека справляться с важными жизненными событиями и его эмоциональное благополучие зависят от того, кого он считает источником справедливости: Бога, Природу, Других людей, Самого себя или Случай. Например, вера в Бога как в главный источник справедливости связана с психологическим благополучием и просоциальным поведением. Напротив, объяснение важных жизненных событий действием Случая связано с низким психологическим благополучием и чувством потери контроля. Автор также придерживается уже существующего разделения веры в справедливый мир на *веру в справедливость мира по отношению к себе* (ВСМличн) и *веру в общую справедливость мира* (ВСМобщ) [9] и, в соответствии с этим разделением, считает необходимым разделять веру в источники справедливости для себя и для других.

Согласно современному взгляду на проблему изучения ВСМ, наряду с изучением собственно веры в справедливый мир, следует уделять внимание также изучению веры в *несправедливый мир* (ВНСМ). Вера в несправедливый мир характеризуется осознанием, что люди часто получают не то, что заслуживают, или не получают то, что действительно заслужили [7]. В последнее время все более популярной становится точка зрения, что, как это ни парадоксально, людям свойственно одновременно верить и в справедливый, и в несправедливый мир. ВСМ и ВНСМ являются не противоположными полюсами одного и того же явления, а двумя разными конструктами [7]. Однако ВНСМ функционирует иначе, чем ВСМ. Сильная и стойкая ВНСМ характерна для людей, которые очень часто сталкивались в своей жизни с несправедливостью. В этом случае ВНСМ является установкой, способствующей слабой адаптации, и соотносится с гневом и тревогой, депрессивными симптомами, нейротизмом, стремлением защищаться и низким уровнем оптимизма. Уровень ВНСМ может временно повышаться при столкновении

с травмирующими событиями. В этом случае ВНСМ можно рассматривать как адаптивную психологическую защиту, которая предохраняет человека от отказа на надежду, что его действия еще могут быть вознаграждены.

На предыдущих этапах исследования было выявлено, что ВНСМ ярко выражена у современных российских подростков, что, с точки зрения М. Лернера, характеризует реалистичное мировоззрение [1; 2]. Одной из задач исследования на данном этапе является изучение связи ВНСМ и психологического благополучия подростков.

В качестве *гипотезы* исследования выступило предположение о том, что ВСМ положительно связана с психологическим благополучием подростков, а ВНСМ – отрицательно.

Организация и процедура исследования

В число респондентов на основе информированности и добровольного участия вошли 216 подростков – учащихся школ и среднеспециальных учебных заведений г. Воронежа в возрасте от 13 до 18 лет. По результатам дифференциации группы по этнической и религиозной принадлежности в выборку вошли 212 подростков: 123 девочки и 89 мальчиков, указавших в графе «вероисповедание» – «христианство», «православие», «атеист». Подростки-иммигранты, являющиеся представителями других религий, в данную выборку не вошли. Культурная и религиозная принадлежность являются важными факторами веры в справедливость; в соответствии с этим изучение ВСМ у представителей разных культур требует проведения отдельных исследований.

Для измерения веры в справедливый мир были использованы следующие *методики*:

1) Шкала веры в справедливый мир в целом (General Belief in a Just World Scale) М. Шмитта, Л. Монтады и К. Далберт;

2) Шкала веры в несправедливый мир в целом (General Belief in a Unjust World Scale) Ю. Маеса;

3) Шкала веры в имманентную справедливость (Belief in Immanent Justice Scale) Ю. Маеса;

4) Шкала веры в конечную справедливость с двумя субшкалами: веры в итоговую компенсацию страданий жертв (ВСМЖконеч) и шкала веры в итоговое наказание нарушителя (ВСМНконеч) (Belief in Ultimate Justice Scale) Ю. Маеса;

5) Пятимерная шкала веры в справедливость (5-Dimensional Belief in a Just Treatment Scale (BJT5)) К. Штребе. Шкала включает 5 субшкал, измеряющих веру в разные источники справедливости (Бога, Природы, Других людей, Самого себя, Случая) для других людей (ВСМобщ) и для самого себя (ВСМличн).

Мы осуществили перевод с английского языка на русский и частичную адаптацию методик для выборки российских подростков. Были измерены внутренняя согласованность, ретестовая надежность, содержательная валидность шкал. Для изучения содержательной валидности методик были рассчитаны коэффициенты корреляции с показателями методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман, адаптированной М.А. Падун и А.В. Котельниковой. Выборку для адаптации методик составили 396 человек. Методики обладают достаточной надежностью и валидностью и могут быть использованы в исследовательских целях.

Для измерения психологического благополучия подростков применялась Шкала психологического благополучия Варвик–Эдинбург (Warwick–Edinburgh Mental Well-being scale) Р. Теннарт с соавторами в переводе С.К. Нартовой-Бочавер [5]. Коэффициент α -Кронбаха для Шкалы психологического благополучия Варвик–Эдинбург составил 0,77, что свидетельствует о достаточной самосогласованности шкалы. С целью дальнейшей стандартизации методики, а также первичного распределения показателей респондентов по трем уровням (низкий, средний, высокий), которое мы осуществляли в данном исследовании, были рассчитаны среднее значение и стандартное отклонение. Среднее значение по шкале составило 3,74, стандартное отклонение – 0,54.

Результаты и их обсуждение

В результате измерения связи различных видов между ВСМ, ВНСМ и психологическим благополучием подростков были выявлены значимые положительные корреляционные связи между всеми видами ВСМ и психологическим благополучием, в то время как статистически достоверных взаимосвязей между ВНСМ и психологическим благополучием обнаружено не было (табл. 1). Для измерения корреляционных связей использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Таблица 1

Связь веры в справедливый мир и психологического благополучия у подростков

	ВСМимм	ВСМЖ конеч	ВСМН конеч	ВСМ	ВНСМ
Психологическое благополучие	0,26*	0,20*	0,24*	0,25*	0,09

Обозначения. ВСМимм – вера в имманентную справедливость; ВСМЖконеч – вера в конечную справедливость (компенсацию страданий жертв); ВСМНконеч – вера в конечную справедливость (итоговое наказание нарушителя); ВСМ – вера в общую справедливость мира; ВНСМ – вера в несправедливый мир.

Примечание. * – $\rho \leq 0,01$.

Полученные результаты свидетельствуют, что психологическое благополучие подростков тем выше, чем выше их вера в то, что мир устроен справедливо. При этом для их психологического благополучия важны как общая вера в справедливость мира по отношению к каждому человеку (ВСМ), так и отдельные ее аспекты: вера в существование связи текущих событий в жизни людей с их заслугами и особенностями характера (ВСМимм), а также вера в итоговую компенсацию страданий жертв несправедливости (ВСМЖконеч) и наказание обидчика (ВСМНконеч). Вопреки нашему предположению, отрицательной связи между ВНСМ и психологическим благополучием подростков выявлено не было. Обнаружено, что ВНСМ не связана с их психологическим благополучием.

В целях более детального изучения связи ВСМ и психологического благополучия подростков мы разделили выборку на три группы в зависимости от уровня психологического благополучия и измерили средние значения по всем показателям ВСМ и ВНСМ в каждой группе (табл. 2, рис. 1).

Таблица 2

Средние значения ВСМ и ВНСМ у респондентов с разными уровнями психологического благополучия

Шкалы ВСМ и ВНСМ	Низкий уровень (n=29)	Средний уровень (n=147)	Высокий уровень (n=37)
ВСМимм	3,53	3,81	4,24
ВСМЖконеч	3,61	3,86	4,40
ВСМНконеч	3,49	3,94	4,30
ВСМ	3,42	3,82	4,25
ВНСМ	4,10	4,17	4,29

Обозначения. ВСМимм – вера в имманентную справедливость; ВСМЖконеч – вера в конечную справедливость (компенсацию страданий жертв); ВСМНконеч – вера в конечную справедливость (итоговое наказание нарушителя); ВСМ – вера в общую справедливость мира; ВНСМ – вера в несправедливый мир.

На основе результатов, представленных в табл. 2 и на рис. 1, можно сделать два заключения. Во-первых, они подтверждают и наглядно иллюстрируют результаты корреляционного анализа, описанные выше: повышение уровня психологического благополучия респондентов сопровождается повышением ВСМ, при этом ВНСМ у респондентов с разными уровнями психологического благополучия практически не различается. Во-вторых, композиция ВСМ и ВНСМ в каждой группе респондентов имеет свою специфику. У респондентов с высоким уровнем психологического благополучия показатели ВСМ и ВНСМ различаются незначительно с некоторым перевесом в сторону веры в конечную справедливость. У подростков со средним уровнем психологического благополучия различия между показателями отдельных аспектов ВСМ и ВНСМ видны более отчетливо: наиболее выражены ВСМНконеч и

особенно ВНСМ. У подростков с низким уровнем психологического благополучия ВНСМ явно преобладает над ВСМ.

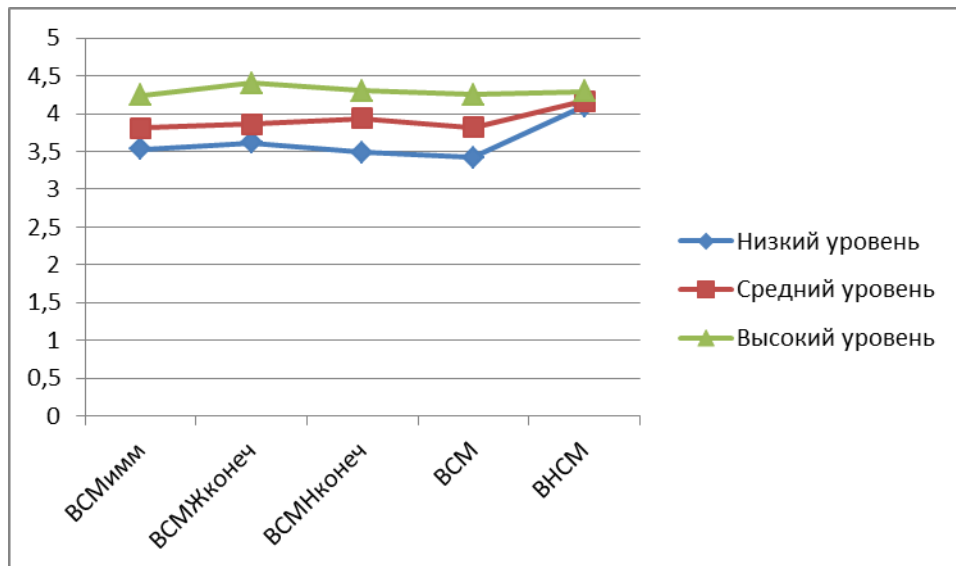


Рис. 1. Средние значения ВСМ и ВНСМ у респондентов с разными уровнями психологического благополучия

Итак, психологически благополучные подростки способны достаточно трезво и реалистично смотреть на мир, признавая, что мир – это место, где несправедливости много. При этом они верят, что справедливость также встречается часто, особенно конечная справедливость, в соответствии с которой в итоге все получают по заслугам: страдания жертв компенсируются, действия нарушителей наказываются. Вероятно, что такая картина мира является одновременно мобилизующей и поддерживающей. Она позволяет быть достаточно трезвым и осторожным из-за обилия несправедливости в мире и в то же время свободно проявляться в мире, открываться и рисковать, опираясь на веру в конечный позитивный исход.

Подростки с низким уровнем психологического благополучия, напротив, верят, что мир преимущественно несправедлив. Полученный результат согласуется с результатами более ранних зарубежных исследований, в соответствии с которыми высокая ВНСМ сопровождается низким психологическим благополучием и слабой адаптацией [4]. Выраженная ВНСМ, подразумевающая отношение к миру как к непредсказуемому и недоброжелательному месту, в подростковом возрасте является мало адаптивной установкой, вероятно, потому, что способствует стремлению закрыться и обособиться от мира или же активно и агрессивно его переделать, требовать справедливости. И в том и в другом случае такая позиция мешает установлению крепких и глубоких связей с миром, а, следовательно, и решению основных возрастных задач.

На следующем этапе нашего исследования мы изучали связь веры в источники справедливости с психологическим благополучием подростков. В результате были

выявлены значимые положительные связи со всеми источниками справедливости, кроме Случая (табл. 3).

На основе результатов, представленных в табл. 3, можно заключить, что психологическое благополучие подростков положительно связано с верой в Бога, в Природу, в Других людей и в Себя самого как источников справедливости. При этом важно подчеркнуть, что для психологического благополучия подростка важны как вера в источники справедливости по отношению к самому себе (ВСМличн), так и вера в источники справедливости по отношению ко всем людям (ВСМобщ).

Таблица 3

Коэффициенты корреляции между субшкалами Пятимерной шкалы веры в справедливость и шкалы психологического благополучия Варвик–Эдинбург

ВСМличн	Психологическое благополучие	ВСМобщ	Психологическое благополучие
Бог	0,21**	Бог	0,20**
Природа	0,14*	Природа	0,17*
Другие люди	0,21**	Другие Люди	0,20**
Я сам	0,15*	Я сам	0,15*
Случай	-0,06	Случай	0,04

Обозначения. ВСМличн – источники справедливости по отношению к себе; ВСМобщ - источники справедливости по отношению к людям в целом.

Примечание. * – связи значимы при $p \leq 0,05$; ** – связи значимы при $p \leq 0,01$.

Полученные результаты подтверждают выводы о положительной связи ВСМ и об отсутствии связи ВНСМ с психологическим благополучием подростков. Отсутствие взаимосвязей между верой в Случай и психологическим благополучием достаточно предсказуемо. Вера в Случай как источник справедливости означает веру в хаотичную, непредсказуемую и неконтролируемую справедливость в мире. С этого ракурса справедливость возможна, если повезет. В сущности, такая установка тождественна вере в несправедливый мир.

С целью уточнения полученных результатов мы измерили средние значения показателей веры в источники справедливости в группах подростков с разными уровнями психологического благополучия (табл. 4, рис. 2).

Из результатов, представленных в табл. 4 и на рис. 2, отчетливо видно, что повышение уровня психологического благополучия сопровождается повышением ВСМ. Следует также заметить, что композиция источников ВСМ у респондентов всех групп похожа: наиболее выражена вера в Бога и в Самого себя как источников справедливости с той лишь разницей, что у подростков с высоким уровнем

психологического благополучия все же доминирует вера в Бога (особенно в аспекте ВСМобщ), а у подростков со средним и низким уровнем – вера в Самого себя.

Таблица 4

Средние значения субшкал Пятимерной шкалы веры в справедливость у респондентов с разными уровнями психологического благополучия

ВСМличн	Уровень психологического благополучия			ВСМобщ	Уровень психологического благополучия		
	Низкий (n=29)	Средний (n=147)	Высокий (n=37)		Низкий (n=29)	Средний (n=147)	Высокий (n=37)
Бог	4,02	4,47	5,22	Бог	4,13	4,38	5,21
Природа	3,14	3,39	3,77	Природа	3,08	3,19	3,49
Другие люди	3,53	3,86	4,64	Другие люди	3,33	3,70	4,11
Я сам	4,34	4,61	5,21	Я сам	4,3	4,53	5,00
Случай	3,23	3,16	3,10	Случай	3,07	3,17	3,08

Обозначения. ВСМличн – источники справедливости по отношению к себе; ВСМобщ - источники справедливости по отношению к людям в целом.

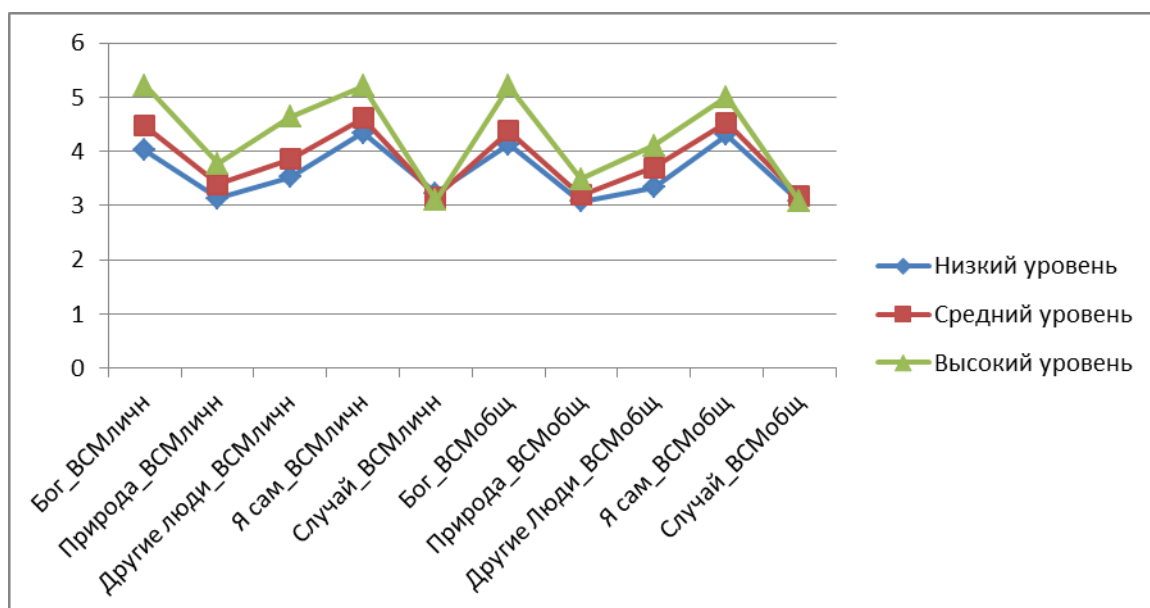


Рис. 2. Средние значения субшкал Пятимерной шкалы веры в справедливость у респондентов с разными уровнями психологического благополучия

Вероятно, что такая расстановка опор – на Бога и на Самого себя – имеет культурно-специфическую природу, характеризующую именно русскую ментальность. Она находит выражение в русских поговорках: «На Бога надейся, а сам не плошай» или «Бог-то Бог, да и сам не будь плох». Это две главные мировоззренческие опоры для российских подростков независимо от их уровня психологического благополучия. Тем не менее психологически благополучные подростки склонны в большей степени полагаться и на себя, и на внешние, в особенности высшие, силы, по сравнению с менее благополучными подростками.

Заключение

На основе полученных результатов мы заключаем, что гипотеза нашего исследования подтвердилась частично. Вера в справедливый мир положительно связана с психологическим благополучием подростков. Наше предположение о наличии отрицательной связи веры в несправедливый мир с психологическим благополучием не подтвердилось. Вера в несправедливый мир достаточно высока и практически одинакова у подростков как с высоким, так и с низким уровнем психологического благополучия.

Психологически благополучные подростки признают, что в мире много несправедливости, однако верят, что она в конечном счете будет компенсирована. При этом главными источниками справедливости они считают высшие силы, а потом уже самих себя. Мы заключаем, что для психологически благополучных подростков характерна реалистичная картина мира с надеждой на позитивный исход.

Подростки с низким уровнем психологического благополучия полагают, что несправедливости в мире гораздо больше, чем справедливости. Главными источниками справедливости они склонны считать самих себя, во вторую очередь – полагаться на высшие силы.

Перспективы исследования мы видим в уточнении результатов на основе данных выборки большего объема, а также в изучении гендерных особенностей взаимосвязей веры в справедливый мир и психологического благополучия у российских подростков.

Финансирование

Исследование проведено при поддержке РГНФ, проект № 15-36-01233.

Литература

1. Астанина Н.Б. Особенности веры в справедливый мир у российских подростков // Личностный ресурс субъекта труда в изменяющейся России. Материалы IV Международной научно-практической конференции. Ч. III: Симпозиум «Личностные трансформации субъекта труда в условиях относительной неопределенности». Кисловодск; М., 2015. С. 15–20.

2. Астанина Н.Б. Вера в справедливый мир и чувствительность к справедливости на разных стадиях подросткового возраста: сравнительный анализ // Проблемы, исследования, инновации вузовской науки. Межвузовский сборник научных трудов. Вып. 6 / под ред. В.И. Кочетова. Воронеж: изд-во Воронежского ЦНТИ филиала ФГБУ «РЭА» Минэнерго России, 2015. С. 124–130.
3. Иванова Т.Ю. Функциональная роль личностных ресурсов в обеспечении психологического благополучия: дис. ... канд. психол. наук. М., 2016. 205 с.
4. Леонтьев Д.А. Позитивная психология-повестка для нового столетия // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2012. Т. 9, № 4. С. 36–58.
5. Нартова-Бочавер С.К., Подлипняк М.Б., Хохлова А.Ю. Вера в справедливый мир и психологическое благополучие у глухих и слышащих подростков и взрослых [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2013. № 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2013/n3/64003.shtml> (дата обращения: 29.08.2016) .
6. Нартова-Бочавер С.К., Астанина Н.Б. Психологические проблемы справедливости в зарубежной персонологии: теории и эмпирические исследования // Психологический журнал. 2014. № 1. С. 16–32.
7. Lench H.C., Chang E.S. Belief in an unjust world: when beliefs in a just world fail // Journal of Personality assessment. 2007. Vol. 89. № 2. Pp. 126–135.
8. Lerner M.J. The belief in a just world: A fundamental delusion. New York, 1980.
9. Lipkus I.M., Dalbert C., Siegler I.C. The importance of distinguishing the belief in a just world for self versus others // Personality and Social Psychology Bulletin. 1996. Vol. 22. Pp. 666–677.
10. Maes J., Schmitt M. More on Ultimate and Immanent Justice: Results from the Research Project “Justice as a Problem within Reunified Germany” // Social Justice Research. 1999. Vol. 12. № 2. Pp. 65–78.
11. Stroebe K., Postmes T., Täuber S., Stegeman A., John M.S. Belief in a just what? Demystifying just world beliefs by distinguishing sources of justice // PloS One. 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0120145 (дата обращения: 29.08.2016).

Belief in a Just World as a Correlate of Psychological Well-being of Adolescents

Astanina, N.B.,

PhD. (Psychology), Associate Professor, Department of Psychology (Voronezh Branch),
Moscow Humanitarian-Economic Institute, Voronezh, Russia, astanina.nadya@yandex.ru

Article presents research of relationship of Belief in a Just World and Psychological well-being of adolescents. 212 adolescents aged from 13 to 18 years in schools and secondary specialized educational institutions of Voronezh were surveyed. Following methods were used for investigation of empirical constructs: “General Belief in a Just World Scale” (M. Schmitt, L. Montada, C. Dalbert), “General Belief in a Unjust World Scale” (J. Maes), “Belief in Immanent Justice Scale” (J. Maes), “Belief in Ultimate Justice Scale” (J. Maes), “5-Dimensional Belief in a Just Treatment Scale” (K. Stroebe), “Warwick-Edinburgh Mental Well-being scale” (R. Tennart). Revealed that adolescents’ psychological well-being is positively correlated with General Belief in a Just World and its species: Belief in Immanent and Ultimate justice. It is also positively correlated with Belief in God, Nature, other people and Self-concept as sources of justice. We compared the ratio of Belief in a Just and an Unjust world in adolescents with different levels of psychological well-being. We found that psychologically advantaged adolescents’ Belief in an Unjust world is balanced by Belief in Ultimate justice; adolescents with low level of psychological well-being believe that the world is mostly unjust.

Keywords: belief in a just world, belief in unjust world, immanent justice, ultimate justice, sources of justice, psychological well-being, adolescents.

Funding

This work was supported by grant RFH № 15-36-01233.

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.
Astanina N.B. Osobennosti very v spravedlivyi mir u rossiiskikh podrostkov [Features of Belief in a Just World among Russian adolescents]. *Materialy IV Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii. “Lichnostnyi resurs sub”ekta truda v izmenyayushcheisya Rossii”*. P. III: Simpozium «Lichnostnye transformatsii sub”ekta truda v usloviyakh otnositel’noi neopredelennosti» [Proceedings of the IV International Scientific-Practical Conference

"Personal Resource of Labor Subject in Changing Russia". Part III: The Symposium "Personal Transformation of the Subject of Work in Conditions of Relative Uncertainty"]. Kislovodsk, Moscow, 2015, Pp. 15–20.

2. Astanina N.B. Vera v spravedlivyi mir i chuvstvitel'nost' k spravedlivosti na raznykh stadiyakh podrostkovogo vozrasta: sravnitel'nyi analiz [Belief in a Just World and Justice Sensitivity at Different Stages of Adolescence: a Comparative Analysis]. V.I. Kochetov (ed.) *Problemy, issledovaniya, innovatsii vuzovskoi nauki. Mezhvuzovskii sbornik nauchnykh trudov (Vip. 6)* [Problems, Research, Innovation of Science. Interuniversity Collection of Scientific Works (P. 6)]. Voronezh: publ. of Voronezhskii TsNTI filiala FGBU "REA" Minenergo Rossii, 2015, Pp. 124–130.

3. Ivanova T.Yu. Funktsional'naya rol' lichnostnykh resursov v obespechenii psikhologicheskogo blagopoluchiya. Dis. kand. psikhol. nauk. [Functional Role of Personal Resources in Ensuring of Psychological Well-being. PhD Thesis]. Moscow, 2016. 205 p.

4. Leont'ev D.A. Pozitivnaya psikhologiya-povestka dlya novogo stoletiya [Positive Psychology Agenda for the New Century]. *Psikhologiya. Zhurnal Vyssei shkoly ekonomiki* [Psychology. Journal of Higher school of Economics], 2012, vol. 9, no. 4, pp. 36–58.

5. Nartova-Bochaver S.K., Podlipnyak M.B., Khokhlova A.Yu. Vera v spravedlivyi mir i psikhologicheskoe blagopoluchie u glukhikh i slyshashchikh podrostkov i vzroslykh [Elektronnyi resurs] [Belief in a Just World and Psychological Well-Being in Deaf and Hearing Adolescents and Adults]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical and Special Psychology], 2013, no. 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2013/n3/64003.shtml> (Accessed: 29.08.2016). (In Russ., Abstr. in Engl.).

6. Nartova-Bochaver S.K., Astanina N.B. Psikhologicheskie problemy spravedlivosti v zarubezhnoi personologii: teorii i empiricheskie issledovaniya [Psychological Problems Justice in Foreign Personology: a Theory and Empirical Study]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal], 2014, no. 1, pp. 16–32.

7. Lench H.C., Chang E.S. Belief in an Unjust World: When Beliefs in a Just World Fail. *Journal of Personality assessment*, 2007, vol. 89, no. 2, pp. 126–135.

8. Lerner M.J. The Belief in a Just World: a Fundamental Delusion. New York, 1980.

9. Lipkus I.M., Dalbert C., Siegler I.C. The Importance of Distinguishing the Belief in a Just World for Self Versus Others. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1996, vol. 22, pp. 666–677.

10. Maes J., Schmitt M. More on Ultimate and Immanent Justice: Results from the Research Project "Justice as a Problem within Reunified Germany". *Social Justice Research*, 1999, vol. 12, no. 2, pp. 65–78.

11. Stroebe K., Postmes T., Täuber S., Stegeman A., John M.S. Belief in a Just What? Demystifying Just World Beliefs by Distinguishing Sources of Justice. *PloS One*, 2015. DOI: 10.1371/journal.pone.0120145. (Accessed: 29.08.2016).

Особенности эмоционально-личностной сферы у лиц с нарушением голоса

Барабанов Р.Е.,

фонопед, Научно-клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства (ФГБУ НКЦО ФМБА России); преподаватель кафедры психологии гуманитарного факультета, Московский финансово-юридический университет МФЮА (АОЧУ ВО МФЮА), Москва, Россия, rastich@rambler.ru

Фанталова Е.Б.,

кандидат психологических наук, доцент, профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития, факультет клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, elenafantal@yandex.ru

Из-за пагубных средовых воздействий и риска серьезных гортанно-трахеальных заболеваний, а также различных голосовых нарушений в настоящее время частота эмоциональных расстройств и их отрицательных последствий среди зрелого населения возрастает, так как растет число проблем, с которыми сталкивается пациент в период своей болезни. В статье рассматриваются теоретические аспекты исследования эмоционально-личностной сферы пациентов с нарушением голоса, описываются различные подходы к исследованию эмоциональных состояний у лиц с голосовой патологией. В статье представлены результаты исследования эмоционально-личностной сферы у лиц с патологией голоса. Выяснилось, что показатели ситуативной и личностной тревожности статистически значимо выше в группе респондентов с нарушением голоса. У респондентов с нарушением голоса преобладают такие эмоции, как горе, страх и гнев. У здоровых респондентов преобладают интерес, радость и эмоциональная возбудимость. Обнаружена гендерная специфика эмоциональных проявлений у людей с патологией голосового аппарата. Было выявлено, что основными факторами, сопутствующими патологии голоса, являются такие эмоциональные черты, как отсутствие интереса к жизни, страдание и горе, низкая эмоциональная возбудимость и позднее отреагирование чувств.

Ключевые слова: голос, нарушение голоса, дисфония, эмоционально-волевая сфера, эмоциональное напряжение.

Для цитаты:

Барabanов Р.Е., Фанталова Е.Б. Особенности эмоционально-личностной сферы у лиц с нарушением голоса [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 39–49. doi: 10.17759/psyclin.2016050403

For citation:

Barabanov, R.E., Fantalova, E.B. Features of Emotional and Personal Spheres in Patients with Voice Disorders [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 4, pp. 39–49. doi: 10.17759/psycljn.2016050403 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Эмоционально-личностная сфера любого человека имеет сложное многоуровневое строение и включает в себя различные эмоциональные реакции и личности, а также характерные черты поведения, типичные для того или иного эмоционального переживания [10].

Отношение любого человека как отдельно взятого индивида к объекту реальной действительности отражается на нескольких уровнях [4]:

- психологическом – в виде личностного переживания;
- физиологическом – в форме изменения ЧСС, дыхания, сдвигов в обменных процессах;
- поведенческом – в виде невербальной экспрессии (мимики, жестов) и различных реакций (смеха, побега, борьбы, оцепенения).

Эмоциональное состояние в психологической науке многими авторами определяется как прямое отражение переживания человеком собственного отношения к себе и к другим людям. Эмоциональное состояние зависит от жизненной ситуации, предшествующего психоэмоционального состояния и особенностей личности [5; 8].

Следовательно, любые негативные эмоциональные состояния больного человека превращаются в самостоятельный процесс переживания, оказывая влияние на его личностную сферу, что приводит к возникновению тревоги, усугубляя течение соматического заболевания и оттягивая процесс выздоровления [2; 6; 9]. Положительный психоэмоциональный фон благотворно влияет на личность индивида, способствуя его скорейшему восстановлению.

В соматической медицине важной составляющей работы клинического психолога является анализ эмоционально-личностного состояния пациента [14; 18]. Основные задачи специалиста при этом заключаются в выявлении и анализе тех или иных особенностей психической деятельности больного посредством различных клинико-психологических методов (например, наблюдения, развернутой клинико-

психологической беседы с больным, диагностических методик и проективных тестов). Это дает возможность изучать не болезнь пациента как таковую, а самого больного и при этом не столько классифицировать и диагностировать, сколько понимать и помогать больному человеку [12; 17].

Так как личность не может рассматриваться вне процессов своего развития, клиничко-диагностическая работа должна быть обращена к настоящему и прошлому пациента. В этом случае становится возможным интегрировать весь спектр доступной клиническому психологу информации, относящейся к генезу личностных особенностей пациента и патологических явлений [16].

Мы можем предположить, что наиболее важную роль в определении общего вектора реабилитационной работы и тактики лечения играет своевременная и качественная оценка эмоционально-личностной сферы пациента, находящегося в трудной для него ситуации, а именно в состоянии болезни [1]. Это очень важно для определения дальнейшей стратегии профилактической работы на фоне психокоррекции общего эмоционального состояния и личностных особенностей человека.

Актуальность исследования данной предметной области связана с тем, что из-за пагубных средовых воздействий растет риск серьезных гортанно-трахеальных заболеваний, а также различных голосовых нарушений среди взрослого населения, требующих длительных и энергозатратных адаптации, лечения и реабилитации. Поэтому процесс восстановления сопряжен с частыми эмоциональными расстройствами и их негативными последствиями [7; 15].

Цель исследования заключалась в изучении эмоционально-личностной сферы у лиц с нарушением голоса. На основе анализа литературы по данной проблеме был выбран **предмет исследования** – особенности эмоционально-личностной сферы взрослых пациентов с патологией голоса.

Были сформулированы следующие **гипотезы** исследования.

1. Предполагается, что люди с нарушением голоса существенно отличаются от здоровых людей характером эмоциональных проявлений.
2. Предполагается, что степень истощения жизненных сил, выраженность психосоциального стресса, а также уровень тревожности у лиц с нарушением голоса выше, чем у лиц, не имеющих такой патологии.

Эмпирическая база исследования

Исследование проводилось на базе Научно-клинического центра оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России. Были обследованы 50 пациентов с нарушениями голоса в возрасте от 18 до 56 лет (33 мужчины и 17 женщин), которые составили экспериментальную группу. Преобладали лица молодого и трудоспособного возраста ($33 \pm 1,5$ года). Разделение пациентов согласно их нозологической форме заболевания представлено в табл. 1.

Среди нозологических форм превалировала функциональная дисфония – 74%. Органическая патология в виде доброкачественного новообразования гортани была диагностирована в 26% случаев. Давность заболевания составляла от 1 недели до 7 лет.

В контрольную группу вошли 50 человек в возрасте 18–45 лет (29 женщин и 21 мужчина) – студенты и преподаватели Московского финансово-юридического университета МФЮА. Средний возраст составил $26 \pm 1,1$ года.

Таблица 4

**Нозологические формы заболевания
респондентов экспериментальной группы (N=50)**

Диагноз	Мужчины	Женщины	Абсолютное число больных	Всего больных, %
Гипотонусная дисфония	11	5	16	32
Гипертонусная дисфония	3	1	4	8
Психогенная дисфония	4	2	6	12
Парезы и параличи голосовых складок	8	3	11	22
Узелки голосовых складок	7	6	13	26
Абсолютное число больных	33	17	50	100
Общее число больных, %	66	34	100	

В исследовании применялись **методики**:

1. опросник «Самооценка тревожности» Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина;
2. Шкала психосоциального стресса Л. Ридера;
3. Тест на истощение жизненных сил и депрессию А.А. Appelса;
4. опросник К. Изарда.

Методика определения личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера, адаптированная Ю.Л. Ханиным, использовалась для установления уровня тревожности у испытуемых. Она состоит из двух субтестов на выявление личностной (устойчивой) и ситуативной тревожности. Показатель ситуативной тревожности демонстрирует степень негативной реакции человека, попавшего в ту или иную стрессовую ситуацию. Показатель личностной тревожности определяет

склонность человека воспринимать большой спектр ситуаций как угрозу и стрессовый фактор [9].

Шкала психосоциального стресса Л. Ридера использовалась для выявления уровня стресса у испытуемых.

Тест на истощение жизненных сил и депрессию А.А. Аппелса направлен на определение признаков истощения жизненных сил и депрессии. Жизненные силы – необходимый для человека компонент, который задает тонус всего организма [3]. Тонус человеческого организма имеет большое значение для нормальной работоспособности. Истощение жизненных сил может снизить работу организма; могут появиться признаки хронической усталости, переутомления, напряжения, нехватки энергии [9].

Депрессия – это психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость, нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее), а также двигательной заторможенностью [9]. При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности [13]. Депрессия напрямую связана с уровнем жизненных сил: чем их меньше, тем выше риск возникновения депрессивных симптомов [9; 11; 18].

Опросник К. Изарда «Основные эмоциональные черты» позволяет выявить у испытуемого наиболее выраженные эмоциональные черты. Опросник состоит из 12 шкал, описывающих определенную эмоциональную черту: Эмоциональная возбудимость, Интерес, возбуждение, Радость, Удивление, Горе, страдание, Отвращение, Гнев, ярость, Презрение, неуважение, Страх, Стыд, застенчивость, Вина, раскаяние и Сочувствие, сострадание.

Результаты исследования и их обсуждение

Для оценки достоверности различий между выборками применялись U-критерий Манна–Уитни, а также дисперсионный анализ. В результате статистического анализа были получены интересные данные.

Показатели ситуативной и личностной тревожности статистически значимо выше в группе лиц с нарушениями голоса, чем в группе здоровых людей ($U=72,00$; $p \leq 0,05$), с преобладанием нестабильного психоэмоционального состояния, сопровождающегося напряжением, беспокойством, нервозностью. На наш взгляд, повышенная ситуативная тревожность в экспериментальной группе может быть связана с опасениями пациентов насчет того, что голос не вернется, их не будут понимать окружающие, они утратят профессиональную пригодность. Также можно предположить, что личностная тревожность в данном случае связана с формированием у представителей экспериментальной группы комплекса неполноценности, низкой самооценкой и неуверенностью в себе.

Кроме того, была обнаружена гендерная специфика эмоциональных проявлений у людей с патологией голоса. Так, у мужчин оказались выше показатели

личностной и ситуативной тревожности ($F=3,45$; $p \leq 0,05$), а у женщин – показатели психосоциального стресса ($F=3,40$; $p \leq 0,05$). Эти различия могут быть обусловлены эволюционными причинами: мужчины изначально характеризуются более высоким уровнем развития таких черт, как доминантность и контактность; они имеют более высокую самооценку, ориентированы на профессиональную самореализацию [4; 8] и, попадая в ситуацию, когда здоровье оказывается под угрозой, становятся застенчивыми (неуверенными в себе) и чувствительными к социальному одобрению. Во многом это обусловлено нарастанием стресса на фоне длительного лечения и ограничением профессиональной деятельности. Можно предположить, что выраженность психосоциального стресса у женщин связана со снижением стрессоустойчивости вследствие общей астенизации организма, субъективных переживаний дискомфорта, напряженности и вегетативного возбуждения.

Результаты статистического анализа позволяют говорить о том, что у респондентов с нарушением голоса преобладают такие эмоции, как горе ($F=3,50$; $p \leq 0,05$), страх ($F=3,43$; $p \leq 0,05$) и гнев ($F=3,23$; $p \leq 0,05$). В то время как у здоровых респондентов преобладают интерес ($F=3,60$; $p \leq 0,05$), радость ($F=3,20$; $p \leq 0,05$) и эмоциональная возбудимость ($F=3,30$; $p \leq 0,05$). Это может быть связано с тем, что пациентам с патологией гортани приходится длительное время находиться на амбулаторном или стационарном лечении; они лишены возможности полноценной коммуникации и вынуждены ограничивать себя в профессиональной деятельности. Пациенты зачастую сталкиваются с ситуацией, когда со стороны окружающих к ним обращены нетактичные вопросы об их голосе, заставляющие смущаться или стыдиться. В результате у них нарастает ощущение собственной физической неполноценности, и возникают трудности вступления в контакт с посторонними людьми и даже с родственниками, сопровождающиеся страхом, что их не поймут и эффективного общения не получится. В этом отношении лица с нарушением голоса в большей степени подвержены страху перед незнакомыми людьми и перед будущим по сравнению со здоровыми людьми; страх превалирует над интересом, который в норме способствует расширению социальных связей и отношений.

Наконец, нами было обнаружено, что патологиям голоса сопутствуют такие эмоциональные черты, как отсутствие интереса к жизни ($F=3,80$; $p \leq 0,05$), страдание ($F=3,46$; $p \leq 0,05$), горе ($F=3,50$; $p \leq 0,05$), низкая эмоциональная возбудимость ($F=3,32$; $p \leq 0,05$) и позднее отреагирование чувств ($F=3,70$; $p \leq 0,05$). Важно отметить, что чувствительность к мнению и чувствам других, социальная конформность, а также интерес к окружающему миру и удивление могут снижать риск возникновения как голосовых расстройств, так и любой другой соматической патологии [19].

Заключение

В результате изучения литературных источников, а также опираясь на данные исследования, можно сделать ряд выводов об особенностях эмоционально-личностной сферы у людей с нарушениями голоса.

1. Нарушение голоса – это сложное структурно-функциональное нарушение, требующее комплексного подхода не только к диагностике, но и к самой лечебно-коррекционной работе.

2. Люди с нарушением голоса обладают специфическим набором эмоционально-личностных и поведенческих качеств, которые, на наш взгляд, могут оказывать серьезное влияние на ход течения заболевания.

3. Особенности эмоциональной сферы пациентов с нарушениями голоса обуславливают важность и необходимость комплексного подхода к реабилитации такого рода больных. Требуются не только медико-педагогическая работа, но и психологическая коррекция с применением специальных психотерапевтических техник, которые направлены на изменение эмоционально-мотивационного фона данного контингента больных.

4. Люди с патологией голоса нуждаются в социальной поддержке, которая позволит обеспечить защиту человека от тяжелых последствий заболевания и будет способствовать излечению, противодействуя стрессу.

5. Ввиду особенностей эмоционально-личностной сферы, программа оздоровительно-коррекционных мероприятий должна быть дифференцирована, патогенетически обусловлена и лично ориентирована.

Итак, человек с нарушением голоса в период заболевания подвержен эмоциональным расстройствам, поскольку в это время происходит приспособление организма к новым ощущениям и состоянию. Это, в свою очередь, способствует замедлению процесса выздоровления, что доказывается на материале отечественных и зарубежных исследований.

Литература

1. Барabanов Р.Е. Социально-психологические особенности семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2014. Т. 14. № 2. С. 118–123.
2. Васильева О.С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М.: издательский центр Академия, 2001. 352 с.
3. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни: методическое пособие. СПб.: Медиа Сфера, 2005. 258 с.
4. Веккер Л.М. Психика и реальность: единая теория психических процессов. М.: Смысл, 1998. 685 с.
5. Вилюнас В.К. Психология эмоциональных явлений и состояний. М.: изд-во МГУ, 1976. 521 с.
6. Гаркави Л.Х., Квакина Е.В., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. Ростов-н/Д: изд-во Ростовского университета, 1977. 386 с.

7. Герасименко Ю.М. Психогенные расстройства голоса. СПб.: Политехника, 1993. 235 с.
8. Гельгорн Э., Луфборроу Дж. Эмоции и эмоциональные расстройства. Нейрофизиологическое исследование. М.: Мир, 1996. 673 с.
9. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания. М.: Эксмо, 2003. 592 с.
10. Изард К.Э. Психология эмоций. СПб.: Питер, 2012. 464 с.
11. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб.: Питер, 2001. 752 с.
12. Кабанов М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М.: Медицина, 1983. 312 р.
13. Куликов Л.В. Психология настроения. СПб.: изд-во СПбГУ, 1997. 430 с.
14. Михайлов Б.В. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / под ред. Б.В. Михайлова. Харьков: Прапор, 2002. 128 с.
15. Применение биологической обратной связи для коррекции и лечения нарушения голоса / О.С. Орлова [и др.] // Актуальные проблемы оториноларингологии. М., 1994-1995. Вып. 38. 48 с.
16. Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. М.: изд-во МГУ, 1984. 288 с.
17. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. Ростов н/Д: Феникс, 2003. 480 с.
18. Сельченко К.В. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья: хрестоматия / сост. К.В. Сельченко. Мн.: Харвест, 2003. 640 с.
19. Яхин К.К., Галиуллина Л.К. Пограничные психические расстройства у больных с дисфониями (психосоматические соотношения) // Consilium medicum. 2007. Т. 237. № 2. С. 98–112.

Features of Emotional and Personal Spheres in Patients with Voice Disorders

Barabanov, R.E.,

PhD. student, Department of Developmental Psychology Faculty of Education Psychology, Moscow State University of Psychology and Education; Speech therapist (fonopedy), Research and Clinical Center of Otorhinolaryngology of the Federal Medical-Biological Agency of Russia; lecturer, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Moscow Financial-Legal University, Moscow, Russia, pacmich@rambler.ru

Fantalova, E.B.,

PhD. (Psychology), Professor, Chair of Neuro- and Pathopsychology, Department of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, elenafantal@yandex.ru

Due to the adverse environmental effects and the risk of severe laryngotracheal diseases, as well as various voice disorders, the frequency of emotional disorders and their negative consequences among the mature population increases, as the increasing number of problems faced by the patient during his illness. Present article discusses the theoretical aspects of the study of emotional and personal spheres of patients with voice disorders, describes various approaches to the study of emotional states in people with voice disorders. The article presents the results of a study of emotional and personal spheres of individuals with voice disorders. It was found that indicators of situational and personal anxiety were significantly higher in the patient group. There are gender-specific emotional displays in people with disorders of the vocal apparatus. Respondents in violation of voices prevail emotions such as grief; fear and anger. In healthy respondents dominate interest, joy and emotional excitability. It also turned out that the main factors associated voice pathology, are such emotional traits as lack of interest in life, suffering and distress, low emotional excitability and later acting out feelings.

Keywords: voice, voice disorders, dysphonia, emotional and volitional, emotional stress.

References

1. Barabanov R.E. Social'no-psihologicheskie osobennosti semej, vospityvayushchih detej s otkloneniyami v razvitii [Socio-psychological characteristics of families with children with developmental disabilities]. *Voprosy psicheskogo zdorov'ya detej i*

podrostkov [The questions of psychological health in children and adolescents], 2014, vol. 14, no. 2., pp. 118–123.

2. Vasil'eva O.S. *Psihologiya zdorov'ya cheloveka: ehtalony, predstavleniya, ustanovki* [Psychology of human health: standards, performance, installation]. Moscow: Akademiya, 2001. 352 p.

3. Vasserman L.I. *Psihologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: metodicheskoe posobie* [Psychological diagnostics related to the disease: textbook]. Saint Petersburg: Media Sfera, 2005. 258 p.

4. Vekker L.M. *Psihika i real'nost': edinaya teoriya psihicheskikh processov* [Mind and Reality: a unified theory of mental processes]. Moscow: Smysl, 1998. 685 p.

5. Vilyunas V.K. *Psihologiya ehmocional'nyh yavlenij i sostoyanij* [Psychology of emotional events and conditions]. Moscow: publ. of MGU, 1976. 521 p.

6. Garkavi L.H., Kvakina E.V., Ukolova M.A. *Adaptacionnye reakcii i rezistentnost' organizma* [Adaptable reactions and resistance of the body]. Rostov-na-Donu: publ. of Rostovskiy universitet, 1977. 386 p.

7. Gerasimenko Yu.M. *Psihogennye rasstrojstva golosa* [Psychogenic voice disorders]. Saint Petersburg: Politekhnik, 1993. 235 p.

8. Gel'gorn E.H., Lufborrou Dzh. *Ehmocii i ehmocional'nye rasstrojstva. Nejrofiziologicheskoe issledovanie* [Emotions and emotional disorders. neurophysiological studies]. Moscow: Mir, 1996. 673 p.

9. Eliseev Yu.Yu. *Psihosomaticheskie zabolevaniya* [Psychosomatic diseases]. Moscow: Ehksmo, 2003. 592 p.

10. IZARD K.Eh. *Psihologiya ehmocij* [Psychology of emotions]. Saint Petersburg: Piter, 2012. 464. p

11. Il'in E.P. *Ehmocii i chuvstva* [Emotions and feelings]. Saint Petersburg: Piter, 2001. 752 p.

12. Kabanov M.M. *Metody psihologicheskoy diagnostiki i korrekcii v klinike* [Methods of psychological diagnostics and correction in the clinic]. Moscow: Medicina, 1983. 312 p.

13. Kulikov L.V. *Psihologiya nastroeniya* [mood Psychology]. Saint Petersburg: publ. of SPbGU, 1997. 430 p.

14. Mihajlov B.V. *Psihoterapiya v obshchesomaticheskoy medicine: Klinicheskoe rukovodstvo* [Psychotherapy in somatic medicine: Clinical Guide] in B.V. Mihajlova (ed.). Har'kov: Prapor, 2002. 128 p.

15. Orlova O.S. [i dr.]. *Primenenie biologicheskoy obratnoj svyazi dlya korrekcii i lecheniya narusheniya golosa* [The use of biofeedback for the correction and treatment of

Барabanов Р.Е., Фанталова Е.Б. Особенности эмоционально-личностной сферы у лиц с нарушением голоса
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 4. С. 39–49.

Barabanov, R.E., Fantalova, E.B. Features of Emotional and Personal Spheres in Patients with Voice Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 4, pp. 39–49.

voice disorders]. *Aktual'nye problemy otorinolaringologii [Actual problems of otolaryngology]*, iss. 38. Moscow, 1994-1995. 48 p.

16. Psihologiya emocij. Teksty [Psychology of emotions. Texts] in V.K. Vilyunasa, Yu.B. Gippenrejter (eds.). Moscow: publ. of MGU, 1984. 288 p.

17. Repina N.V., Voroncov D.V., Yumatova I.I. Osnovy klinicheskoy psihologii [Fundamentals of Clinical Psychology]. Rostov n/D: Feniks, 2003. 480 p.

18. Sel'chenok K.V. Psihosomatika: vzaimosvyaz' psihiki i zdorov'ya: hrestomatiya [Psychosomatics: the relationship of mind and health: a reader] in K.V. Sel'chenok (ed.). Minsk: Harvest, 2003. 640 p.

19. Yahin K.K., Galiullina L.K. Pogranichnye psihicheskie rasstrojstva u bol'nyh s disfoniymi (psihosomaticheskie sootnosheniya) [Borderline mental disorders in patients with dysphonia (psychosomatic relations)]. *Consilium medicum*, 2007, vol. 237, no. 2, pp. 98–112.

Функция планирования у детей, имеющих в анамнезе нейроонкологическое заболевание

Бурдукова Ю.А.,

кандидат психологических наук, доцент, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, julia_burd@inbox.ru

Алексеева О.С.,

научный сотрудник, Психологический институт Российской академии наук (ФГБНУ ПИ РАО), Москва, Россия, olga_alexeeva@mail.ru

Статья посвящена исследованию таких факторов нейроонкологического заболевания, как локализация опухоли и воздействие химио- и лучевой терапии на развитие исполнительской функции префронтального неокортекса. В исследовании приняли участие 58 детей, имеющих в анамнезе нейроонкологическое заболевание (опухоли мозжечка и опухоли в теменных и височных отделах коры) и проходивших лечение в Морозовской детской городской клинической больнице, а также 120 типично развивающихся детей. Функция планирования оценивалась с помощью Кембриджского теста планирования (Stockings of Cambridge) компьютерной батареи нейропсихологических тестов CANTAB (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery). Было обнаружено, что у детей, имеющих в анамнезе опухоль мозжечка, возникает дефицит функции планирования, в отличие от детей, имеющих в анамнезе опухоль в теменно-височных отделах коры. Кроме того, выявлено, что при опухоли мозжечка на функцию планирования оказывает неблагоприятное влияние химио- и лучевая терапия.

Ключевые слова: дети с опухолями мозжечка, химио- и лучевая терапия, функция планирования.

Для цитаты:

Бурдукова Ю.А., Алексеева О.С. Функция планирования у детей, имеющих в анамнезе нейроонкологическое заболевание [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 50–60. doi: 10.17759/psyclin.2016050404

For citation:

Burdukova, Yu.A., Alekseeva, O.S. The Function of Planning in Children with a History of Neuro-Oncological Disease [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 4, pp. 50–60. doi: 10.17759/psycljn. 2016050404 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

В последние десятилетия наблюдается огромный прогресс в детской медицине нейроонкологических заболеваний как в области нейрохирургии, так и в лекарственной терапии. В настоящее время мы можем оценивать не только эффективность онкологического лечения, но и отдаленные исходы комплексной реабилитации ребенка, имеющего в анамнезе опухоль головного мозга, оценить последствия перенесенного заболевания на психическое развитие в целом и на сформированность частных когнитивных функций.

Широко известен факт того, что применение химиолучевой терапии при лечении отрицательно влияет на когнитивное развитие [2; 7; 12]. Удивительно, но локализация опухоли в настоящий момент не рассматривается как фактор, существенно влияющий на когнитивное развитие [9; 15]. Иными словами, согласно современным данным, общий уровень интеллектуального развития снижается при наличии в анамнезе химио- и лучевой терапии безотносительно места поражения головного мозга.

С другой стороны, при исследовании исходов опухолей мозжечка описан когнитивно-аффективный синдром, проявляющийся в комплексном нарушении исполнительных функций, в частности, в снижении рабочей памяти, в дефиците пространственных функций, в нарушениях речи и в эмоционально-личностных расстройствах [17; 18]. Изначально синдром был описан на выборке взрослых людей. Однако более поздние исследования подтвердили наличие сходных с когнитивно-аффективным синдромом проявлений у детей, перенесших операцию по резекции опухоли мозжечка [7; 18].

Следует отметить, что опухоли мозжечка и других структур задней черепной ямки встречаются у детей наиболее часто и составляют 45–50% всех случаев внутричерепных новообразований [1; 11; 18], поэтому изучение влияния повреждений мозжечка на когнитивное развитие является крайне важной задачей для понимания последствий перенесенного нейроонкологического заболевания в детском возрасте.

За последнее десятилетие были накоплены многочисленные данные о когнитивных особенностях детей, страдающих злокачественными опухолями мозжечка и задней черепной ямки, однако они не позволяют получить четкой картины. С одной стороны, исследователи убедительно показывают, что поражение мозжечка и/или задней черепной ямки негативно сказывается на ряде когнитивных функций, таких как зрительно-пространственные способности, вербальные навыки, исполнительные функции лобных отделов коры (рабочая память, планирование), внимание [3; 11; 16; 17]. С другой стороны, существуют сведения о схожих последствиях ЦНС-направленной лучевой терапии (CNS-directed radiation therapy) и высокодозной химиотерапии, являющихся частью нейроонкологического лечения [6; 12]. Следует отметить, что нарушение исполнительных функций лобных отделов коры описывается практически в любом исследовании когнитивных функций детей, имеющих в анамнезе опухоль мозжечка.

Таким образом, представляется необходимым разделить влияние самой опухоли и влияние сопутствующего нейроонкологического лечения на исполнительные функции. Для анализа нами была выбрана функция планирования.

Эмпирическая база исследования

В экспериментальную **выборку** вошли 58 детей, имеющих в анамнезе нейроонкологическое заболевание и проходивших лечение в Морозовской детской городской клинической больнице (МДГКБ). Были сформированы две экспериментальные группы: в первую вошли дети с объемными образованиями (опухолями) в задней черепной ямке и в мозжечке, а во вторую – дети с объемными образованиями в теменных и височных отделах коры (табл. 1). Вторая группа была обследована нами для контроля фактора самого наличия опухоли. В обе группы вошли дети, получавшие лучевую и химиотерапию (далее – ЛХТ), и дети, не получавшие ее. Кроме того, в исследовании приняли участие 120 типично развивающихся детей, составивших контрольную группу. Значимых возрастных различий между группами не обнаружено ($p > 0,05$).

Таблица 1

Характеристики выборки

Характеристики	Локализация опухоли				Типично развивающиеся дети
	Мозжечок и задняя черепная ямка		Теменные и височные области коры		
	с ЛХТ	без ЛХТ	с ЛХТ	без ЛХТ	
Количество случаев	18	18	15	7	120
Возраст тестирования (в годах)	12,3±3,2	10,3±3,0	10,5±3,0	13,5±3,6	12,5±5,2
Возраст операции (в годах)	8,6±3,9	7,0±4,0	8,1±4,6	12,1±3,1	-

Методики. Для оценки функции планирования нами был использован Кембриджский тест планирования (Stockings of Cambridge). Эта проба входит в Компьютерную батарею нейропсихологических тестов CANTAB (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery) и позволяет исследовать исполнительные функции (рабочую память и планирование). Проба является аналогом теста «Лондонская башня» [5]. В процессе тестирования испытуемым предлагается делать выбор, прикасаясь к чувствительному экрану компьютера (сенсорному дисплею). На экране демонстрируется 2 модели изображения (одна находится над другой). Каждая модель включает набор цветных шаров, расположенных определенным образом (авторы теста в описании используют сравнение демонстрируемых моделей с висящими на балке шарами в носках). Верхнее изображение является

образцом. Перед испытуемым ставится следующая задача: в соответствии с образцом изменить за определенное количество ходов положение элементов (шаров) на нижней модели с помощью перестановки. Шары можно перемещать один за другим, прикасаясь к нужному шару и месту его перемещения. Задачу необходимо выполнить за определенное количество ходов.

В Кембриджском тесте планирования выделяется 3 уровня сложности в зависимости от количества ходов (задачи в 3, 4 и 5 ходов). Успешность ребенка в этом задании оценивается с помощью показателей количества задач, решенных за минимальное число ходов, и среднего количества ходов для каждого уровня сложности (3, 4 и 5 ходов).

Результаты исследования

Мы оценили зависимость успешности планирования от локализации и от получения/не получения химио- и лучевой терапии (ЛХТ). В Кембриджском тесте оценки функции планирования (количество задач, решенных за минимальное число ходов и среднее количество ходов для каждого уровня сложности) не стандартизированы с учетом возраста, поэтому в нашем исследовании возрастной фактор не учитывался.

Влияние локализации опухоли на сохранность функции планирования

Дисперсионный анализ обнаружил, что локализация опухоли (опухоль мозжечка и задней черепной ямки и опухоль, локализованная в теменных и височных отделах коры) является значимым фактором ($F(2, 178)=9,3; p=0,027$), определяющим сохранность функции планирования у детей. Показатели успешности планирования в группе детей, имеющих в анамнезе опухоль мозжечка и задней черепной ямки, значимо отличались от таковых в группе типично развивающихся детей ($F(1, 178)=17,5; p=0,000$). В свою очередь, аналогичные показатели у детей, перенесших операцию по резекции опухоли корковых отделов, и у типично развивающихся детей между собой значимо не различались ($p>0,05$).

Для оценки влияния уровня сложности задания на эффективность его выполнения у групп детей, имеющих различную локализацию опухолей, нами был проведен анализ показателей выполнения Кембриджского теста планирования, в котором оценивалась успешность выполнения заданий разных уровней сложности (задачи в 3, 4 и 5 ходов) у детей, имеющих в анамнезе опухоль мозжечка и задней черепной ямки, у детей с опухолью в теменно-височных отделах коры и у типично развивающихся детей. Дисперсионный анализ показал значимое влияние локализации опухоли на эффективность выполнения заданий разных уровней сложности ($F(2, 176)=7,7; p=0,001$). Детям с опухолями в области мозжечка и задней черепной ямки требовалось большее количество ходов для решения задач, чем их типично развивающимся сверстникам ($F(1, 197)=15,7; p=0,001$) и чем детям с опухолями в теменно-височных областях коры ($F(1, 197)=4,1, p=0,05$). Значимые различия были обнаружены при анализе выполнения детьми заданий в 4 ($F(1, 176)=12,8; p=0,001$) и 5 ходов ($F(1, 176)=5,8; p=0,02$), но не в 3 хода ($p>0,05$).

Интересно, что группа детей с поражениями теменно-височных отделов коры справлялась с заданиями любой сложности так же, как и их типично развивающиеся сверстники.

Таким образом, мы обнаружили, что наличие опухоли в областях мозжечка и задней черепной ямки является фактором, ухудшающим функцию планирования у детей с нейроонкологическими заболеваниями, в то время как наличие опухоли в корковых отделах мозга не оказывает подобного воздействия на функцию планирования.

Влияние химио- и лучевой терапии с учетом локализации опухоли на сохранность функции планирования

Для понимания особенностей развития функции планирования у детей с нейроонкологическими заболеваниями мы оценили влияние химио- и лучевой терапии на выполнение Кембриджского теста планирования. В большинстве исследований химио- и лучевая терапия часто упоминается как основной фактор, негативно влияющий на общее когнитивное развитие и на отдельные когнитивные функции, в то время как изучение влияния локализации опухоли на структуру поражения когнитивной сферы у детей с нейроонкологическими заболеваниями, как ни странно, игнорируется. В нашем исследовании было обнаружено, что локализация опухоли имеет принципиальное значение для сохранности функции планирования. Полученный факт значим для выяснения вопроса о том, является ли химио- и лучевая терапия дополнительным фактором, препятствующим развитию функции планирования у детей, имеющих в анамнезе нейроонкологическое заболевание.

Итак, мы обнаружили, что сравниваемые группы детей (без учета локализации и проходивших ЛХТ и не проходивших ЛХТ) различаются по показателю количества задач, решенных за минимальное число ходов ($F(1, 33)=7,4; p=0,01$): в группе детей, проходивших ЛХТ (без учета локализации), функция планирования развита слабее, чем у детей, не проходивших ЛХТ. Более того, результаты дисперсионного анализа свидетельствуют о том, что взаимодействие факторов локализации опухоли и лечения значимо влияют на функцию планирования ($F(2, 53)=6,6; p=0,01$). Результаты дисперсионного анализа показали, что дети с опухолями в области мозжечка и задней черепной ямки, проходившие химио- и лучевую терапию, значимо хуже справляются с задачей планирования, чем дети с такой же локализацией поражения, не проходившие лечение ($F(1, 53)=11,0; p=0,002$), и дети с корковыми опухолями, подвергавшиеся ЛХТ ($F(1, 53)=9,0; p=0,004$). Химио- и лучевая терапия не оказывает повреждающего воздействия на функцию планирования у детей с опухолями в теменно-височных отделах коры ($p>0,05$).

Таким образом, функция планирования подвержена негативному влиянию химиолучевой терапии. Это утверждение справедливо для детей с поражением мозжечка и задней черепной ямки. При этом опухоль в теменно-височных отделах коры не приводит к снижению эффективности функции планирования.

Обсуждение результатов исследования

Исходя из вышеприведенных результатов исследования, можно заключить, что для возникновения дефицита функции планирования необходимо сочетание двух факторов: опухоли мозжечка и задней ямки и влияния химио- и лучевой терапии.

В последние годы активно разрабатывалась проблема взаимосвязи мозжечка и префронтальных отделов [6]. Одним из наиболее важных открытий в рамках анатомических, физиологических, нейровизуализационных и клинических исследований стало выявление роли мозжечка в реализации когнитивных процессов, в том числе исполнительных функций [4; 8]. При выполнении многих задач, задействующих префронтальные отделы мозга, отмечается активация мозжечка. Кроме того, исследователи отмечают, что люди с повреждением мозжечка испытывают трудности при выполнении задач, требующих участия префронтальных отделов головного мозга, например: тестов, оценивающих функцию планирования, задач со сменой инструкции, а также тестов, направленных на оценку рабочей памяти [8; 16; 17]. По мнению ряда авторов, мозжечковая функция контроля когнитивных процессов заключается в подготовке большого мозга к получению информации, ее обработке и усвоению, что имеет ключевое значение для процесса обучения [4]. Эта точка зрения согласуется с выводами М.И. Познера и М.Е. Рейчел, согласно которым активация мозжечка, визуализируемая при помощи позитронно-эмиссионной томографии в процессе выполнения нового задания, снижается по мере того, как испытуемый «выучивает» задание и начинает выполнять его автоматически [14]. Было показано, что активация мозжечка и префронтального неокортекса происходит при выполнении новых для испытуемого заданий или тех, которые требуют высокой концентрации внимания, а также при выполнении задач со сменой правил (например, задач из Висконсинского теста сортировки карточек) [8].

В нашем исследовании дефицит функции планирования отмечался у детей, которые имели в анамнезе не только опухоль мозжечка, но и подвергались воздействию химио- и лучевой терапии. Сходные данные были получены во французском исследовании, где высокая злокачественность опухоли и, следовательно, неизбежная лучевая терапия указывались как факторы, снижающие функцию планирования у детей с опухолями задней черепной ямки [10]. Так почему сопутствующее лечение негативно влияет на когнитивные функции только при условии определенной локализации? Одним из объяснений является эффект ЦНС-направленной лучевой терапии именно на структуры мозжечка. Так, Т.Е. Мерчант с соавторами указывают на то, что у детей с опухолями мозжечка, подвергавшихся лучевой терапии, степень снижения общего уровня интеллекта зависит от того, какая именно область мозжечка подверглась облучению, а также от степени интенсивности облучения [13].

Возможно, вследствие опухоли мозжечка могли быть повреждены (сдавлены) волокнаocerebellо-таламокортикального пути, связывающего мозжечок с префронтальным неокортексом. В связи с нарушением связи между этими отделами головного мозга, участвующими в реализации исполнительных функций, может

наблюдаться дефицит функции планирования. Это предположение нуждается в тщательной верификации, но если оно подтвердится, то это в значительной степени может обогатить знания о роли участия мозжечка в обеспечении исполнительных функций.

Таким образом, ключевой вывод нашего исследования заключается в том, что применение химио- и лучевой терапии оказывает повреждающее влияние на эффективность функции планирования у детей с опухолями мозжечка и задней черепной ямки, но не с опухолями теменных и височных отделов коры.

Финансирование

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 15-06-08680.

Благодарности

Авторы благодарят за помощь в сборе данных для исследования нейропсихолога Е.Ю. Власову и невролога Е.В. Андрееву.

Литература

1. *Бадалян Л.О.* Детская неврология. М.: Медпресс, 2010. 608 с.
2. *Бурдукова Ю.А., Власова Е.Ю., Гнитеева Л.Н., Андреева Е.В., Попов В.Е.* Влияние химио- и лучевой терапии на когнитивное развитие у детей с опухолями различной локализации [Электронный ресурс] // Психологические исследования psystudy.ru. 2015. Т. 8. № 41. С. 3. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n41/1135-burdukova41.html> (дата обращения: 15.11.2016)
3. *Воронин Н.А., Бурдукова Ю.А., Гнитеева Л.Н., Андреева Е.В., Попов В.Е., Строганова Т.А.* Когнитивное развитие детей с опухолями головного мозга // Вопросы психологии. 2013. № 6. С. 24–37.
4. *Корсакова Н.К., Калашникова Л.А., Зуева Ю.В., Пугачева О.В.* Нарушение высших психических функций при инфарктах мозжечка // Сборник тезисов VIII Всероссийского съезда неврологов (Казань, 21–25 мая 2001 г.). Казань, 2001. С. 237–238.
5. *Новикова С.И., Строганова Т.А.* Планирование действий у детей 5–6 лет: Возрастные и индивидуальные различия в выполнении теста «Лондонская башня» // Вопросы психологии. 2006. № 4. С. 36–46.
6. *Aarsen F.K., Van Dongen H.R., Paquier P.F., Van Mourik M., Catsman-Berrevoets C.E.* Long-term sequelae in children after cerebellar astrocytoma surgery // Neurology. 2004. Vol. 62. №. 8. pp. 1311–1316. doi: 10.1212/01.WNL.0000120549.77188.36.

7. *Bull K.S., Kennedy C.R.* Neurocognitive effects of CNS tumors // Handbook Clinical Neurology. 2013. Vol. 112. pp. 967–972. doi: 10.1016/B978-0-444-52910-7.00017-9.
8. *Diamond A.* Close interrelation of motor development and cognitive development and of the cerebellum and prefrontal cortex // Child Development. 2000. Vol. 71. № 1. pp. 44–56.
9. *Duffner P.K.* Risk factors for cognitive decline in children treated for brain tumors // European Journal of Pediatric Neurology. 2010. Vol. 14. № 2. pp. 106–111. doi: 10.1016/j.ejpn.2009.10.005.
10. *Koustenis E., Driever P.H., de Sonnevile L., Rueckriegel S.M.* Executive function deficits in pediatric cerebellar tumor survivors // European Journal of Pediatric Neurology. 2015. Vol. 20. № 1. pp. 25–37. DOI: 10.1016/j.ejpn.2015.11.001
11. *Levisohn L., Cronin-Golomb A., Schmahmann J.D.* Neuropsychological consequences of cerebellar tumour resection in children: cerebellar cognitive affective syndrome in a pediatric population // Brain. 2000. Vol. 123. pp. 1041–1050.
12. *Lockwood K.A., Bell T.S., Colegrove R.W.* Long-term effects of cranial radiation therapy on attention functioning in survivors of childhood leukemia // Journal of Pediatric Psychology. 1999. Vol. 24. № 1. pp. 55–65.
13. *Merchant T.E., Sharma S., Xiong X.P., Wu S.J., Conklin H.* Effect of cerebellum radiation dosimetry on cognitive outcomes in children with in fratentorial ependymoma // International Journal of Radiation Oncology Biology Physics. 2013. Vol. 90. № 3. pp. 547–553. doi: 10.1016/j.ijrobp.2014.06.043
14. *Posner M.I., Raichle M.E.* Images of mind. New York: Scientific American Library, 1994.
15. *Reimers T.S., Ehrenfels S., Mortensen E.L., Schmiegelow M.* Cognitive deficits in long-term survivors of childhood brain tumors: identification of predictive factors // Medical Pediatric Oncology. 2003. Vol. 40. № 1. pp. 326–342. doi: 10.1002/mpo.10211
16. *Riva D., Giorgi C.* The cerebellum contributes to higher functions during development: evidence from a series of children surgically treated for posterior fossa tumours // Brain. 2000. Vol. 123. pp. 1051–1061.
17. *Schmahmann J.D.* Disorders of the cerebellum: ataxia, dysmetria of thought, and the cerebellar cognitive affective syndrome // Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience. 2004. Vol. 16. pp. 367–378. DOI: 10.1176/jnp.16.3.367
18. *Schmahmann J.D., Sherman J.C.* The cerebellar cognitive affective syndrome // Brain. 1998. Vol. 121. pp. 561–579.

The Function of Planning in Children with a History of Neuro-Oncological Disease

Burdukova, Yu.A.,

PhD. (Psychology), Lecturer, Department of Differential Psychology and Psychophysiology, Faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, julia_burd@inbox.ru

Alekseeva, O.S.,

Research fellow, Laboratory of Differential Psychology and Psychophysiology, Psychological Institutio of Russian Academy of Education, Moscow, Russia, olga_alexeeva@mail.ru

The aim of the study was to estimate the influence of radio- and chemotherapy and tumor's localization on executive functions of the prefrontal cortex. Research involved 58 children with neuro-oncological disease in anamnesis (cerebellum localization and temporal – parietal lobes localization) treated in the Morozov Children's Clinical Hospital. Also research involved 120 typically developing children. Planning was assessed using the Cambridge planning test (Stockings of Cambridge) computer battery of neuropsychological tests CANTAB (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery). Additionally, it is revealed that there is an adverse effect of chemotherapy and radiotherapy on executive functions in tumor of the cerebellum.

Keywords: children with brain tumor, chemotherapy and radiotherapy, planning, executive functions.

Funding

This work was supported by grant RFBR № 15-06-08680.

Acknowledgements

The authors thank neuropsychologist E.Yu. Vlasova and neurologist E.V. Andreeva for help in gathering data.

References

1. Badalyan L.O. Detskaya nevrologiya [Pediatric neurology] Moscow: Publ. Medpress, 2010. 608 p.
2. Burdukova Yu.A., Vlasova E.Yu., Gniteeva L.N., Andreeva E.V., Popov V.E. Vliyanie khimio- i luchevoi terapii na kognitivnoe razvitie u detei s opukholyami razlichnoi

lokalizatsii [Influence of radio- and chemotherapy on cognitive development of children with brain tumor]. *Psikhologicheskie Issledovaniya psystudy.ru [Psychological Studies psystudy.ru]*, 2015, vol. 8, no. 41, pp. 3. Available at: <http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n41/1135-burdukova41.html> (Accessed 15.11.2016) (In Russ., abstr. in Engl.)

3. Voronin N.A., Burdukova Yu.A., Gniteeva L.N., Andreeva E.V., Popov V.E., Stroganova T.A. Kognitivnoe razvitie detei s opukholyami golovnogo mozga [Cognitive development in children with brain tumors]. *Voprosy Psikhologii [The Issues Relevant to Psychology]*, 2013, no. 6, pp. 24–37. (In Russ., abstr. in Engl.)

4. Korsakova N.K., Kalashnikova L.A., Zueva Yu.V., Pugacheva O.V. Narushenie vysshikh psikhicheskikh funktsii pri infarktakh mozzhechka [Disorders of higher mental functions in the cerebellar infarcts]. *Sbornik tezisov VIII Vserossiiskogo s"ezda nevrologov (Kazan, 21-25 maya 2001 g.) [Proceedings of the 8th All-Russian Neurology Congress]*. Kazan, 2001, pp. 237–238.

5. Novikova S.I., Stroganova T.A. Planirovanie deistvii u detei 5–6 let: Vozrastnye i individual'nye razlichiya v vypolnenii testa «Londonskaya bashnya» [Action planning by 5-6-year-olds: Age-specific and individual differences in "The Tower of London" task]. *Voprosy Psikhologii [The Issues Relevant to Psychology]*, 2006, no. 4, pp. 36–46. (In Russ., abstr. in Engl.)

6. Aarsen F.K., Van Dongen H.R., Paquier P.F., Van Mourik M., Catsman-Berrevoets C.E. Long-term sequelae in children after cerebellar astrocytoma surgery. *Neurology*, 2004, vol. 62, no. 8, pp. 1311–1316. doi: 10.1212/01.WNL.0000120549.77188.36

7. Bull K.S., Kennedy C.R. Neurocognitive effects of CNS tumors. *Handbook Clinical Neurology*, 2013, vol. 112, pp. 967–972. doi: 10.1016/B978-0-444-52910-7.00017-9. doi: 10.1016/B978-0-444-52910-7.00017-9.

8. Diamond A. Close Interrelation of Motor Development and Cognitive Development and of the Cerebellum and Prefrontal Cortex. *Child Development*, 2000, vol. 71, no. 1, pp. 44–56.

9. Duffner P.K. Risk factors for cognitive decline in children treated for brain tumors. *European Journal Pediatric Neurology*, 2010, vol. 14, no. 2, pp. 106–111. doi: 10.1016/j.ejpn.2009.10.005

10. Koustenis E., Driever P.H., de Sonnevile L., Rueckriegel S.M. Executive function deficits in pediatric cerebellar tumor survivors. *European Journal of Pediatric Neurology*, 2015, vol. 20, no. 1, pp. 25–37. doi: 10.1016/j.ejpn.2015.11.001

11. Levisohn L., Cronin-Golomb A., Schmahmann J.D. Neuropsychological consequences of cerebellar tumour resection in children: cerebellar cognitive affective syndrome in a pediatric population. *Brain*, 2000, vol. 123, Pt 5, pp. 1041–1050.

12. Lockwood K.A., Bell T.S., Colegrove R.W.Jr. Long-term effects of cranial radiation therapy on attention functioning in survivors of childhood leukemia. *Journal of Pediatric Psychology*, 1999, vol. 24, no. 1, pp. 55–65.
13. Merchant T.E., Sharma S., Xiong X.P., Wu S.J., Conklin H. Effect of cerebellum radiation dosimetry on cognitive outcomes in children with infratentorial ependymoma. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 2013, vol. 90, no. 3, pp. 547–553. doi: 10.1016/j.ijrobp.2014.06.043
14. Posner M.I., Raichle M.E. Images of mind. New York: Scientific American Library, 1994.
15. Reimers T.S., Ehrenfels S., Mortensen E.L., Schmiegelow M. Cognitive Deficits in Long-Term Survivors of Childhood Brain Tumors: Identification of Predictive Factors. *Medical Pediatric Oncology*, 2003, vol. 40, no. 1, pp. 326–342. doi: 10.1002/mpo.10211
16. Riva D., Giorgi C. The cerebellum contributes to higher functions during development: evidence from a series of children surgically treated for posterior fossa tumours. *Brain*, 2000, vol. 123, pp. 1051–1061.
17. Schmahmann J.D. Disorders of the cerebellum: ataxia, dysmetria of thought, and the cerebellar cognitive affective syndrome. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 2004, vol. 16, pp. 367–378. doi: 10.1176/jnp.16.3.367.
18. Schmahmann J.D., Sherman J.C. The cerebellar cognitive affective syndrome. *Brain*, 1998, vol. 121, pp. 561–579.

Родительские воспитательные установки при хроническом соматическом заболевании ребенка (на материале юношеского ревматоидного артрита)

Буслаева А.С.,

научный сотрудник, Научный центр здоровья детей (ФГАУ НЦЗД Минздрава России), Москва, Россия, perepisska@ya.ru

В статье описывается исследование воспитательных установок 30 матерей детей и подростков 7–16 лет, страдающих тяжелым хроническим заболеванием – юношеским ревматоидным артритом. Использовалась модифицированная методика А.А. Шведовской «Родительское сочинение» в форме незавершенных предложений. С помощью контент-анализа выявлены три варианта воспитательных установок матерей. Наиболее благоприятная – лично-ориентированная установка встретилась у 13,3% матерей. Установка, ориентированная на обучение, наблюдалась у 33,3% матерей; она приводит к игнорированию физических и психологических трудностей ребенка, вызванных болезнью. Установка, ориентированная на лечение, при которой недостаточно учитываются психологические потребности ребенка и задачи его психического развития, зафиксирована у 50% матерей. Результаты «Родительского сочинения» были соотнесены с данными наблюдения за взаимодействием матерей с детьми во время их пребывания в стационаре. В результате наблюдений у одной матери (3,3%) выявлена «отстраненная» установка. В статье обсуждается влияние неоптимальных родительских установок на психологическое состояние и развитие личности хронически больного ребенка. Полученные данные позволяют определить направления консультативной психологической помощи, способствующие гармонизации родительских воспитательных установок.

Ключевые слова: родители хронически больных детей, юношеский ревматоидный артрит, воспитательные установки, лично-ориентированная установка, установка на обучение, установка на лечение, «отстраненная» установка.

Для цитаты:

Буслаева А.С. Родительские воспитательные установки при хроническом соматическом заболевании ребенка (на материале юношеского ревматоидного артрита) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 61–75. doi: 10.17759/psyclin.2016050405

For citation:

Buslaeva, A.S. Parental Attitude to Upbringing the Child with Chronic Somatic Disease (Based on Juvenile Rheumatoid Arthritis) [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 4, pp. 61–75. doi: 10.17759/psycljn.2016050405 (In Russ., abstr. in Engl.)

Постановка проблемы

В настоящее время в России насчитывается около 50 тысяч детей и подростков, страдающих ревматическими болезнями, причем число таких детей неуклонно растет из года в год [6]. Ревматические болезни – это хронические прогрессирующие заболевания, в большинстве случаев приводящие к инвалидизации ребенка. Они требуют систематических длительных госпитализаций (от 1-2 до 6 месяцев в году). Как ревматические заболевания, так и побочное действие медикаментов, используемых для их лечения, приводят к неблагоприятным изменениям внешности. Все это служит факторами риска, создающими высокую вероятность нарушений психического развития и возникновения социальной дезадаптации [3; 4].

Среди всех близких взрослых, как правило, именно родитель (чаще всего мать) в период пребывания ребенка в стационаре и вне больницы наиболее тесно и часто взаимодействует с ребенком: общается с ним, проявляет заботу, воспитывает его, поддерживает в трудной жизненной ситуации. В период лечения именно родитель осуществляет основной уход, сопровождает ребенка при проведении медицинских процедур и часто выступает в роли педагога, обеспечивающего образовательный процесс. Таким образом, помимо обычных родительских функций, в данном случае появляются дополнительные и специфические функции, которые можно обозначить как парамедицинскую и педагогическую. Для благополучного психического развития ребенка и обеспечения условий, отвечающих состоянию его здоровья, необходимо гармоничное сочетание этих функций.

В нашем исследовании, проведенном под руководством А.Л. Венгера, изучались *воспитательные установки* матерей, характеризующие как поведенческую реализацию родительских функций, так и особенности их осознания самими матерями. Оценивались воспитательные цели и мотивы родителя, эмоциональное отношение к ребенку, а также представления о нем как о личности, о его физических и психологических возможностях и потребностях и о состоянии его здоровья. При этом мы исходили из положения о кольцевой взаимосвязи между психологическими и физическими особенностями ребенка, с одной стороны, и родительскими

воспитательными воздействиями – с другой. Согласно этому положению, воспитательные воздействия в значительной мере зависят от психических и физических возможностей ребенка и, в свою очередь, сами определяют дальнейший ход его развития [2].

Методы и процедура исследования

В исследовании приняли участие дети младшего школьного и подросткового возрастов (7–16 лет), болеющие юношеским ревматоидным артритом, и их матери. Всего было обследовано 30 диад «ребенок–мать». Состояние здоровья обследованных детей оценивалось врачами как состояние средней тяжести, а продолжительность заболевания составляла от 3 до 7 лет. В период проведения исследования дети и подростки проходили лечение в стационаре.

Поведенческие проявления родительских установок оценивались на основе наблюдения за деятельностью и взаимоотношениями в парах «ребенок–мать» во время пребывания ребенка в стационаре. Субъективное осознание матерью этих установок выявлялось с помощью модифицированного варианта методики «Родительское сочинение» в форме незаконченных предложений [5]. В соответствии с задачами исследования оригинальная процедура обработки «родительских сочинений» была нами изменена. Интерпретация проводилась с использованием контент-анализа, в ходе которого были выделены следующие содержательные категории:

- личностные и эмоциональные характеристики ребенка, эмоциональное отношение к нему;
- учеба, достижения, навыки, умения, умственное развитие;
- здоровье, болезнь, лечение, физическое состояние.

Категория «личностные и эмоциональные характеристики ребенка, эмоциональное отношение к нему» отражает *нормативную* родительскую функцию: восприятие ребенка как личности, субъект-субъектное взаимодействие с ним. Категория «учеба, достижения, навыки, умения, умственное развитие» отражает *педагогическую* функцию, в соответствии с которой ребенок выступает в качестве объекта обучения. Категория «здоровье, болезнь, лечение, физическое состояние» отражает *парамедицинскую* функцию, в рамках которой ребенок воспринимается как объект лечения и ухода.

Маркеры, позволяющие отнести высказывание к той или иной категории, были определены с участием трех экспертов, имеющих высшее психологическое образование. Приведем примеры слов и словосочетаний¹, использовавшихся в качестве таких маркеров.

¹ Таким же образом оценивались слова, производные от указанных, их полные или частичные синонимы, а также выражения, близкие по смыслу к приведенным.

К категории **«личностные и эмоциональные характеристики ребенка, эмоциональное отношение к нему»** были отнесены высказывания, содержавшие слова и словосочетания: *веселый; счастливый; в хорошем/плохом настроении; уверенный/неуверенный в себе; добрый; упрямый; послушный/непослушный; хороший; плаксивый; ленивый; серьезный; самоуверенный; стеснительный; закомплексованный; ласковый; спокойный; хитрый; честный; замкнутый; ранимый; нервозный; смеется; улыбается; обижается; хвастается; дружит; очень увлекается; боится; чувство юмора; внутренний мир; оптимизм/пессимизм; депрессия; недовольство; нежность; забота; радость; любовь; общение; гордость* и т.п.

К категории **«учеба, достижения, навыки, умения, умственное развитие»** были отнесены высказывания, содержавшие слова и словосочетания: *учеба; школа; уроки; книги; знания; развитие; достижения; успешность; заниматься; читать; считать; умный; сообразительный; смелый; внимательный/невнимательный; любит технику; силен в математике/химии/истории; плохо выговаривает некоторые звуки; станет дипломатом/врачом; способен сочинить рассказ* и т.п.

К категории **«здоровье, болезнь, лечение, физическое состояние»** были отнесены высказывания, содержавшие слова и словосочетания: *здоровье; выздоровление; болезнь; физическое состояние; слабость; маленький; худой; хорошо/плохо себя чувствует; хорошо/плохо кушает; хороший/плохой аппетит; упало зрение; температура; боль; больница; лечение; диагноз; лекарства; уколы; наркоз; реанимация; боюсь, что она умрет; боюсь ее потерять* и т.п.

В рамках данного исследования нас интересовала установка на ту или иную родительскую функцию, а не степень удовлетворенности/неудовлетворенности матери какими-либо особенностями своего ребенка или его состоянием. Поэтому при количественной обработке «родительских сочинений» эмоциональный знак высказываний родителя не учитывался. При наличии в высказывании маркеров, характеризующих две разные категории, мы относили его к обеим категориям. Высказывания, не содержащие маркеров, указывающих на выделенные категории, при обработке данных не учитывались.

Характеристика родительской воспитательной установки основывалась на преобладании высказываний той или иной категории над остальными. Преобладание категории «личностные и эмоциональные характеристики ребенка, эмоциональное отношение к нему» расценивалось как показатель *личностно-ориентированной воспитательной установки*, личностного отношения к ребенку. Преобладание категории «учеба, достижения, навыки, умения, умственное развитие» свидетельствовало об *установке на обучение* ребенка. Преобладание категории «здоровье, болезнь, лечение, физическое состояние» соответствовало *установке на лечение* ребенка.

Результаты исследования

Личностно-ориентированная воспитательная установка выявилась в «Родительских сочинениях» четырех матерей. Приведем конкретный пример.

Пример № 1. Протокол «родительского сочинения» мамы девочки-подростка 16 лет.

1. *Когда я думаю о своем ребенке, то...* пребываю в состоянии нежности.
2. *По сравнению с другими детьми ее возраста...* она более мудрая.
3. *Я люблю, когда мой ребенок...* радуется.
4. *Я хотела бы, чтобы...* выросла умной и хорошей.
5. *Меня беспокоит в ней...* пессимизм и самокопание.
6. *Мне бы хотелось, чтобы мой ребенок больше уделял внимания...* общению и творчеству.
7. *Я очень раздражаюсь, когда...* она впадает в депрессию и не хочет выходить из этого состояния.
8. *Когда она росла...* я любовалась ею.
9. *Моего ребенка интересует...* внутренний мир и природа.
10. *Мне приятно, когда мы с моим ребенком...* занимаемся чем-то вместе, общаемся.
11. *Скорее всего, она...* очень хорошая и умная.
12. *Когда мы с ней бываем среди других детей...* она с малышами дружит, а взрослых немного побаивается.
13. *Мне нравится в моем ребенке...* доброта, искренность.
14. *Я всегда мечтала о том...* чтобы моя дочь нашла свое место в жизни и была счастлива.
15. *Я боюсь, что...* она погрязнет в пессимизме.
16. *Хотелось, чтобы она перестала...* копаться в себе и научилась радоваться жизни.
17. *Мне не нравится в ней...* пессимизм.
18. *Когда она была маленькой...* она была очень красивой и милой.
19. *Мой ребенок любит...* писать, рисовать, делать открытки.
20. *Мой ребенок и я...* семья.
21. *Я всегда замечала...* что моя дочь особенная.
22. *Самое главное в характере моего ребенка...* доброта, искренность, участие.
23. *Мой ребенок силен в...* литературе.
24. *Я была бы рада, если бы...* моя дочь оказалась совершенно здорова.
25. *Мне бы не хотелось, чтобы...* она потеряла веру в себя.
26. *Мой ребенок достаточно способен, чтобы...* жить полной жизнью, насыщенной и интересной.
27. *Думаю, что ей мешает...* излишнее самокопание и неуверенность в себе.
28. *Самое трудное, что пережил мой ребенок...* развод родителей.
29. *Она предпочитает...* отдавать многое другим людям.
30. *Наши отношения с ребенком...* дружеские.

Как видно на данном примере, для взрослого с личностно-ориентированной родительской установкой наиболее значимыми характеристиками ребенка являются его личностные и эмоциональные особенности. В приведенном протоколе 22 высказывания относятся к личностным и эмоциональным характеристикам, 5 – к обучению и достижениям, 1 – к сфере здоровья.

Обобщая результаты наблюдений за детско-родительским взаимодействием при личностно ориентированной воспитательной установке матери, можно отметить, что мать активно сотрудничает и эмоционально отзывчива при общении с ребенком. Она стремится поддержать его интересы и инициативу в предпочитаемой деятельности и в общении с другими детьми. Устанавливает и поддерживает логичные, обоснованные и последовательные правила поведения, своевременно замечает усталость или другие физические состояния ребенка, оказывает ему помощь и поддержку. В процессе выполнения учебных заданий с ребенком или его сопровождения при проведении медицинских процедур мать внимательна к эмоциональному состоянию ребенка.

Взрослый с учетом физического состояния, индивидуальных личностных характеристик и потребностей ребенка выстраивает процесс воспитания. Мать способна самостоятельно определить круг интересов ребенка, оценить его реальные возможности. В процессе общения, воспитания и обучения она стремится удовлетворить его потребности в эмоциональном принятии, активности и познании, оказать необходимую помощь и создать условия для творческой реализации и самостоятельности. При личностно-ориентированной воспитательной установке не требуется специальная фиксация родителя на педагогической и парамедицинской функциях. Они успешно выполняются без такой фиксации, благодаря вниманию к индивидуальным особенностям и запросам ребенка.

Воспитательная установка, **ориентированная на обучение**, встретилась у 10 матерей. При этой установке в иерархии ценностей родителя первое место занимает развитие интеллектуальных способностей ребенка, а также достижение им успехов в разных областях деятельности. Идеальный образ ребенка отражается в декларируемых целях воспитания, представлениях о будущем ребенка, связанных с образованием, учебой, приобретением профессии. При сравнении своего ребенка со сверстниками матери часто подчеркивают большую зрелость своего ребенка, они склонны избегать реальной оценки ситуации, стремятся снизить значимость проявлений болезни. В некоторых случаях матери предъявляют к своему ребенку высокие противоречивые требования: например, быть одновременно и активным, и послушным. Большинство матерей, описывая образ ребенка в настоящем и в будущем, говорят о достижении успехов в обучении, ожидают от ребенка приобретения конкретных умений и навыков, не соотнося эти ожидания с его возрастными и индивидуальными возможностями.

Пример № 2. Протокол «родительского сочинения» мамы мальчика 7 лет.

1. *Когда я думаю о своем ребенке, то... радуюсь.*
2. *По сравнению с другими детьми его возраста... он умеет читать, считать, интересуется самолетами, машинами.*
3. *Я люблю, когда мой ребенок... занимается, радостный, увлечен интересным делом.*
4. *Я хотела бы, чтобы... он вырос умным, смелым ребенком и выздоровел.*

5. *Меня беспокоит в нем...* застенчивость.
6. *Мне бы хотелось, чтобы мой ребенок больше уделял внимания...* написанию прописных букв и был активнее в кругу незнакомых детей.
7. *Я очень раздражаюсь, когда...* он не хочет заниматься уроками.
8. *Когда он рос...* он любил рассматривать книжки.
9. *Моего ребенка интересует...* как устроены машины, их марки, характеристики, модели самолетов, книжки, журналы.
10. *Мне приятно, когда мы с моим ребенком...* узнаем что-то новое, гуляем вместе, проводим вместе время.
11. *Скорее всего, он...* будет дизайнером автомобилей.
12. *Когда мы с ним бываем среди других детей...* он сначала присматривается к другим детям, первым редко будет знакомиться, хотя раньше он был общительнее.
13. *Мне нравится в моем ребенке...* любознательность, сообразительность и послушность.
14. *Я всегда мечтала о том, ...* чтобы мы вместе отдыхали на природе, ловили рыбу, больше проводили вместе времени.
15. *Я боюсь, что...* –.
16. *Хотелось, чтобы он перестал...* –.
17. *Мне не нравится в нем...* –.
18. *Когда он был маленьким...* –.
19. *Мой ребенок любит...* книжки, технику, строить машины из конструкторов, любит гулять в лесу, кататься на велосипеде.
20. *Мой ребенок и я...* и папа – вместе дружная семья.
21. *Я всегда замечала...* его успехи в учебе.
22. *Самое главное в характере моего ребенка...* любознательность и сообразительность.
23. *Мой ребенок силен в...* математике, химии, физике-механике.
24. *Я была бы рада, если бы...* ребенок продолжал дальше развиваться и получал новые знания.
25. *Мне бы не хотелось, чтобы...* он рос ленивым.
26. *Мой ребенок достаточно способен, чтобы...* хорошо разбираться в технике.
27. *Думаю, что ему мешает...* застенчивость.
28. *Самое трудное, что пережил мой ребенок...* это перелом ноги.
29. *Он предпочитает...* читать книжки и технические журналы.
30. *Наши отношения с ребенком...* дружеские.

В приведенном протоколе 11 высказываний относятся к личностным и эмоциональным характеристикам, 16 – к обучению и достижениям, 2 – к сфере здоровья. Наиболее значимыми характеристиками ребенка для взрослого с установкой на обучение являются достижения ребенка, приобретение знаний, умений и навыков.

Наблюдение за взаимодействием между матерями с установкой на обучение и их детьми показало, что эти матери часто ограничивают общение своего ребенка с другими детьми в отделении. Они обычно объясняют это негативным влиянием со

стороны сверстников. Взрослый стремится большую часть времени занять ребенка учебными заданиями, чтением книг и т.п. Выполнение учебных заданий жестко контролируется родителем. Матери нередко раздражаются и активно высказывают недовольство ребенком, если он не хочет выполнять предложенные задания. Родитель часто стремится к сравнению поведения и достижений своего ребенка с другими детьми.

Воспитательная установка, **ориентированная на лечение**, встретилась у 15 матерей. Сохранение жизни и восстановление здоровья ребенка становится практически единственной ценностью для родителя. Жизнь ребенка, межличностное общение, обучение и воспитание подчинены процессу лечения. Цели и ценности воспитания, реальный образ ребенка, образ будущего ребенка, страхи и опасения матери напрямую связаны с темой лечения, болезни, физических ограничений. Чрезмерная фиксация внимания взрослого на проблеме здоровья ребенка препятствует осознанию родителем возрастных и индивидуальных психологических потребностей ребенка.

Пример № 3. Протокол «родительского сочинения» мамы девочки-подростка 13 лет.

1. *Когда я думаю о своем ребенке, то...* я думаю только о ее болезни.
2. *По сравнению с другими детьми ее возраста...* она лишена физических возможностей.
3. *Я люблю, когда мой ребенок...* рад, смеется.
4. *Я хотела бы, чтобы...* физические возможности соответствовали возрасту.
5. *Меня беспокоит в ней...* физическая слабость.
6. *Мне бы хотелось, чтобы мой ребенок больше уделял внимания...* здоровью.
7. *Я очень раздражаюсь, когда...* она плохо кушает.
8. *Когда она росла...* и была маленькой – она была здорова.
9. *Моего ребенка интересует...* жизнь сверстников.
10. *Мне приятно, когда мы с моим ребенком...* вместе.
11. *Скорее всего, она...* страдала бы.
12. *Когда мы с ней бываем среди других детей...* мне очень грустно, что мы не все можем.
13. *Мне нравится в моем ребенке...* все.
14. *Я всегда мечтала о том, что...* мы выздоровеем.
15. *Я боюсь, что...* она никогда не выздоровеет.
16. *Хотелось, чтобы она перестала...* болеть.
17. *Мне не нравится в ней...* отсутствие лидерства.
18. *Когда она была маленькой...* она была лучше всех.
19. *Мой ребенок любит...* животных, школу.
20. *Мой ребенок и я...* мы семья.
21. *Я всегда замечала...* лучшее в ней.
22. *Самое главное в характере моего ребенка...* лояльность.
23. *Мой ребенок силен в...* школьной программе.
24. *Я была бы рада, если бы...* она выздоровела.

25. *Мне бы не хотелось, чтобы...* не могла бегать.
26. *Мой ребенок достаточно способен, чтобы...* –
27. *Думаю, что ей мешает...* проблема здоровья.
28. *Самое трудное, что пережил мой ребенок...* болезнь.
29. *Она предпочитает...* жить дальше.
30. *Наши отношения с ребенком...* доверительные.

В этом протоколе 8 высказываний относятся к личностным и эмоциональным характеристикам, 2 – к обучению и достижениям, 15 – к сфере здоровья.

В наблюдениях выявились особенности, характерные для большинства матерей с установкой на лечение ребенка. Типичной была сконцентрированность матери на проведении медицинских процедур, на отслеживании результатов исследований и анализов, на общении с лечащим врачом, а также на самочувствии ребенка и на его физических ограничениях. Это приводило к нарушению эмоционального контакта между матерью и ребенком. Так, находясь в палате физически рядом со своим ребенком круглые сутки, мать могла эмоционально «отсутствовать», не замечать его эмоционального состояния, не догадываться о необходимости организации его досуга и общения.

Некоторые матери испытывали значительные затруднения в ситуации, когда состояние здоровья тяжело болеющего ребенка улучшалось, и он по состоянию здоровья мог начать общаться со сверстниками, выполнять посильную учебную деятельность. Однако матери крайне трудно было проявить гибкость и изменить привычный тип взаимоотношений с ребенком. Не всегда оказывалась эффективной и консультация психолога, указывавшего на необходимость создания условий, в которых будут реализовываться как физические, так и психологические потребности ребенка.

В отдельных случаях матери оценивали состояние здоровья своего ребенка как очень тяжелое, угрожающее жизни, не соотнося свои опасения с объективными данными обследования ребенка. В крайних вариантах мать оспаривала результаты медицинских обследований, целеустремленно и настойчиво искала в высказываниях лечащего врача подтверждение «смертельно опасной» болезни ребенка.

Помимо описанных трех типов воспитательных установок, у одной матери в результате наблюдений была выявлена установка, которую мы определили как «**отстраненную**». Взаимоотношения между этой матерью и ее ребенком характеризовались чрезмерной эмоциональной дистанцией. Мать была пассивна, склонна к формальному взаимодействию с ребенком, отстранялась от физического и эмоционального контакта с ним. Она минимизировала собственное участие в жизни ребенка в период его пребывания в стационаре, возлагая всю ответственность за процессы лечения, обучения и воспитания на сотрудников лечебного учреждения. Мать не всегда следила за выполнением врачебных предписаний, плохо ориентировалась в реальных физических и психологических возможностях ребенка,

то преувеличивая, то преуменьшая их, и игнорировала его эмоциональное состояние.

Отсутствие интереса матери к взаимодействию с ребенком и формальность в контакте с ним проявлялись в том, что мать значительную часть времени занималась собственными делами, почти не обращая внимания на ребенка. Время от времени она давала ребенку какие-либо инструкции по поводу его действий или поведения, высказывала замечания, однако совместный характер деятельности был выражен минимально. Несмотря на эмоциональную отстраненность матери, ребенок стремился к общению с ней, ждал ее прихода, принимая эмоциональную дистанцированность матери как привычный атрибут их взаимодействия. Иногда он провоцировал своим поведением негативное внимание матери в виде замечаний и порицаний.

Эмоциональная отстраненность матери проявилась также в нежелании сотрудничать со специалистами психологической службы. От написания «родительского сочинения» она отказалась.

Количественное распределение материнских воспитательных установок в исследованной выборке приведено в таблице.

Таблица

Распределение материнских воспитательных установок

Тип установки	Количество человек (N=30)	%
Личностно-ориентированная	4	13,3
Ориентированная на обучение	10	33,3
Ориентированная на лечение	15	50,0

Обсуждение результатов

Приведенные данные говорят о том, что тяжелое хроническое заболевание ребенка часто (в нашей выборке – в половине случаев) провоцирует у матерей воспитательную установку, **ориентированную на лечение**. Система длительного, тяжелого лечения, продолжающегося в течение многих лет, угроза обострения заболевания и ухудшения состояния здоровья, опасения за жизнь ребенка – все это фиксирует внимание родителя только на процессе лечения. Дополнительными факторами, сужающими область интересов взрослого, служат ограничения или полная невозможность его трудовой реализации, недостаточная осведомленность о психологических особенностях возраста и задачах психического развития ребенка.

Ребенок, воспитывающийся в ситуации, где единственным приоритетом является лечение и восстановление здоровья, постепенно, подражая взрослому, полностью погружается в процесс лечения в ущерб другим видам деятельности. Это сужает сферу интересов ребенка, препятствует общению со сверстниками, ухудшает

эмоциональное состояние, повышает тревогу. Таким образом, установка родителя на лечение может вести к дополнительной психологической инвалидизации ребенка, отрицательно сказываясь на его эмоциональном состоянии и психическом развитии.

Проводя серию психологических консультаций с матерями, у которых выявилась установка на лечение, мы ставили своей целью способствовать их ориентации в возрастных и индивидуальных психологических потребностях ребенка, не связанных с процессом лечения. Матерей учили организовывать совместную деятельность с детьми. Большое внимание уделялось развитию их чувствительности к эмоциональным состояниям ребенка.

Родительская воспитательная установка не определяется напрямую тяжестью состояния здоровья ребенка. Так, несмотря на хроническое заболевание у ребенка, треть матерей продемонстрировали воспитательную установку, **ориентированную на обучение**, достижение ребенком высоких результатов. По-видимому, подобная воспитательная установка складывалась в течение длительного времени под влиянием ряда факторов, таких как опыт, полученный в родительской семье, личностные особенности и ценностные ориентации родителя. В некоторых случаях стремление родителей уделять чрезмерное внимание успешному обучению в школе, спортивным занятиям и другим достижениям может возникать как гиперкомпенсация. Ощущения неудачи и значительные трудности, связанные со здоровьем, как бы компенсируются достижениями ребенка и его успехами в обучении.

Для ребенка, который в силу тяжести состояния здоровья и хронической астенизации не справляется с высоким уровнем родительских требований, чрезмерная педагогическая нагрузка становится источником эмоционального напряжения, тревоги. Возникает страх оказаться несостоятельным, снижается самооценка. Возможные следствия этого – эмоциональное напряжение в отношениях с родителями, нарушения поведения.

Работа психолога с матерями, ориентированными прежде всего на обучение, была направлена на расширение их представлений о физических возможностях ребенка, об ограничениях, возникающих вследствие хронической болезни. Обсуждались вопросы оптимизации уровня психофизических нагрузок. Осуществлялся совместный поиск новых жизненных целей, учитывающих состояние здоровья ребенка. Важной задачей стало развитие умения матери ориентироваться в психологических потребностях болеющего ребенка и находить способы их реализации.

В нашем исследовании сравнительно редко (всего у 13% матерей) встречалась **лично-ориентированная** воспитательная установка, которая является прогностически наиболее благоприятной для психического развития ребенка. Данная установка не требует коррекции, однако и в этом случае матери нередко

нуждались в психологической помощи, направленной на обеспечение эмоциональной поддержки.

Крайне редко встречалась **отстраненная** родительская установка (в нашем исследовании – у одной из 30 матерей). Для ребенка, который испытывает боль, физическое недомогание, находится вдалеке от родного дома, проходит болезненные процедуры, отсутствие эмоционального общения с близким взрослым создает психологически тяжелую, психотравмирующую ситуацию. В этом случае представляется желательной семейная психотерапия, направленная на уменьшение эмоциональной дистанции между родителем и ребенком, обучение родителя оптимальным способам взаимодействия с ребенком.

В силу малого объема выборки исследования приведенное процентное распределение воспитательных установок матерей не может сколько-нибудь точно соответствовать их распределению в генеральной совокупности. Кроме того, воспитательная установка может изменяться в зависимости от улучшений или ухудшений в состоянии здоровья ребенка.

Выводы

Характер общения матери с ребенком, страдающим тяжелым хроническим заболеванием, во многом зависит от ее воспитательной установки. Наиболее распространена установка на лечение, при которой недостаточно учитываются психологические потребности ребенка и задачи его психического развития. Несколько реже встречается установка на обучение, приводящая к игнорированию физических и психологических трудностей ребенка, вызванных болезнью. Еще реже мы наблюдали наиболее благоприятную личностно-ориентированную установку. При такой установке задачи лечения и обучения успешно решаются родителями без специальной фиксации на этих задачах, а вследствие внимательного отношения к состоянию и потребностям ребенка. В отдельных случаях у родителя возникает отстраненная установка, характеризующаяся эмоциональным дистанцированием от ребенка, и наименее благоприятная для его психического развития.

Таким образом, тяжелое хроническое заболевание ребенка часто провоцирует серьезные отклонения межличностной ситуации его развития от социального норматива. Это может приводить к формированию неблагоприятных психологических синдромов [1]. Поэтому своевременное выявление и коррекция неэффективных воспитательных установок являются необходимыми составляющими психологического сопровождения семьи ребенка, страдающего тяжелым хроническим заболеванием.

Литература

1. Венгер А.Л. Психологические синдромы: подходы к построению содержательной диагностики развития [Электронный ресурс] // Культурно-

Буслаева А.С. Родительские воспитательные установки при хроническом соматическом заболевании ребенка (на материале юношеского ревматоидного артрита) Клиническая и специальная психология 2016. Том 5. № 4. С. 61–75.

Buslaeva, A.S. Parental Attitude to Upbringing the Child with Chronic Somatic Disease (Based on Juvenile Rheumatoid Arthritis) Clinical Psychology and Special Education 2016, vol. 5, no. 4, pp. 61–75.

историческая психология. 2014. Т. 10. № 1. С. 20–25. URL: <http://psyjournals.ru/kip/2014/n1/67597.shtml> (дата обращения: 26.05.2016).

2. Венгер А.Л., Морозова Е.И. Клиническая психология развития: состояние и перспективы // Вопросы психологии. 2007. № 5. С. 3–12.

3. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996. 464 с.

4. Шац И.К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. СПб.: Речь, 2010. 192 с.

5. Шведовская А.А. Особенности переживания детско-родительских отношений и взаимодействие с родителями детей старшего дошкольного возраста: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2006. 206 с.

6. Ювенильный артрит: клинические рекомендации для педиатров. Детская ревматология / под ред. А.А. Баранова, Е.И. Алексеевой. М.: ПедиатрЪ, 2013. 120 с.

Parental Attitude to Upbringing the Child with Chronic Somatic Disease (Based on Juvenile Rheumatoid Arthritis)

Buslaeva, A.S.,

Researcher, Scientific Center of Children Health, Russian Ministry of Health, Moscow, Russia, perepisska@ya.ru

The article describes a study of upbringing attitudes of 30 mothers of children and adolescents aged 7–16 years old suffering from severe chronic disease – juvenile rheumatoid arthritis. Modified method of A.A. Shvedovskaya "Parent's essay" in the form of unfinished sentences was used. Content-analysis identified three variants of the upbringing attitudes of mothers. The most supportive, person-focused attitude manifested in 13.3% of mothers. Training-focused attitude was revealed in 33.3% of mothers; it leads to the neglect of physical and psychological difficulties of the child caused by the disease. Treatment-focused attitude, which leads to an underestimation of the psychological needs of the child and his or her mental development objectives, was observed in 50% of mothers. Results of the "Parent's essays" were compared with the data of interaction observation of mothers with children during their stay in hospital. As a result of observation, in one mother "distant" attitude was detected. The article discusses the impact of suboptimal parental attitudes on the psychological state and personality development of a chronically ill child. The obtained data allow to determine the direction of the consultative psychological care to facilitate the harmonization of parental upbringing attitudes.

Keywords: parents of chronically ill children, juvenile rheumatoid arthritis, upbringing attitudes, person-focused attitude, attitude toward training, attitude toward treatment, "distant" attitude.

References

1. Venger A.L. Psikhologicheskie sindromy: podkhody k postroeniyu sodержatel'noi diagnostiki razvitiya [Elektronnyi resurs] [Psychological syndromes: approaches to the design of content diagnostics of development]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya*, 2014

Буслаева А.С. Родительские воспитательные установки при хроническом соматическом заболевании ребенка (на материале юношеского ревматоидного артрита) *Клиническая и специальная психология* 2016. Том 5. № 4. С. 61–75.

Buslaeva, A.S. Parental Attitude to Upbringing the Child with Chronic Somatic Disease (Based on Juvenile Rheumatoid Arthritis) Clinical Psychology and Special Education 2016, vol. 5, no. 4, pp. 61–75.

[*Cultural-Historical Psychology*], 2014, vol. 10, no 1, pp. 20–25. URL: <http://psyjournals.ru/kip/2014/n1/67597.shtml> (Accessed: 26.05.2016).

2. Venger A.L., Morozova E.I. *Klinicheskaya psikhologiya razvitiya: sostoyanie i perspektivy* [Clinical developmental psychology: state and prospects]. *Voprosy psikhologii* [*Questions of Psychology*], 2007, no 5, pp. 3–12.

3. Isaev D.N. *Psikhosomaticheskaya meditsina detskogo vozrasta* [Psychosomatic Medicine of Childhood]. Saint-Petersburg: Spetsial'naya literatura, 1996. 464 p.

4. Shats I.K. *Psikhologicheskoe soprovozhdenie tyazhelobol'nogo rebenka* [Psychological Support of Seriously Ill Child]. Saint-Petersburg: Rech', 2010. 192 p.

5. Shvedovskaya A.A. *Osobennosti perezhivaniya detsko-roditel'skikh otnoshenii i vzaimodeistvie s roditelyami detei starshego doshkol'nogo vozrasta*. Diss. kand. psikhol. nauk. [Peculiarities of parent-child relationship experience and interaction of the preschoolers with the parents. Ph. D. (Psychology) diss.]. Moscow, 2006. 206 p.

6. *Yuvenil'nyi artrit: klinicheskie rekomendatsii dlya pediatrov*. *Detskaya revmatologiya* [Juvenile arthritis: clinical guidelines for pediatricians. Pediatric rheumatology]. A.A. Baranov, E.I. Alekseeva (eds.). Moscow: Pediatr, 2013. 120 p.

Восприятие и выражение эмоций подростками в норме и при шизофрении

Зверева Н.В.,

кандидат психологических наук, профессор, ФГБОУ ВО МГППУ; ведущий научный сотрудник, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Россия, nwzvereva@gmail.com

Кутырева Я.С.,

магистрант, ФГБОУ ВО МГППУ, yanochka@cheer.perm.ru

Казакова М.В.,

медицинский психолог, 7-е клиническое отделение, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), mashuk290@yandex.ru

В статье приводятся данные исследования восприятия и выражения эмоций подростками в норме и при шизофрении. В литературных источниках имеются противоречивые сведения об успешности распознавания и выражения эмоций взрослыми пациентами. В отношении подростков имеются данные о своеобразии эмоционального развития, но нет большого числа эмпирических исследований. Клиницисты описывают характерное уплощение эмоциональной сферы при шизофрении без прямой жесткой зависимости от возраста больных. Известно, что при некоторых формах шизофрении пациенты подросткового возраста по ряду интеллектуальных показателей приближаются к нормативной выборке (Н.В. Зверева, А.И. Хромов), однако информации о состоянии эмоционально-личностной сферы подростков при шизофрении относительно мало. Это обусловило постановку проблемы исследования, в котором решались и методические, и экспериментально-психологические задачи. Было обследовано 50 подростков, разделенных на две группы: клиническая (20 подростков, страдающих расстройствами круга шизофрении, из них 10 – мальчики) и контрольная (30 подростков в возрасте от 13 до 16 лет, обучающихся в массовой общеобразовательной школе, из них 13 мальчиков, средний возраст в обеих группах составил 14,5 лет). В эмпирическом исследовании применялись методика «Диагностика уровня развития способности к адекватной интерпретации невербального поведения» В.А. Лабунской и модифицированный метод графической репрезентации эмоций (модификация методики В.А. Лабунской), а также анализировались данные медицинских карт и результаты наблюдения в процессе обследования. Получены новые сведения о возможностях применения метода графической репрезентации эмоций у подростков. Показано, что у подростков с

шизофренией и их нормативных сверстников есть схожие особенности зрительного восприятия простого эмоциогенного материала и трудности восприятия эмоций в случае усложнения задачи. Описано своеобразие эмоциональной сферы у больных шизофренией подростков, проявляющееся в дисгармонии компонентов эмоциональной сферы: при относительно сохранном импрессивном компоненте эмоций у них выражены нарушения экспрессивного компонента.

Ключевые слова: шизофрения, восприятие и выражение эмоций, экспрессивный и импрессивный компоненты эмоций, подростки.

Для цитаты:

Зверева Н.В., Кутырева Я.С., Казакова М.В. Восприятие и выражение эмоций подростками в норме и при шизофрении [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 76–92. doi: 10.17759/psyclin.2016050406

For citation:

Zvereva, N.V., Kutyreva, Ya.S., Kazakova, M.V. The Perception and Expression of Emotions in Normative Teenagers and Those who Suffers from Schizophrenia [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija], 2016, vol. 5, no. 4, pp. 76–92. doi: 10.17759/psycljn.2016050406 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Подростковый возраст – один из ключевых этапов в эмоциональном развитии человека; в этот период нарушения эмоциональной сферы вследствие эндогенных заболеваний ведут к большим проблемам и трудностям успешной адаптации в обществе [11; 13]. Значение имеют как способность непосредственного восприятия и идентификации эмоций разного знака по мимике, жестам, вербальным обозначениям и акустическому сопровождению, так и способность адекватного выражения разнообразных эмоций. Правильное восприятие и передача эмоций проясняют коммуникацию и способствуют успешной социальной адаптации человека; в значительной мере это относится к детскому и особенно подростковому возрастам. Имеются данные о своеобразии восприятия эмоций при шизофрении у взрослых [1; 15; 17; 19; 20; 21; 22]. Недостаточность изучения вопроса о современных подростках, развивающихся в стремительно меняющейся социально-психологической среде, а также ограниченность информации о состоянии эмоциональной сферы у подростков с шизофренией в сравнении с взрослыми людьми с данным заболеванием [7; 12; 16] определяют актуальность изучения восприятия и выражения эмоций у подростков при заболеваниях круга шизофрении. Таким образом, изучение механизмов нарушения понимания другого позволит правильно определить пути оказания помощи подросткам с заболеваниями круга шизофрении.

Теоретический обзор литературы по проблеме восприятия и выражения эмоций позволяет говорить о существовании большого количества неразрешенных

вопросов относительно нарушений эмоциональной сферы у людей с расстройствами шизофренического спектра. Результаты большинства исследований не согласуются, а порой противоречат друг другу. Это касается как отечественных, так и зарубежных исследований. Мнения клиницистов о нарушениях в эмоциональной сфере взрослых людей с шизофренией расходятся: одни считают, что больные совершенно не способны к восприятию и выражению эмоций (P. Cramer, M. Weegmann, M. O'Neil, S.G. Kohler) [7; 19], другие, наоборот, полагают, что дефект эмоциональной сферы во многом преувеличен (Е.Ф. Бажин, Т.В. Корнева, А.М. Эткин, Н.С. Курек) [1; 8; 17]. Относительно подросткового возраста подобных исследований (даже имеющих противоречивые результаты) крайне мало, они практически не встречаются [3; 4; 5; 6].

Цель исследования – изучение своеобразия эмоционального развития подростков на примере восприятия и выражения эмоций в норме и при шизофрении.

Организация и методы исследования

Исследование эмоциональной сферы подростков в норме и при эндогенной патологии проводилось с сентября 2015 года по март 2016 года. Исследованы две выборки подростков мужского и женского пола в возрасте от 13 до 16 лет. Основную (клиническую) группу составили 20 подростков-пациентов (10 мальчиков и 10 девочек) с заболеваниями круга шизофрении (F20, F23, F25 по МКБ-10), находящиеся на стационарном лечении в клинике ФГБНУ НЦПЗ. Контрольную группу составили 30 подростков (13 мальчиков и 17 девочек), не имеющих клинических диагнозов и обучающихся в массовой школе. Средний возраст испытуемых в обеих выборках составил 14,5 лет. Больные подростки были обследованы в стационаре в период относительной стабилизации состояния (ближе к выписке). На момент обследования пациенты получали назначенную врачами отделения терапию. Все подростки клинической группы были учениками старших классов общеобразовательных школ.

Исследование проводилось в индивидуальном порядке. Стимульный материал предъявлялся на планшетном компьютере и состоял из серий черно-белых картинок. Для метода графического изображения испытуемым предоставлялся белый лист формата А4, карандаш и ластик. Среднее время диагностики составляло 25 минут.

Для изучения восприятия и выражения эмоций были использованы методика «Диагностика уровня развития способности к адекватной интерпретации невербального поведения» В.А. Лабунской [9] и метод графической репрезентации эмоций (модификация методики В.А. Лабунской). Также проводился анализ медицинских карт.

Методика «Диагностика уровня развития способности к адекватной интерпретации невербального поведения» включает 8 задач. Задачи объединены в 3 группы, решение которых указывает на уровень развития ряда способностей. Цель

первой группы задач – выявить уровень развития способности к адекватной интерпретации различных форм эмоциональной экспрессии. Вторая группа задач направлена на диагностику способности к адекватной регуляции отношений в диаде и в группе с помощью выбираемых экспрессивных паттернов. Третий тип задач позволяет диагностировать уровень развития способности устанавливать адекватные связи между вербальным и невербальным поведением человека.

Метод графического изображения эмоций был использован для исследования выражения эмоций подростками посредством графической репрезентации. Перед испытуемыми ставилась задача представить, как меняются их лицо и поза, когда они испытывают определенную эмоцию, и изобразить это графическим способом (простым карандашом на листе формата А4). Рисовать экспрессию предлагалось для следующих эмоций: радость, грусть, гнев, страх. Выбор стимульных слов для изображений эмоций был обусловлен анализом работ преимущественно отечественных авторов (В.Д. Небылицына, В.А. Лабунской, А.Е. Ольшанниковой, Н.Д. Былкиной, Д.В. Люсина, Л.Я. Дорфмана, Е.Д. Хомской) [13; 18]. Метод позволяет узнать, сформированы ли у подростков эталоны экспрессии для указанных эмоций. Кроме этого, графическая фиксация признаков экспрессии близка по своим внешним характеристикам изображениям экспрессии состояний, а также формируется и актуализируется спонтанно, что в определенной мере соответствует природе формирования и актуализации эмоциональных эталонов.

Обработка изображений производилась с помощью метода контент-анализа. Изображения описывались на основании принципа выделения отдельных единиц. За единицу анализа графических изображений экспрессии был принят экспрессивный признак. Таковых оказалось достаточно много для каждой эмоции, они отдельно оценивались для лица и для всего туловища. Важно отметить, что в рамках настоящего исследования собственно графические особенности рисунка (размер, сила нажима, качество) не оценивались.

Полученные эмпирические данные обрабатывались с использованием t-критерия Стьюдента для независимых групп и критерия углового преобразования Фишера в программе Statistica 7,0.

Результаты

Рассмотрим последовательно полученные результаты по двум экспериментальным методикам, а также проведем краткий анализ материалов медицинских карт и поведения пациентов в ходе обследования.

Результаты сравнения клинической и контрольной групп по методике «Диагностика уровня развития способности к адекватной интерпретации невербального поведения» представлены в табл. 1.

В исследовании были получены результаты, свидетельствующие о том, что способности к восприятию эмоций отдельно по мимике, позе и способности определять связи и отличия между психологическим содержанием элементов невербального поведения, устанавливать адекватные связи между вербальным и невербальным поведением человека, а также регулировать отношения при помощи

выбираемых экспрессивных паттернов у подростков с эндогенной патологией практически сформированы.

Таблица 1

Выполнение методики В.А. Лабунской подростками клинической и контрольной групп (средние баллы по заданиям и значимость различий)

Задания методики	Клиническая выборка	Контрольная выборка	t-критерий	Уровень значимости
Задача 1	12,05	13,34	-1,47	0,14
Задача 2	8,49	10,17	-2,18	0,03
Задача 3	10,56	10,65	-0,14	0,88
Задача 4	13,10	13,33	-0,43	0,66
Задача 5	10,44	9,76	0,79	0,42
Задача 6	8,75	10,10	-1,21	0,23
Задача 7	6,80	8,18	-1,59	0,11
Задача 8	9,60	10,66	-0,91	0,36
Суммарный балл	79,83	86,22	-2,09	0,04

Примечание. Значимые различия выделены жирным шрифтом.

Ответы больных шизофренией подростков в баллах не имеют значимых отличий от ответов контрольной группы по большинству параметров. Тем не менее, обнаружена специфика выполнения методики В.А. Лабунской для больных шизофренией подростков, свидетельствующая о различиях между подростками с шизофренией и подростками без эндогенной патологии в восприятии эмоций. Статистически достоверные различия сравниваемых групп обнаружены только по показателям восприятия интеллектуально-волевых эмоциональных состояний человека на основе нескольких эмоциональных признаков одновременно (задача 2). У подростков, страдающих шизофренией, данная способность развита хуже, чем у подростков без эндогенной патологии ($t=-2,18$; $p=0,03$).

На основании полученных результатов исследования выражения эмоций при помощи графических репрезентаций были выделены графические эталоны эмоций, свойственные подросткам обеих групп. Сравнение клинической и контрольной групп показало, что подростки с заболеваниями шизофренического спектра достаточно адекватно изображают эмоции посредством графической репрезентации. Важный аспект анализа – распознавание изображенных базовых эмоций экспертами. Оказалось, что все изображения эмоций распознаются другими людьми с высоким процентом успешности. Эти данные приведены в табл. 2.

Таблица 2

Процентное соотношение правильного распознавания экспертами эмоций, изображенных подростками сопоставляемых групп

Эмоции	Клиническая выборка	Контрольная выборка	φ-критерий Фишера
Радость	94,7	96,7	НЗР
Печаль	84,2	96,7	НЗР
Гнев	89,5	100,0	НЗР
Страх	78,9	93,3	НЗР

Примечание. НЗР – нет значимых различий.

Отметим, что графические эталоны подростков с эндогенной патологией характеризуются меньшими вариативностью и дифференцированностью экспрессивных признаков в сравнении с графическими эталонами эмоций здоровых подростков. Данные, полученные по методике графического изображения эмоций, обрабатывались при помощи контент-анализа. За единицу анализа графических изображений экспрессии был принят экспрессивный признак. Каждый признак заносился в таблицу категорий. Всего были проанализированы 196 изображений (49 на каждую эмоцию). На основе контент-анализа полученных изображений были выделены 87 категорий.

На рис. 1 представлено среднее количество деталей, встречающихся при изображении эмоций у здоровых и больных шизофренией подростков.

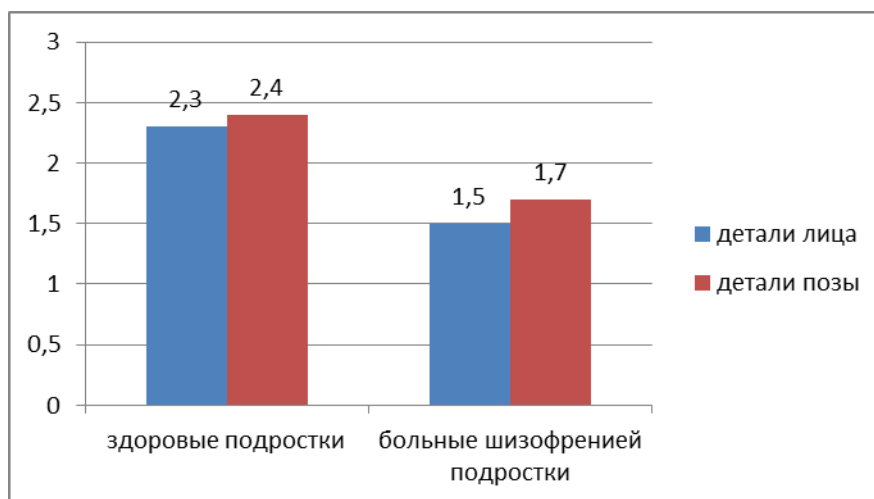


Рис. 1. Среднее количество деталей, встречающихся в группах здоровых и страдающих шизофренией подростков при изображении лица и позы (по всем эмоциям суммарно).

Очевидно, что рисунки подростков с шизофренией отличаются меньшей дифференцированностью и содержат меньшее количество деталей в целом.

Обратим внимание на то, что в обеих группах число деталей для позы несколько выше, чем для лица, хотя различия не достоверны.

Сопоставление отдельных деталей, выделенных экспертами при контент-анализе, свидетельствует о меньшей дифференцированности отображения эмоций у подростков с шизофренией. Экспертами были выделены свыше 80 экспрессивных признаков выражения эмоций на рисунках. Они отдельно рассматривались для изображения лица и изображения позы. В табл. 3 приведены категории и подкатегории контент-анализа отдельно для изображения лица и позы, достоверно различающиеся (по ϕ -критерию Фишера) сопоставляемые выборки при изображении эмоций радости, печали, гнева и страха.

Таблица 3

Достоверно различающиеся экспрессивные признаки (детали изображения) эмоций у подростков с шизофренией и здоровых подростков

Категории контент-анализа	Подкатегории контент-анализа	Клиническая группа (%)	Контрольная группа (%)	ϕ -критерий Фишера
Цельное изображение лица и позы		63,1	90	2,25*
Поза и лицо изображены отдельно		36,8	10	2,25*
Детали изображения лица				
Радость	Нет различий			
Гнев	Брови нахмурены	57,8	93,3	3,03**
	Глаза прищурены	10,5	46,6	2,88**
	Глаза широко открыты	0,0	26,6	2,45**
Печаль	Внутренние уголки бровей приподняты	0,0	36,6	3,11**
	Губы сжаты	15,7	43,3	2,11*
	Глаза закрыты	10,5	30,0	1,90*
Страх	Глаза широко раскрыты	36,8	66,6	2,07*
	Рот закрыт	36,8	26,6	2,39**
Детали изображения позы				
Радость	Нет различий			
Гнев	Пальцы широко расставлены	0,0	20,0	1,88*
	Руки упираются в бока	0,0	26,6	2,39**
Печаль	Нет различий			
Страх	Руки подняты вверх	5,2	36,6	2,85**
	Поза ног не изменена	78,9	53,3	1,87*
	Ноги согнуты в коленях	0,0	20,0	1,80*
	Корпус откинут назад	5,2	26,6	2,11*

Примечание. * – различия значимы при $p \leq 0,05$; ** – различия значимы при $p \leq 0,01$.

Обращает на себя внимание, что подростки с шизофренией чаще, чем здоровые подростки изображают лицо и позу отдельно. Данные, представленные в табл. 3, указывают как на общие признаки, выражающие эмоции в рисунке подростков (например, для эмоции «радость» нет различий между выборками, а для эмоции «печаль» различий нет только для изображения позы), так и на различия. Они касаются, прежде всего, частоты использования различных признаков при изображении эмоций «страх» и «гнев» как для изображения лица, так и для изображения позы. Следует отметить, что некоторые из деталей изображения эмоций встречаются только в нормативной выборке, это относится исключительно к отрицательным эмоциям «гнев» (3 признака), «страх» (1 признак) и «печаль» (1 признак). Для положительной эмоции «радость» тоже есть признаки, встречающиеся только в группе нормы (всего 7 признаков), однако эти различия статистически не достоверны. Вышеописанные результаты свидетельствуют о меньшей дифференцированности в изображении эмоций у больных шизофренией подростков по сравнению со здоровыми сверстниками.

Анализ заключений психиатров на подростков с заболеваниями шизофренического круга показал, что у большей части исследуемых подростков (64,1%) наблюдаются нарушения экспрессивного компонента эмоций, проявляющиеся в гипомимичности, обеднении интонационной стороны речи, непродолжительности визуального контакта, однообразности позы. По материалам наблюдения за поведением подростков во время обследования в клинике можно констатировать, что легкость вступления в контакт имела примерно у половины (45% испытуемых); живая, подвижная мимика – только у 20% подростков; монотония и иные особенности речи встречались у 30% подростков; эмоционально реагировали на обследование 45% подростков, из них положительные эмоции испытывали в процессе работы – 30%. Таким образом, и в наблюдаемом поведении, и по материалам истории болезни отмечается определенная эмоциональная недостаточность пациентов подросткового возраста, страдающих шизофренией.

Обсуждение результатов

Полученные в нашем исследовании данные и их анализ позволяют говорить о том, что восприятие эмоциональной экспрессии доступно больным шизофренией подросткам. Восприятие эмоций по мимике и позе осуществляется подростками с эндогенной патологией принципиально не хуже, чем здоровыми подростками. Можно отметить, что в нашей выборке были подростки, заболевшие относительно недавно. У них в основном сформированы способности определять связи и отличия между психологическим содержанием элементов невербального поведения, устанавливать адекватные связи между вербальным и невербальным поведением человека, регулировать отношения при помощи выбираемых экспрессивных паттернов. Уровень развития перечисленных способностей у данной группы подростков не отличается от уровня развития этих способностей в группе подростков без эндогенной патологии.

Своя специфика у подростков с шизофренией проявляется в том, что они хуже, чем здоровые сверстники, способны к восприятию интеллектуально-волевых

эмоциональных состояний человека на основе его мимики и жестов. В использованном нами методическом блоке В.А. Лабунской уровень развития этой способности определялся решением задачи с усложненными условиями, когда нужно было воспринимать не отдельные экспрессивные признаки (мимика или жест), а одновременно несколько (и мимику, и жест). Можно полагать, что меньшая успешность решения этой задачи связана с меньшей структурированностью задания. Это согласуется с результатами работ Н.С. Курека [8] и Е.Е. Румянцевой [14] о снижении понимания невербальной экспрессии в зависимости от степени определенности задания.

Прямое соотнесение полученных в нашем исследовании результатов с данными других исследователей найти трудно. Тем не менее наши данные в определенной мере согласуются с данными Л.С. Печниковой и Е.В. Левиковой, в исследовании которых было показано, что подростки с шизофренией имеют достаточно хороший запас знаний о ситуациях общения, представляют нормо-ролевые модели и правила, регулирующие эти ситуации, однако успешное использование этих знаний возможно только в простых, достаточно ясных ситуациях [10]. Больные скорее не понимают, как пользоваться социальными навыками в повседневной жизни, чем не имеют представления о них. Определенная близость и соответствие наших результатов обнаружены с данными Л.С. Баз, которая при исследовании младших подростков не обнаружила различий между контрольной и экспериментальной группами в способности к распознаванию эмоций по лицевой экспрессии и позам. Все дети обладали сформированными эмоционально-перцептивными эталонами [2]. В работах Н.В. Зверевой с соавторами также было показано значение когнитивного и проективного компонентов эмоций, последний был снижен при шизофрении у подростков [4; 6]. Аналогичная успешность в работе с заданиями на восприятие эмоциональных стимулов с использованием метода аудиолингвального анализа продемонстрирована на выборке взрослых людей с шизофренией в серии исследований Е.Ф. Бажина и Т.В. Корневой, что также указывает на наличие способностей у лиц с шизофренией воспринимать и распознавать эмоции [1]. Н.К. Карловская также отмечает своеобразие восприятия эмоций у больных шизофренией через вербальные и невербальные каналы [7].

Необходимо отметить, что шизофрения – психическое заболевание с длительным непрерывным или приступообразным течением, характеризующееся нарастанием дефекта [5; 11]. Поэтому необходим учет клинических факторов: возраста начала заболевания, прогрессивности течения, длительности и других. Возможно, полученные нами результаты связаны, прежде всего, с тем, что в клиническую выборку вошли 42% подростков впервые стационарированных, и дефект импрессивного компонента эмоций еще не успел сформироваться и проявить себя. Для более точного анализа механизмов нарушения импрессивного и экспрессивного компонентов эмоций необходимо продолжение исследования с учетом клинических факторов болезни.

Результаты исследования выражения эмоций при помощи графической репрезентации позволили получить графические эталоны для четырех базовых

эмоций, характерные для здоровых подростков. Выявленные эталоны согласуются с вербальными и графическими эталонами, полученными в исследовании В.А. Лабунской на взрослой выборке [9], что свидетельствует о сформированности представлений об экспрессивных признаках в подростковом возрасте. Кроме того, эталоны состоят из типичных экспрессивных признаков, описываемых в литературе, что говорит о малой вариативности экспрессивных эталонов базовых эмоций, не зависящей от способа репрезентации.

Сравнение клинической и контрольной групп показало, что подростки с заболеваниями шизофренического спектра могут адекватно изображать эмоции посредством графической репрезентации. Все изображения эмоций распознаются другими людьми с высоким процентом успешности. Однако графические эталоны подростков с эндогенной патологией характеризуются меньшим количеством признаков, снижением дифференцированности и разнообразия, которые отличают их от здоровых сверстников. Это косвенно свидетельствует о том, что при шизофрении происходит оскудение эмоциональной экспрессии, и подобное обеднение проявляется не только во внешнем виде и в поведении подростков, имеющих шизофрению, но и в графической реконструкции эмоций.

Таким образом, обобщая результаты исследования, можно констатировать, что у подростков, страдающих заболеваниями шизофренического круга, отмечается дисгармоничность компонентов эмоциональной сферы. При относительно сохранном импрессивном компоненте у них выражены нарушения экспрессивного компонента. Подобная дисгармония может объясняться компенсаторными механизмами в восприятии эмоций. При шизофрении компенсировать дефекты восприятия эмоций может помочь интеллект в связи с тем, что нарушения интеллекта не всегда являются ведущими при заболевании в подростковом возрасте [5; 10; 11]. Так, компенсируя сложности восприятия эмоций, подростки используют свои знания о способах передачи эмоций, что подтверждается успешностью распознавания их графических репрезентаций.

Результаты исследования дают основание поставить вопрос о динамике нарастания эмоционального дефекта у подростков с эндогенной патологией. Для решения этого вопроса необходимо изучить особенности экспрессивного и импрессивного компонентов эмоций у подростков, страдающих шизофренией, в зависимости от длительности заболевания, возраста начала болезни и других клинических параметров. Проведенное нами исследование подтверждает необходимость более детального изучения эмоциональной сферы подростков, страдающих шизофренией.

Выводы

На основании проведенного экспериментально-психологического исследования восприятия и выражения эмоций у подростков с шизофренией можно сделать следующие выводы.

1. В подростковом возрасте степени сформированности навыков точного распознавания эмоций и способности к их выражению в графическом плане сопоставимы с таковыми у взрослых.

2. Подростки клинической группы успешно справляются с восприятием зрительно предъявляемых эмоциональных стимулов и не отличаются от здоровых ровесников при решении большинства относительно простых задач.

3. У подростков с заболеваниями круга шизофрении обнаруживается обеднение эмоциональной экспрессии, проявляющиеся во внешнем поведении и в графических репрезентациях.

Усложненные условия (синтез нескольких признаков эмоций) снижают успешность восприятия и выражения эмоций у больных шизофренией подростков, что подтверждается статистическими данными всего методического комплекса. Между сравниваемыми выборками получены достоверные различия:

- при решении задачи №2 из методики В.А. Лабунской, требующей восприятия интеллектуально-волевых эмоциональных состояний человека на основе нескольких эмоциональных признаков одновременно;

- при сравнении дифференцированности и количества экспрессивных признаков в графическом отображении эмоций. Подростки с шизофренией дают меньше различительных признаков, чем здоровые сверстники, при этом возможность распознавания экспертами графического отображения эмоций близка к показателям в группе нормы.

4. Примененный диагностический комплекс позволяет говорить о дисгармонии в эмоциональной сфере подростков, страдающих шизофренией: при относительно сохранном импрессивном компоненте эмоций у них выражены нарушения экспрессивного компонента.

Литература

1. *Бажин Е.Ф., Корнева Т.В., Эткинд А.М.* Исследование образного уровня восприятия эмоций // Психологический журнал. 1981. Т. 2. №4. С. 81–84.

2. *Баз Л.Л.* Оpoznание эмоциональных состояний детьми с пограничной психической патологией / Под ред. А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. // Материалы V Международного Конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья», Москва, 24–27 сентября 2013 г. – М.: OOO ONEBOOK.RU. – С. 65–66.

3. *Жигэу Е.И.* Особенности смысловой переработки информации у подростков, больных шизофренией: автореф. дисс...канд. психол. наук. – М., 2004. 168 с.

4. *Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г.* Патопсихология детского и юношеского возраста: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2008. 208 с.

5. *Зверева Н.В., Назаренко А.Е.* Особенности когнитивного и проективного аспектов эмоциональной сферы у младших подростков в норме и при шизофрении // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2008. № 1. С. 41–48.

6. *Зверева Н.В., Капитонова М.А.* Экспериментально-психологический подход к изучению эмоциональной сферы детей 11-13 лет, больных шизофренией [Электронный ресурс] // Альманах ИКП РАО 2005. № 9. URL: <http://alldef.ru> (дата обращения: 23.06.2016).

7. *Карловская Н.Н.* Восприятие эмоций больными шизофренией в зависимости от согласованности информации вербального и невербального каналов общения // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1986. № 8. С. 1187–1191.

8. *Курек Н.С.* Психологическое исследование когнитивного аспекта эмоциональных процессов у больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1988. № 7. С. 109–113.

9. *Лабунская В.А.* Экспрессия человека: общение и личностное познание. – Р. н/Д.: Феникс, 1999. 608 с.

10. *Левикова Е.В.* Социальная компетентность больных шизофренией подростков. Часть 1 [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. Т. 10. № 2. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 15.03.2016).

11. *Личко А.Е.* Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. – Л.: Медицина, 1985. 416 с.

12. *Поляков Ю.Ф., Жирнова А.Е.* Распознавание эмоционально-выразительных движений детьми, больными шизофренией // Вестник МГУ, серия 14 (Психология). 1988. № 2. С. 48–54.

13. *Психология эмоций.* Тексты / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 288 с.

14. *Румянцева Е.Е., Самарина Т.Н.* Методика оценки психического состояния другого по выражению глаз у подростков в норме и при шизофрении [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование. 2014. Т. 6. № 3. С. 197–207. doi:10.17759/psyedu.2014060320 (дата обращения: 18.04.2016).

15. *Рычкова О.В.* Исследования социального познания при шизофрении // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 1. С. 63–89.

16. *Туревская Р.А.* Восприятие эмоций у подростков в норме и патологии [Электронный ресурс] // Альманах ИКП РАО. 2005. № 9. URL: <http://alldef.ru> (дата обращения: 23.06.2016).

17. *Щербакова Н.П., Хломов Д.Н., Елигулашвили Е.И.* Изменение перцептивных компонентов общения при шизофрении // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / Под ред. Ю.Ф. Полякова. М., 1982. С. 186–203.

Зверева Н.В., Кутырева Я.С., Казакова М.В. Восприятие и выражение эмоций подростками в норме и при шизофрении
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 4. С. 76–92.

Zvereva, N.V., Kutyreva, Ya.S., Kazakova, M.V. The Perception and Expression of Emotions in Normative Teenagers and Those who Suffers from Schizophrenia
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 4, pp. 76–92.

18. Экман П. Психология эмоций. 2-е изд. СПб.: Питер, 2014. 336 с.

19. Cramer P., Weegmann M., O'Neil M. Schizophrenia and the perception of emotions. How accurately do schizophrenics judge the emotional states of others? // The British Journal of Psychiatry. 1989. Vol. 155. № 2. Pp. 225–228.

20. Kohler C.G., et al. Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error pattern // American Journal of Psychiatry. 2003. Vol. 160. № 10. Pp. 1768–1774.

21. Loughland C.M., Williams L.M., Gordon E. Visual scanpaths to positive and negative facial emotions in an outpatient schizophrenia sample // Schizophrenia Research. 2002. Vol. 55. № 1. Pp. 159–170.

22. Mandal M.K., Pandey R., Prasad A.B. Facial expressions of emotions and schizophrenia: A review // Schizophrenia Bulletin. 1998. Vol. 24. № 3. Pp. 399–412.

The Perception and Expression of Emotions in Normative Teenagers and Those who Suffers from Schizophrenia

Zvereva, N.V.,

PhD. (Psychology), professor, Moscow State University of Psychology & Education, Senior researcher, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, nwzvereva@gmail.com

Kutyreva, Ya.S.,

MSc. student (Psychology), Moscow State University of Psychology and Education, yanochka@cheer.perm.ru

Kazakova, M.V.,

Clinical psychologist, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, mashuk290@yandex.ru

The article presents the results of a study of emotion perception and expression in adolescents without clinical diagnoses and in adolescents with schizophrenia. Literature gives conflicting data on the successfulness of emotion recognition and expression in adults. In adolescents, the distinctive character of emotional development has been shown, but the amount of empirical research is not sufficient. According to the descriptions given by clinicians, there is a characteristic affective flattening in patients with schizophrenia, with no direct relation to their age. It has been shown that adolescents with some types of schizophrenia approach patients without clinical diagnoses in terms of certain intellectual parameters (N.V. Zvereva, A.I. Khromov), however there is a relative scarcity of data regarding the emotional and personal functioning of adolescents with schizophrenia. These factors determined the setup of the problem of the study that dealt with certain issues of methodology and experimental psychology. We have examined 50 adolescents, divided into two groups: a clinical one (10 adolescent boys and 10 adolescent girls with schizophrenia, schizotypal disorder, and schizoaffective disorders) and a control one (13 adolescent boys and 17 adolescent girls attending a regular general education school, 13 to 16 years). The average age of the participants in both groups – 14,5 years. The empirical research methodology included “Nonverbal Behaviour Adequate Interpretation Ability Development Level Diagnostics” (a technique devised by V.A. Labunskaya) and a modified graphical emotion representation technique (a modification of a V.A. Labunskaya’s technique). The medical records of the participants and the observation data gathered during the examinations were also analyzed. The study has gathered new data on the applicability of the method of graphical representation of emotions in adolescents. The results indicate that adolescents with schizophrenia and adolescents without clinical diagnoses have similar specific features in their visual perception of simple

emotive content and similar difficulties in emotion perception occurring after the complication of the task. The study has shown the distinctive character of emotionality in adolescents with schizophrenia that manifests itself in the disharmony of emotional components: though, their impressive emotional component is relatively safe, the impairments of expressive component are quite pronounced.

Keywords: schizophrenia, perception and expression of emotions, teenagers, expressive and impressive components of emotions.

References

1. Bazhin E.F., Korneva T.V., Etkind A.M. Issledovanie obraznogo urovnya vospriyatiya emotsii [Researching the figurative level of emotional perception]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 1981, vol. 2, no. 4, pp. 81–84.
2. Baz L.L. Opoznanie emotsional'nykh sostoyanii det'mi s pogranichnoi psikhicheskoi patologiei [Recognition of emotional states in children with borderline mental pathology] A.A. Severnyi, Yu.S. Schevchenko (eds.) *Materialy V Mezhdunarodnogo Kongressa «Molodoe pokolenie XXI veka: aktual'nye problemy sotsial'no-psikhologicheskogo zdorov'ya»*, Moskva, 24–27 sentyabrya 2013 g [Proceedings of the Fifth International Congress “Young generation of the 21st century: current problems of psychosocial health”]. Moscow: Publ. OOO ONEBOOK.RU, pp. 65–66.
3. Zhigeu E.I. Osobennosti smyslovoi pererabotki informatsii u podrostkov, bol'nykh shizofreniei. Diss. kand. psikhol. nauk [Specific features of semantic information processing in adolescents with schizophrenia. Dr. Sci. (Psychology) diss.]. Moscow, 2004, 168 p.
4. Zvereva N.V., Kaz'mina O.Yu., Karimulina E.G. Patopsikhologiya detskogo i yunosheskogo vozrasta: ucheb. posobie dlya stud. vyssh. ucheb. zavedenii [Pathopsychology of children and adolescents]. Moscow: Publ. Akademiya, 2008, 208 p.
5. Zvereva N.V., Nazarenko A.E. Osobennosti kognitivnogo i proektivnogo aspektov emotsional'noi sfery u mladshikh podrostkov v norme i pri shizofrenii [Specific features of cognitive and projective aspects of emotionality in younger adolescents without clinical diagnoses and in adolescents with schizophrenia]. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov [Matters of Psychological Health of Children and Adolescents]*, 2008, no. 1, pp. 41–48.
6. Zvereva N.V., Kapitonova M.A. Eksperimental'no-psikhologicheskii podkhod k izucheniyu emotsional'noi sfery detei 11-13 let, bol'nykh shizofreniei [Elektronnyi resurs] [Experimental psychology approach to researching emotions in children from 11 to 13 years old with schizophrenia]. *Al'manakh IKP RAO [IKP RAO Almanac]*, 2005, no. 9. URL: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-9/knizhnoe-prilozhenie/eksperimentalno-psixologicheskij-podkhod-k-izucheniyu-emotsionalnoj-sferyi-detej-11-13-let,-bolnyix-shizofreniej> (Accessed 23.06.2016).

7. Karlovskaya N.N. Vospriyatie emotsii bol'nymi shizofreniei v zavisimosti ot soglasovannosti informatsii verbal'nogo i neverbal'nogo kanalov obshcheniya [Emotional perception in patients with schizophrenia in relation to the congruence of information from verbal and nonverbal communication channels]. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry], 1986, no. 8, pp. 1187–1191.

8. Kurek N.S. Psikhologicheskoe issledovanie kognitivnogo aspekta emotsional'nykh protsessov u bol'nykh shizofreniei [The psychological study of the cognitive aspect of emotional processes in patients with schizophrenia]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry], 1988, no. 7, pp. 109–113.

9. Labunskaya V.A. Ekspressiya cheloveka: obshchenie i lichnostnoe poznanie [Human expression: communication and personal cognition]. Rostov-on-Don: Publ. Feniks, 1999, 608 p.

10. Levikova E.V. Sotsial'naya kompetentnost' bol'nykh shizofreniei podrostkov. Chast' 1 [Elektronnyi resurs] [Social competence in adolescent patients with schizophrenia. Part 1]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Research], 2010, vol. 10, no. 2. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2010n2-10/304-levikova10.html> (Accessed 15.03.2016).

11. Lichko A.E. Podrostkovaya psikiatriya: Rukovodstvo dlya vrachei [Adolescent psychiatry: Medical handbook]. Leningrad: Publ. Meditsina, 1985, 416 p.

12. Polyakov Yu.F., Zhirnova A.E. Raspoznavanie emotsional'no-vyrazitel'nykh dvizhenii det'mi, bol'nymi shizofreniei [Recognition of emotional and expressive movements in children with schizophrenia]. *Vestnik MGU, seriya 14 (Psikhologiya)* [Bulletin of Moscow State University, Psychology], 1988, no. 2, pp. 48–54.

13. V.K. Vilyunas, Yu.B. Gippenreiter. Psikhologiya emotsii. Teksty [Psychology of emotions. Texts]. Moscow: Moscow University Press, 1984, 288 p.

14. Rumyantseva E.E., Samarina T.N. Metodika otsenki psikhicheskogo sostoyaniya drugogo po vyrazheniyu glaz u podrostkov v norme i pri shizofrenii [Elektronnyi resurs] [Methods of assessing mental states of the other based on the expression of the eyes in adolescents without clinical diagnoses and in adolescents with schizophrenia]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education], 2014, vol. 6, no. 3, pp. 197–207. URL: http://psyedu.ru/journal/2014/3/Rumyanzeva_Samarina.phtml (Accessed 18.04.2016).

15. Rychkova O.V. Issledovaniya sotsial'nogo poznaniya pri shizofrenii [Studies of social cognition in schizophrenia]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2013, vol. 1, pp. 63–89.

16. Turevskaya R.A. Vospriyatie emotsii u podrostkov v norme i patologii [Elektronnyi resurs] [Emotional perception in adolescents in health and in disease]. *Al'manakh IKP RAO*

Зверева Н.В., Кутырева Я.С., Казакова М.В. Восприятие и выражение эмоций подростками в норме и при шизофрении
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 4. С. 76–92.

Zvereva, N.V., Kutyreva, Ya.S., Kazakova, M.V. The Perception and Expression of Emotions in Normative Teenagers and Those who Suffers from Schizophrenia
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 4, pp. 76–92.

[IKP RAO Almanac], 2005, vol. 9. URL: <http://alldf.ru/ru/articles/almanah-9/knizhnoe-prilozhenie/vospriyatie-emoczij-u-podrostkov-v-norme-i-patologii> (Accessed 23.06.2016).

17. Shcherbakova N.P., Khlomov D.N., Eligulashvili E.I. Izmenenie pertseptivnykh komponentov obshcheniya pri shizofrenii [Changes in communication perceptive components in schizophrenia]. In Yu.F. Polyakov (ed.) Eksperimental'no-psikhologicheskie issledovaniya patologii psikhicheskoi deyatelnosti pri shizofrenii [Experimental psychology studies of mental pathologies in schizophrenia], Moscow, 1982, pp. 186–203.

18. Ekman P. Psikhologiya emotsii. Vtoroe izd. [Psychology of emotions]. Saint-Petersburg: Publ. Piter, 2014, 336 p.

19. Cramer P., Weegmann M., O'Neil M. Schizophrenia and the perception of emotions. How accurately do schizophrenics judge the emotional states of others? *The British Journal of Psychiatry*, 1989, vol. 155, no. 2, pp. 225–228.

20. Kohler C.G., et al. Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error pattern. *American Journal of Psychiatry*, 2003, vol. 160, no. 10, pp. 1768–1774.

21. Loughland C.M., Williams L.M., Gordon E. Visual scanpaths to positive and negative facial emotions in an outpatient schizophrenia sample. *Schizophrenia Research*, 2002, vol. 55, no. 1, pp. 159–170.

22. Mandal M.K., Pandey R., Prasad A.B. Facial expressions of emotions and schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, 1998, vol. 24, no. 3, pp. 399–412.

Копинг-стратегии людей с инвалидностью с разными уровнями ролевой виктимности

Ковалева Е.Л.,

студент кафедры психологии и педагогики дистанционного обучения, факультет дистанционного обучения, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия; kovalevael@fdomgppu.ru

В статье анализируются копинг-стратегии поведения людей с инвалидностью. Эмпирической основой исследования послужили опрос 34 лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, проходящих курс реабилитации в специализированном спинальном санатории им. академика Н.Н. Бурденко Автономной Республики Крым и в московском реабилитационно-восстановительном центре «Преодоление», а также опрос студентов факультета дистанционного обучения Московского государственного психолого-педагогического университета, имеющих инвалидность по причине нарушений опорно-двигательного аппарата. 17 лиц имели инвалидность с детства, и 17 приобрели инвалидность в возрасте, начиная с 17 лет. Значимых различий в копинг-стратегиях у людей с перинатальными, врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата обнаружено не было. Ролевая виктимность может предопределять выбор тех или иных копинг-стратегий преодоления людьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата. У лиц с инвалидностью с разными уровнями ролевой виктимности были обнаружены значимые различия по таким стратегиям, как поиск социальной поддержки, осторожные действия, импульсивные действия, избегание и асоциальные действия.

Ключевые слова: копинг, ролевая виктимность, инвалидность, стратегии преодоления, врожденные и приобретенные нарушения опорно-двигательного аппарата.

Для цитаты:

Ковалева Е.Л. Копинг-стратегии людей с инвалидностью с разными уровнями ролевой виктимности [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 93–102. doi: 10.17759/psyclin.2016050407

For citation:

Kovaleva, E.L. Coping Strategies in People with Disability and Differences in Level of Role Victimization [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 4, pp. 93–102. doi: 10.17759/psycljn.2016050407 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Под преодолением (англ. «coping») понимается индивидуальный способ взаимодействия с ситуацией в соответствии с ее собственной логикой, значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями [1]. Психологические возможности личности с инвалидностью, с одной стороны, могут быть ограничены самим заболеванием, с другой – могут приумножаться в результате аккумуляции и активизации ресурсов [3]. Предполагается, что лица с врожденными инвалидизирующими заболеваниями адаптированы к ним и используют разнообразные стратегии преодоления, могут совмещать их, выбирать наиболее эффективные, однако ситуация гиперопеки со стороны ближайшего окружения может способствовать психологической виктимизации таких людей. Лица с приобретенными инвалидизирующими заболеваниями часто ограничены в своих копинг-ресурсах в результате сильного травмирующего воздействия экстремальной ситуации, связанной с утратой здоровья, что также может виктимизировать личность. Виктимизация в широком смысле понимается как процесс и результат превращения человека в жертву неблагоприятных условий. Так, в исследованиях А.М. Щербаковой и О.Н. Гудиной показано, что при нарушениях статодинамической функции отмечаются изменения личности по типу инфантилизации, наблюдаются депрессивные реакции, формируются иждивенческие установки [7]. В этом случае психологическое предназначение преодоления состоит в том, чтобы не только наилучшим образом адаптировать человека с инвалидностью к различным трудным жизненным ситуациям путем ослабления или смягчения их воздействия, но и способствовать развитию самостоятельности и активности. Создание условий для развития эффективных стратегий преодоления у лиц с инвалидностью становится главной целью психологической помощи людям с инвалидизирующим заболеванием, однако система такой помощи находится еще в стадии формирования. Выявление и анализ копинг-стратегий, используемых людьми с врожденной и приобретенной инвалидностью, позволит уточнить главные направления работы.

Целью исследования выступил сравнительный анализ копинг-стратегий поведения и проявлений ролевой виктимности у лиц с врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Мы предположили, что существуют различия при использовании стратегий преодоления у людей с врожденными и приобретенными нарушениями опорно-двигательного аппарата, а также выдвинули частную гипотезу о том, что лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата с разными уровнями ролевой виктимности используют различные стратегии преодоления.

Для проверки данных гипотез было проведено эмпирическое исследование, в котором приняли участие 34 участника: 17 – с инвалидностью с детства (ДЦП – 82,35%; патология развития спинного мозга (spina bifida) – 11,77%; врожденный ложный сустав – 5,88%) и 17 участников – с приобретенными (начиная с 17 лет) нарушениями опорно-двигательного аппарата (травматическая болезнь спинного мозга (ТБСМ) – 76,47%; ортопедическая травма – 11,77%; осложнения

после оперативного вмешательства по причине онкозаболевания – 5,88%; осложнения после прививки – 5,88%). Были обследованы 16 мужчин и 18 женщин в возрасте от 17 до 50 лет. Исследование проводилось в реабилитационно-восстановительном центре «Преодоление» (для инвалидов с тяжелыми ограничениями в передвижении и самообслуживании вследствие повреждения спинного мозга и детского церебрального паралича, г. Москва), в Государственном автономном учреждении Автономной Республики Крым «Специализированный спинальный санаторий имени академика Н.Н. Бурденко», а также среди студентов факультета дистанционного обучения ФГБОУ ВО МГППУ, имеющих инвалидность по причине нарушений опорно-двигательного аппарата.

Методики и процедура исследования

В исследовании применялись опросники: «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» SACS С. Хобфолла в адаптации Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой [1] и «Тип ролевой виктимности» М.А. Одинцовой, Н.П. Радчиковой [5]. Для обработки результатов была использована программа SPSS v. 21. Анализ различий между выборками проводился с помощью критериев Манна–Уитни и Краскела–Уоллеса; для выявления взаимосвязей между переменными применялся критерий Спирмена, а для выделения групп с разным уровнем ролевой виктимности – метод *k*-средних.

Результаты исследования

В соответствии с гипотезой, эмпирическая задача заключалась в том, чтобы выявить различия в копинг-стратегиях преодоления людей с перинатальными, врожденными (1-я группа) и приобретенными во взрослом возрасте (2-я группа) нарушениями опорно-двигательного аппарата. Для этого нами был проведен сравнительный анализ исследуемых групп по всем шкалам используемых опросников с использованием критерия Манна–Уитни. Статистический анализ не подтвердил гипотезу о том, что существуют значимые различия в использовании разнообразных копинг-стратегий людьми с врожденными и приобретенными нарушениями опорно-двигательного аппарата. Эти данные подтверждаются исследованиями В.Д. Овчаренко [4]. Необходимо отметить, что в исследованиях О.Н. Толкачевой было обнаружено, что лица с приобретенной инвалидностью чаще используют такую стратегию как самоконтроль, а люди с врожденной инвалидностью – стратегию положительной переоценки [6]. И чем дольше человек находится в ситуации болезни, адаптируясь к ней, тем более выраженной становится стратегия положительной переоценки. С одной стороны, такая стратегия запускает компенсаторные ресурсы личности, с другой – может способствовать развитию рентных установок (поиск выгоды в своем заболевании), которые являются основой психологической виктимизации личности с инвалидностью.

Дальнейший анализ осуществлялся на основе выделения групп инвалидов с разными уровнями ролевой психологической виктимности вне зависимости от сроков и времени приобретения инвалидности. Для этого был использован метод *k*-средних (см. рис. 1).

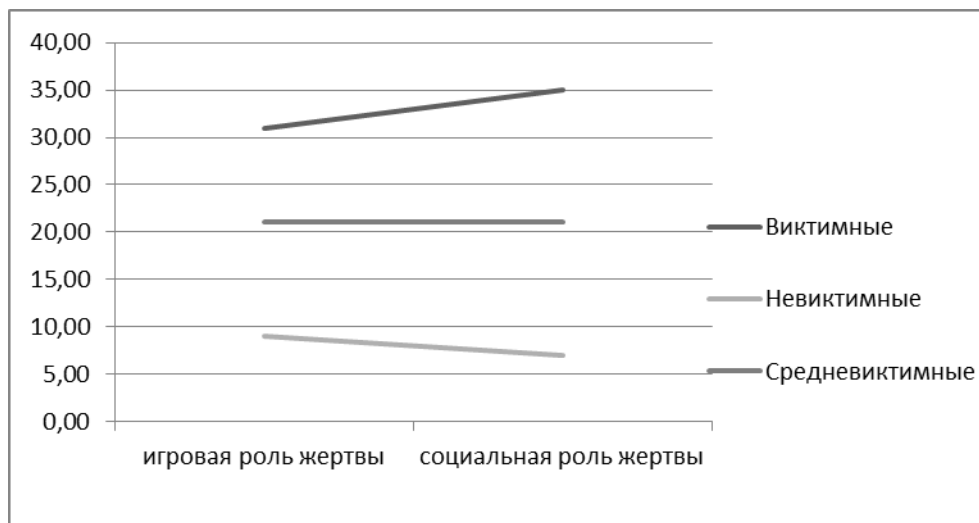


Рис. 1. Группы участников исследования с разными уровнями ролевой виктимности (метод k-средних)

Первая группа представлена респондентами с высоким уровнем ролевой виктимности (N=13) – *виктимные*. Вторую группу составили *невиктимные* участники исследования (N=7) с низкими показателями ролевой виктимности. В третью группу вошли лица (N=14) со средними показателями ролевой виктимности, или *средневиктимные*.

Далее нами было установлено наличие статистически значимых различий между тремя группами с применением критерия Краскела–Уоллеса (см. табл. 1).

Таблица 1

Статистическая значимость различий стратегий преодолевающего поведения между группами испытуемых с разными уровнями ролевой виктимности

Копинг-стратегии	Хи-квадрат	Уровень значимости различий
Поиск социальной поддержки	8,134	0,017
Осторожные действия	5,976	0,050
Импульсивные действия	6,886	0,032
Избегание	6,946	0,031
Асоциальные действия	5,856	0,054

Проведенный анализ позволил нам сравнить стратегии преодоления, используемые в трех группах людей с инвалидностью. На рис. 2 видно, что к поиску социальной поддержки больше всего стремятся респонденты с высоким уровнем виктимности по сравнению с невиктимными и средневиктимными ($p=0,017$).

Стратегия поиска социальной поддержки предполагает попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной поддержки, а также поддержки действиями. Характерны ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание внимания, совета, сочувствия. Поиск преимущественно информационной поддержки предполагает обращение за рекомендациями к экспертам и знакомым, владеющим, с точки зрения респондента, необходимыми знаниями. Потребность в эмоциональной поддержке проявляется в стремлении быть выслушанным, получить эмпатийный ответ, разделить с кем-либо свои переживания. Ведущей может быть и потребность в помощи конкретными действиями. Положительные стороны стратегии поиска социальной поддержки заключаются в возможности использования внешних ресурсов для разрешения проблемной ситуации. Однако такая стратегия может приводить к формированию зависимой позиции в результате чрезмерных ожиданий по отношению к окружающим. Для виктимных личностей с инвалидностью существует большая опасность формирования рентных установок, привычных и постоянных требований компенсаций, усиления иждивенческих тенденций и инфантилизма.



Рис. 2. Использование стратегий преодоления в группах с разным уровнем ролевой виктимности

Стратегию осторожных действий также чаще используют виктимные лица с инвалидностью по сравнению с невиктимными и средневиктимными ($p=0,05$). Осторожное поведение – осторожность в действиях, избегание риска и конфликтов. Оправдание поведения социальной целесообразностью и безопасностью говорит о склонности к перестраховке. Это менее активные способы психологического преодоления, позволяющие экономить ресурсы и избегать повторения ситуаций, приведших к травме. Однако такие копинг-стратегии часто приводят к формированию пассивной позиции.

Использование стратегии импульсивных действий, которая также чаще применяется виктимными лицами ($p=0,032$), предполагает попытки разрешения проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности и осуществления конкретных действий, направленных либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшими трудностями. При выраженном предпочтении этой стратегии могут наблюдаться импульсивность в поведении (иногда с элементами враждебности и конфликтности), трудности планирования действий, прогнозирования их результата, неоправданное упорство, сложности в коррекции стратегий поведения. Копинг-действия при этом теряют свою целенаправленность и становятся преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения. Часто данная стратегия рассматривается как неадаптивная, однако при умеренном использовании она обеспечивает способность личности к противостоянию трудностям и стрессогенному воздействию, энергичность и предприимчивость при разрешении проблемных ситуаций, умение отстаивать собственные интересы, справляться с тревогой в стрессогенных условиях. Отрицательной стороной стратегии являются недостаточные целенаправленность и рациональная обоснованность поведения в проблемной ситуации.

Стратегия избегания чаще используется виктимными лицами ($p=0,031$) в отличие от двух других групп. Избегание предполагает попытки преодоления личностью негативных переживаний за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения. При отчетливом предпочтении стратегии избегания могут наблюдаться неконструктивные формы поведения в стрессовых ситуациях: отрицание либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения, погружение в фантазии с целью снижения мучительного эмоционального напряжения. Большинство исследователей стратегия избегания рассматривается как неадаптивная, поскольку она не способствует разрешению проблемы, а эффект предпринимаемых действий по снижению эмоционального дискомфорта краткосрочен. Однако это обстоятельство не исключает ее пользы в отдельных ситуациях, в особенности в краткосрочной перспективе и при острых стрессогенных ситуациях, так как такая стратегия дает возможность быстрого снижения эмоционального напряжения в ситуации стресса.

Таким образом, у лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата с разными уровнями ролевой психологической виктимности были выявлены различия в предпочтении тех или иных стратегий преодоления. Чем выше уровень виктимности, тем чаще используются импульсивные, асоциальные, избегающие стратегии преодоления, а также стратегия поиска социальной поддержки, которая может и должна стать хорошей ресурсной основой преодолевающего поведения лиц с инвалидностью. Поэтому и возникает вопрос об адекватности выстраивания психологической помощи, основанной на социальной поддержке, к которой стремятся люди с инвалидностью. Тем не менее стоит отметить, что в настоящее время большинство помогающих организаций нацелены на восстановление

физических возможностей инвалидов (реабилитационные программы) и на предоставление им как можно более полной системы социальной помощи (социальные программы), то есть система помощи направлена на активизацию физиологических и социальных ресурсов. Не всегда учитываются психологические ресурсы людей с инвалидностью, среди которых важное место занимают внутренние ресурсы преодоления, основанные на волевой активности совладания с трудной ситуацией.

Заключение

Ограниченные возможности здоровья вовсе не ставят границы для развития, а требуют вложения дополнительных сил личности с инвалидизирующим заболеванием. Поэтому при выстраивании психологической помощи, необходимо учитывать сформированность тех или иных стратегий преодоления, склонность некоторых людей с инвалидностью к виктимизации или опоре на внутренние ресурсы, одним из которых, как показало наше исследование, является поиск социальной поддержки. Социальная поддержка может приобрести характер поддержки психологической и стать эффективной, если она предполагает развитие самостоятельности в ситуации постоянного решения человеком с ограниченными возможностями здоровья жизненных задач «на основе принятия вызова инвалидности» [3, с. 102]. Эта тема требует дальнейших исследований.

Литература

1. *Водопьянова Н.Е.* Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 329 с.
2. *Исаева Е.Р.* Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: изд-во СПбГУ. 2009. 135 с.
3. *Леонтьев Д.А.* Развитие личности в норме и затрудненных условиях // Культурно-историческая психология. 2014. Т. 10. № 3. С. 97–106.
4. *Овчаренко В.Д.* Образ «Я» у подростков с инвалидностью // Молодые ученые – столичному образованию. Материалы XV Городской научно-практической конференции с международным участием. Т. 1. М.: изд-во МГППУ, 2016. С. 73–75.
5. *Одинцова М.А., Радчикова Н.П.* Разработка и стандартизация опросника «Тип ролевой виктимности» // Известия ПГПУ им. Белинского В.Г. 2012. № 28. С. 1303–1310.
6. *Толкачева О.Н.* Характеристики контроля в структуре совладающего поведения инвалидов с врождёнными и приобретёнными заболеваниями опорно-двигательного аппарата // Сборник научных статей. Электронное издание. Саратовский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского. М.: Перо, 2015. С. 341–348.

Ковалева Е.Л. Копинг-стратегии людей с инвалидностью с разными уровнями ролевой виктимности
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 4. С. 93–102.

Kovaleva, E.L. Coping Strategies in People with Disability and Differences in Level of Role Victimization
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 4, pp. 93–102.

7. *Щербакова А.М., Гудилина О.Н.* Сравнительная характеристика отношения к ограниченным возможностям своего здоровья лиц с врожденными и приобретенными нарушениями статодинамической функции // Психологическая наука и образование. 2010. № 5. С. 77–86.

Coping Strategies in People with Disability and Differences in Level of Role Victimization

Kovaleva, E.L.,

Student, Department of Psychology and Pedagogy of Distance Learning, Faculty of Distance Learning, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, kovalevael@fdomgppu.ru

The article analyzes the coping strategies of people with disabilities (HIA). The investigation was based on a survey of 34 individuals with disabilities of the musculoskeletal system undergoing a rehabilitation course in "Specialized spinal sanatorium named academician N.N. Burdenko" of the Autonomous Republic of the Crimea and in rehabilitation center "Overcoming" (Moscow). Also students of the Faculty of distance education at MSUPE (Moscow State University of Psychology and Education) with disabilities were surveyed because of violations of the musculoskeletal system. Significant differences in the coping strategies in people with perinatal, congenital and acquired adult disorders of the musculoskeletal system were found. In individuals with disorders of the musculoskeletal system, different level of victimization varied across the five strategies: search of social support, cautious action, impulsive actions, avoidance and antisocial actions.

Keywords: coping, role victimization, disability, coping strategies, persons with disabilities, disorders of the musculoskeletal system.

References

1. Vodop'yanova N.E. Psikhodiagnostika stressa [Psychodiagnosics of stress.]. Saint Petersburg: Piter, 2009. 329 p.
2. Isaeva E.R. Koping-povedenie i psikhologicheskaya zashchita lichnosti v usloviyakh zdorov'ya i bolezni [Coping behavior and psychological defense of personality in terms of health and disease]. Saint Petersburg: Publ. of SPbGMU, 2009. 135 p.
3. Leont'ev D.A. Razvitie lichnosti v norme i zatrudnennykh usloviyakh [Personality development in normal and difficult conditions]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya [Cultural-Historical Psychology]*, 2014, vol. 10, no. 3, pp. 97–106.

4. Ovcharenko V.D. Obraz «Ya» u podrostkov s invalidnost'yu [The image of the "I" in adolescents with disabilities]. *Molodye uchenye – stolichnomu obrazovaniyu. Materialy XV Gorodskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem [Materials of The XV Scientific-Practical Conference with International Participation.]*, vol 1. Moscow: publ. of MGPPU, 2016, pp. 73–75.

5. Odintsova M.A., Radchikova N.P. Razrabotka i standartizatsiya oprosnika «Tip rolevoi viktimnosti» [Development and standardization of the questionnaire "Type role of victimization"]. *Izvestiya PGPU im. Belinskogo V.G. [News of PGPU named after V.G. Belinsky]*, 2012, no. 28, pp. 1303–1310.

6. Tolkacheva O.N. Kharakteristiki kontrolya v strukture sovladayushchego povedeniya invalidov s vrozhdannymi i priobretnennymi zabolovaniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Characteristics of control in the structure of coping disabled people with congenital and acquired diseases of the musculoskeletal system]. *Sbornik nauchnykh statei. Elektronnoe izdanie. Saratovskii gosudarstvennyi universitet imeni N.G. Chernyshevskogo [The collection of scientific articles. The electronic edition. Saratov State University named after N.G. Chernyshevsky]*. Moscow: Pero, 2015, pp. 341–348.

7. Shcherbakova A.M., Gudilina O.N. Sravnitel'naya kharakteristika otnosheniya k ogranichennym vozmozhnostyam svoego zdorov'ya lits s vrozhdannymi i priobretnennymi narusheniyami statodinamicheskoi funktsii [Comparative characteristics of attitude to the limited possibilities of the health of persons with congenital and acquired disorders of the static-dynamic functions]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2010, no. 5, pp. 77–86.

Нарушения социального познания при расстройствах шизофренического и аффективного спектров

Холмогорова А.Б.,

доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии, Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России); декан, факультет консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, kholmogorova@yandex.ru

Царенко Д.М.,

кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, лаборатория клинической психологии и психотерапии, Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России), Москва, Россия, dropship@rambler.ru

Москачева М.А.,

младший научный сотрудник, лаборатория клинической психологии и психотерапии, Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России), Москва, Россия, moskacheva.m@gmail.com

В статье приводятся результаты исследования способности к ментализации и эмпатии у пациентов, относящихся к двум спектрам психической патологии – шизофреническому и аффективному. В общей сложности были обследованы 199 пациента с расстройствами шизофренического и аффективного спектров (97 мужчин и 102 женщины, средний возраст – 33,5±10,1 лет). Из них 52 пациента с диагнозом тревожных и депрессивных расстройств, 25 пациентов с диагнозом биполярное аффективное расстройство, 35 пациентов с шизоаффективным расстройством и 87 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения. Также была обследована группа здоровых испытуемых – 79 человек. Для оценки способности к ментализации использован тест «Чтение психического состояния по глазам» (Reading the mind in the Eyes), разработанный S. Baron-Cohen. Для исследования способности к эмпатии применялся опросник «Индекс межличностной реактивности» (Interpersonal Reactivity Index), разработанный M. Davis. Оценка выраженности клинических симптомов осуществлялась с помощью Опросника

выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Checklist-90-Revised) и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale). Установлено, что показатели способности к ментализации у больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров образуют континуум, в котором способность к ментализации повышается от больных расстройствами шизофренического спектра к больным расстройствами аффективного спектра и далее к здоровым испытуемым. Анализ показателей эмпатических способностей у больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров свидетельствует о неадекватной самооценке больными способностей к смене позиции и к проявлению эмпатической заботы. В то же время у больных присутствует более высокий уровень эмпатического дистресса по сравнению с группой здоровых лиц.

Ключевые слова: социальное познание, ментализация, эмпатия, расстройства шизофренического спектра, расстройства аффективного спектра.

Для цитаты:

Холмогорова А.Б., Царенко Д.М., Москачева М.А. Нарушения социального познания при расстройствах шизофренического и аффективного спектров [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 103–117. doi: 10.17759/psyclin.2016050408

For citation:

Kholmogorova, A.B., Tsarenko, D.M., Moskacheva, M.A. The Social Cognition Impairments of People with Schizophrenia and Affective Spectrum Disorders [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naiia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 4, pp. 103–117. doi: 10.17759/psycljn.2016050408 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

В настоящее время нарушения социального познания при различных психических расстройствах вызывают особый интерес у психиатров и клинических психологов [3; 13]. Дефицитарность в области социальных когниций может являться основой серьезных нарушений поведения, а также затруднений повседневного и социального функционирования пациентов, что определяет необходимость описания специфики нарушений социального познания у разных категорий больных [16].

Социальное познание – многомерное понятие, отражающее такие способности человека, как понимание других людей и своего собственного соматопсихического состояния, а также мотивацию человека к межличностным контактам [6].

Широко принятым в исследованиях социального познания является понятие *ментализации* как важной основы социальной адаптации. Ментализация, или рефлексивное функционирование (reflective functioning), – это способность

создавать репрезентации как собственного психического состояния (эмоций, мыслей, намерений, желаний и т.д.), так и состояния других людей, а также понимать их природу и влияние на поведение [15]. Выделяют два вида ментализации – имплицитную и эксплицитную. Последняя представляет собой собственно рефлексивное функционирование, а имплицитная ментализация – это свернутый, в значительной степени автоматизированный процесс, который соотносим с операциональным компонентом социального познания. В данном исследовании тестировалась способность к имплицитной ментализации с помощью методики, направленной на проверку способности к распознаванию психического состояния другого человека по выражению его глаз.

Сравнительные исследования социального познания в форме способности к ментализации у больных разных диагностических категорий важны для оценки модели спектра психической патологии. Особое внимание привлекают диагностические единицы, составляющие шизофренический и аффективный спектры расстройств, и исследование социального познания при биполярном и шизоаффективном расстройствах, лежащих на пересечении этих важных спектров [7]. Нарушения социального познания у больных в широком ряду психических расстройств, входящих в аффективный и шизофренический спектры психической патологии, до сих пор оставались малоизученными.

Наряду с активным изучением способности к ментализации, отмечается растущий интерес к эмпатии как важной составляющей процесса социального познания.

Несмотря на актуальность данной проблематики, число работ, посвященных исследованию эмпатических способностей у психически больных людей, невелико, а полученные результаты по отдельным пунктам не вполне однозначны и носят полемический характер: существуют значительные расхождения в позициях ученых не только относительно структуры эмпатической способности, но и характера связей между процессами ментализации и эмпатии [1; 14].

Сравнительные исследования эмпатических способностей у больных разных диагностических групп важны как для оценки моделей спектра, так и для выделения специфических «мишеней» помощи. Нарушения эмпатических способностей в группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров остаются недостаточно изученными.

Методы и материалы исследования

Цель исследования – оценить способности к ментализации и эмпатии у пациентов, относящихся к двум спектрам психической патологии – шизофреническому и аффективному.

В общей сложности были обследованы 199 пациентов с расстройствами шизофренического и аффективного спектров (97 мужчин и 102 женщины, средний

возраст составил $33,5 \pm 10,1$ лет), диагностированными врачами-психиатрами на основе критериев Международной классификации болезней Десятого пересмотра (МКБ-10).

В *первую группу* вошли 77 пациентов с расстройствами аффективного спектра (18 мужчин, 59 женщин, средний возраст – $33,6 \pm 10,5$ лет). Из них 52 пациента имели диагноз тревожных и депрессивных расстройств (11 мужчин и 41 женщина, средний возраст – $33,4 \pm 11,8$ лет). В том числе 27 пациентов с тревожными расстройствами (расстройства адаптации – F43.2, соматоформные расстройства – F45, другие тревожные расстройства – F41) и 25 пациентов с депрессивными расстройствами разной степени тяжести без психотических симптомов – F32, F33. Также в группу расстройств аффективного спектра были включены 25 пациентов с диагнозом биполярное аффективное расстройство – F31 – текущий эпизод депрессии разной степени тяжести без психотических симптомов (7 мужчин и 18 женщин, средний возраст – $33,5 \pm 7,3$ лет). Средняя длительность заболевания составляла $8,8 \pm 6,6$ лет.

Вторую группу составили 122 пациента с расстройствами шизофренического спектра (79 мужчин и 43 женщины, средний возраст – $33,5 \pm 9,9$ лет). Из них 35 пациентов с шизоаффективным расстройством – F25 (20 мужчин и 15 женщин, средний возраст – $30,7 \pm 8,9$ лет). Средняя длительность заболевания – $7,0 \pm 6,0$ лет. Также в группу расстройств шизофренического спектра были включены 87 пациентов с параноидной шизофренией – F20.0 (59 мужчин и 28 женщин, средний возраст – $34,8 \pm 10,0$ лет). Средняя длительность заболевания составила $10,7 \pm 8,5$ лет.

Все пациенты с расстройствами шизофренического и аффективного спектров на момент обследования находились в стационаре, их состояние квалифицировалось как стадия становления ремиссии.

Третью группу составили 79 здоровых испытуемых, отобранных из популяционной группы никогда не обращавшихся за психиатрической помощью (31 мужчина и 48 женщин, средний возраст – $33,2 \pm 7,1$ лет) на основе предварительного обследования с помощью самооценочных шкал психопатологической симптоматики – Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и Опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R).

Группы значимо не различались между собой по возрасту. В группах респондентов с расстройствами шизофренического спектра преобладали мужчины, в группах респондентов с расстройствами аффективного спектра и нормы – женщины.

Для исследования способности к ментализации был выбрана одна из наиболее известных методик для оценки имплицитной ментализации «Чтение психического состояния по глазам» (The Reading the Mind In the Eyes), или сокращенно тест «Глаза» [8]. Тест прошел апробацию и валидизацию на российской выборке испытуемых [2]. Методика заключается в предъявлении 16 карточек с изображениями области глаз с инструкцией выбрать из четырех написанных на карточке слов, обозначающих

различные эмоциональные и нейтральные психические состояния, одно, наиболее соответствующее выражению глаз на предъявляемой карточке. Более высокий суммарный балл по тесту отражает лучшую способность к ментализации. Пол и возраст не оказывают влияния на результаты испытуемых [2].

Для исследования способности к эмпатии был выбран распространенный опросник «Индекс межличностной реактивности» (Interpersonal Reactivity Index, IRI), разработанный М. Дэвисом (M. Davis) и адаптированный Т.Д. Карягиной, Н.А. Будаговской и С.В. Дубровской [1]. Задача испытуемого – отвечать на разные вопросы, тестирующие эмпатическую способность, оценивая особенности своего поведения и эмоционального реагирования в той или иной ситуации. Опросник состоит из 28 пунктов, сгруппированных в 4 подшкалы:

- Смена позиции (Perspective Taking), или умение воспринимать какие-либо события и явления с точки зрения другого человека, с учетом его мыслей и чувств);
- Фантазирование (Fantasy) – умение сопереживать и понимать поступки и намерения героев литературы и искусства, воображая себя на их месте;
- Эмпатическая забота (Empathic Concern) – способность сочувствовать, а также желание и способность помогать другому;
- Эмпатический дистресс (Personal Distress), или чувства дискомфорта, возникающие в напряженном межличностном взаимодействии и при наблюдении переживаний других людей.

Для оценки психопатологической симптоматики проводилось клинико-психопатологическое исследование, а также использовались два симптоматических опросника: Опросник выраженности психопатологической симптоматики – Symptom checklist-90-Revised (SCL-90-R) [9], состоящий из 90 вопросов, каждый из которых относится к одной из девяти шкал: Соматизация, Обсессивно-компульсивное расстройство, Интерперсональная чувствительность, Депрессия, Тревога, Враждебность, Фобическая тревога, Параноидное мышление, Психотизм; и Госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [17], предназначенная для первичного выявления симптомов тревоги и депрессии. Шкала состоит из 14 утверждений: 7 относятся к подшкале Тревоги и 7 – к подшкале Депрессии.

Обработка материалов осуществлялась с помощью непараметрических методов сравнительного анализа (U-критерий Манна–Уитни и H-критерий Краскела–Уоллиса).

Результаты и их обсуждение

Сравнение у пациентов средних значений показателей Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, а также клинической шкалы самоотчета SCL-90-R позволило выявить у больных с расстройствами аффективного спектра значимо бóльшую

выраженность тревоги ($p=0,006$), депрессии ($p=0,004$), соматизации ($p=0,026$) и на уровне тенденции враждебности ($p=0,054$) по сравнению с респондентами с расстройствами шизофренического спектра. В свою очередь, пациенты с расстройствами шизофренического спектра на уровне тенденции отличались большей выраженностью показателя параноидного мышления по SCL-90-R ($p=0,061$) от больных расстройствами аффективного спектра. Это соответствует клинко-диагностическим характеристикам расстройств, входящих в шизофренический и аффективный спектры.

Все средние показатели опросников психопатологической симптоматики в группе здоровых испытуемых находились в пределах нормы и значимо отличались от клинических групп.

На рис. 1 приведена гистограмма, на которой показан средний балл по тесту «Глаза» в группах больных с расстройствами шизофренического спектра, пациентов с расстройствами аффективного спектра и здоровых испытуемых. На рисунке видно, что способность к ментализации наименее развита у больных с расстройствами шизофренического спектра. По этому параметру они существенно ($p\leq 0,001$) отличаются как от больных с расстройствами аффективного спектра, так и от здоровых испытуемых. В свою очередь, группа пациентов с расстройствами аффективного спектра не так существенно (на уровне тенденции) отличается от группы здоровых людей. Это обстоятельство отражает бóльшую сохранность способности к ментализации у больных тревожными и депрессивными расстройствами, относящихся к аффективному спектру психической патологии.

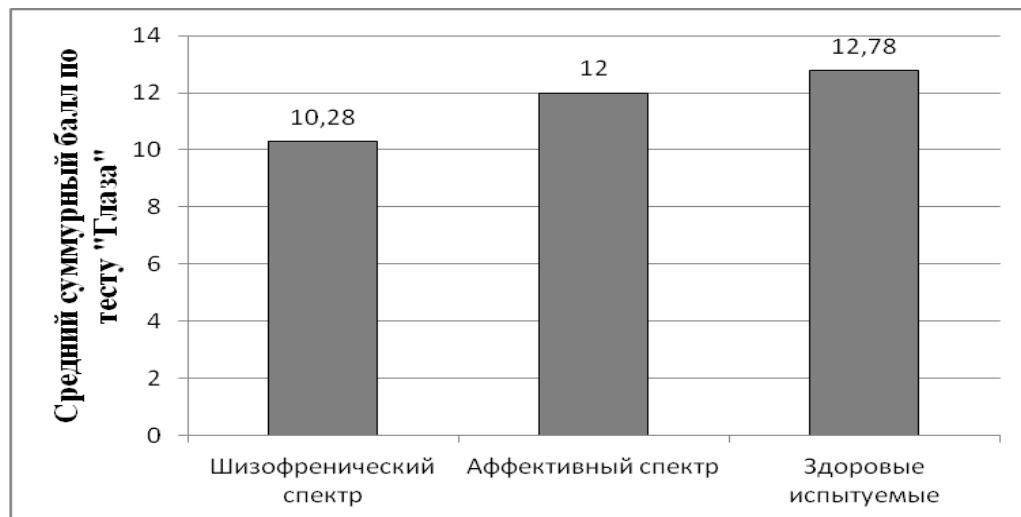


Рис. 1. Средний балл по тесту «Глаза» в группах больных с расстройствами шизофренического спектра, аффективного спектра и здоровых испытуемых

Примечание. Значимость различий между группами (U-критерий Манна-Уитни): здоровые и больные с расстройствами аффективного спектра – $p\leq 0,1$; здоровые и больные с расстройствами шизофренического спектра – $p\leq 0,001$; больные с расстройствами аффективного и с расстройствами шизофренического спектров – $p\leq 0,001$.

Полученные результаты исследования социального познания в форме способности к ментализации подтверждают модель спектра как континуума тяжести нарушений, направленной в сторону снижения от шизофренического спектра к аффективному. Это согласуется с данными зарубежных исследований, свидетельствующих о меньшей выраженности нарушения социального познания при расстройствах, входящих в аффективный спектр, чем при расстройствах шизофренического спектра [12], и об ухудшении способности к ментализации у больных расстройствами аффективного спектра в сравнении со здоровыми лицами [10].

Для исследования способности к эмпатии у больных расстройствами аффективного и шизофренического спектров был проведен сравнительный анализ в трех группах испытуемых. Так как на основе метода двухфакторного анализа ANOVA (2x3) был установлен факт влияния пола на способность к эмпатии (женщины обладают более высокими показателями эмпатической способности, чем мужчины), группа больных расстройствами шизофренического спектра (где по сравнению с другими группами преобладали пациенты мужского пола) была выравнена по полу.

На рис. 2, 3, 4 и 5 представлены графики со средними баллами по подшкалам опросника «Индекс межличностной реактивности» (IRI) в группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, а также здоровых испытуемых.

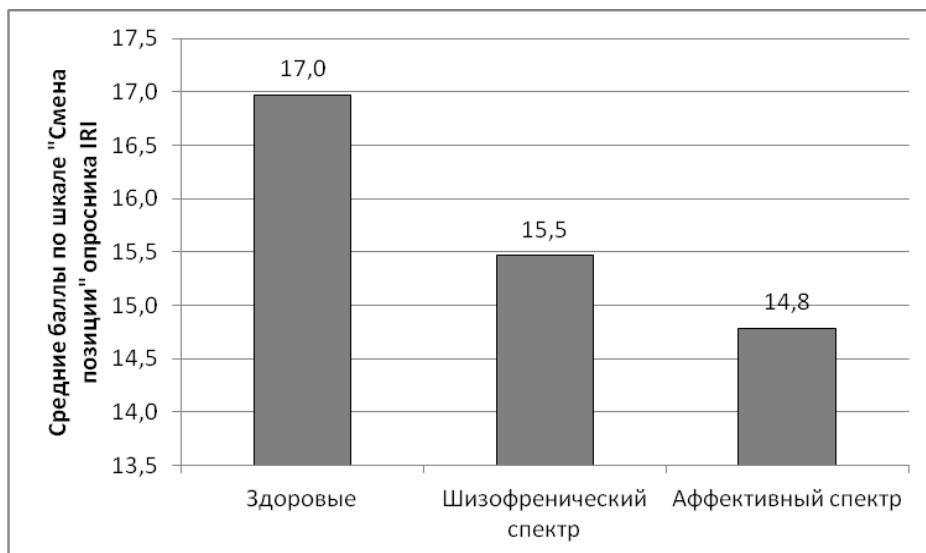


Рис. 2. Средний балл по шкале Смена позиции опросника IRI в группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, а также здоровых испытуемых

Примечание. Статистически значимых различий между группами нет (Н-критерий Краскела–Уоллиса, $p > 0,05$).

На рис. 2 видно, что наибольшие средние значения по шкале Смена позиции имеет группа здоровых испытуемых. Однако статистически значимых различий по показателю способности к смене позиции между группами больных расстройствами шизофренического и аффективного спектров, а также здоровых испытуемых установлено не было, что может быть связано как с малым объемом выборки, так и ограничениями методов самоотчета.

Несмотря на отсутствие статистически достоверных межгрупповых различий, средний балл по шкале Фантазирование опросника IRI в тенденции выше у респондентов с расстройствами аффективного спектра, чем у респондентов с расстройствами шизофренического спектра (рис. 3). Возможным объяснением данного факта может быть наличие у последних социальной ангедонии, отрицательно связанной со способностью понимать действия и чувства других людей, а также ставить себя на их место. Для больных с аффективными расстройствами (биполярное аффективное расстройство, тревожные и депрессивные расстройства) характерна склонность к эмоциональному заражению [5], что может быть причиной сильной идентификации (граничащей с отождествлением и недостаточным пониманием условности художественного текста) с вымышленными персонажами.

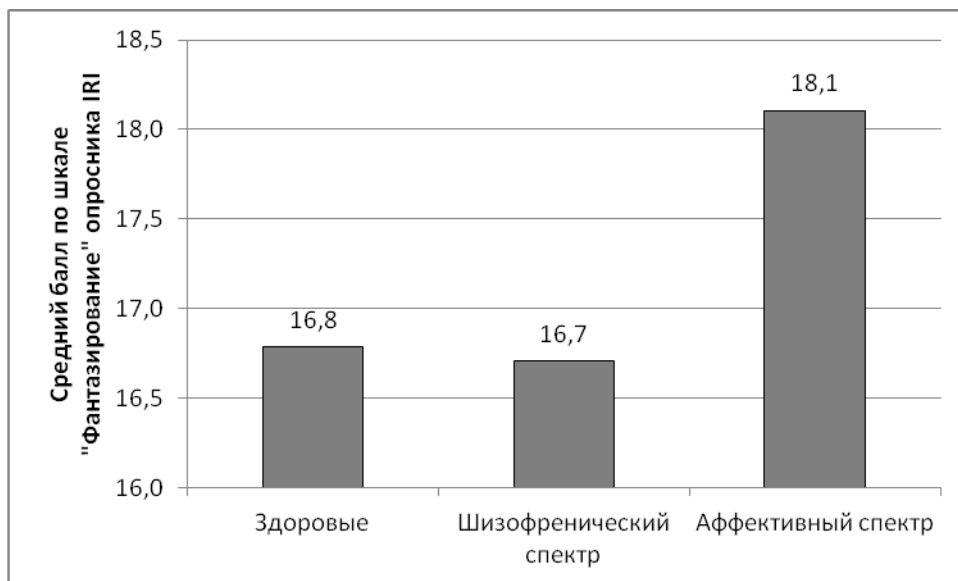


Рис. 3. Средний балл по шкале Фантазирование опросника IRI в группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, а также здоровых испытуемых

Примечание. Статистически значимых различий между группами нет (Н-критерий Краскела-Уоллиса, $p > 0,05$).

На рис. 4 видно, что самооценка спектров способности к эмпатической заботе у лиц с расстройствами шизофренического и аффективного спектров совпадает с

самооценкой здоровых лиц: больные не склонны признавать наличие дефицита данной способности. В то же время склонность пациентов испытывать эмпатический дистресс в эмоционально насыщенных ситуациях позволяет выдвинуть предположение о специфическом соотношении форм эмоциональной эмпатии у больных данных групп: их эмпатийная способность представлена в основном склонностью к примитивному эмоциональному заражению; при этом отмечается дефицит умения понимать чувства окружающих, сопереживать им. Данное предположение нуждается в дополнительной проверке на расширенной выборке испытуемых с применением объективных методов оценки эмпатических способностей.

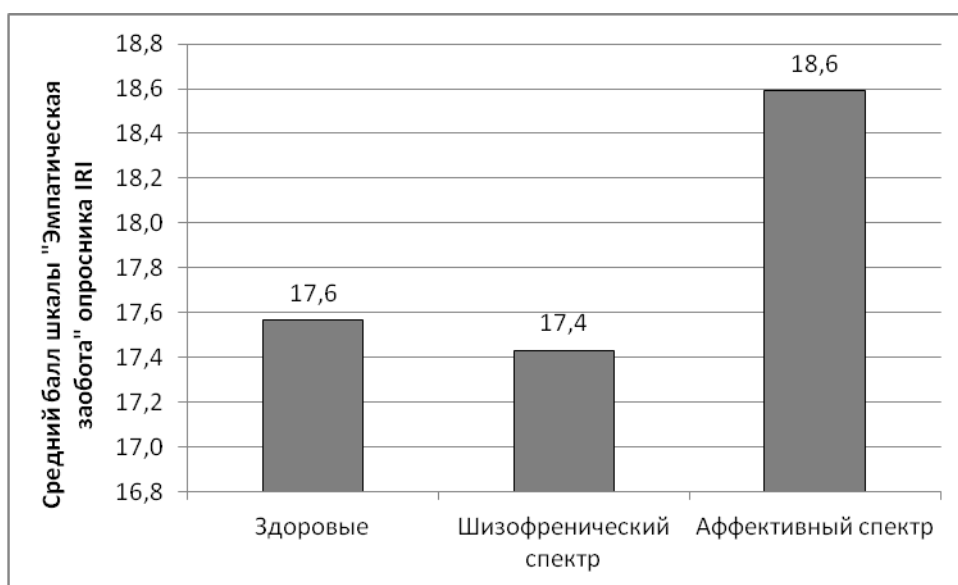


Рис. 4. Средний балл по шкале Эмпатическая забота опросника IRI в группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров и здоровых испытуемых

Примечание. Статистически значимых различий между группами нет (Н-критерий Краскела-Уоллиса, $p > 0,05$).

Рис. 5 содержит графическую информацию о средних значениях по шкале Эмпатический дистресс опросника IRI в группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров и здоровых испытуемых. На рисунке видно, что здоровые испытуемые в меньшей степени склонны к переживанию эмпатического дистресса в эмоционально-насыщенных ситуациях, чем люди с расстройствами аффективного и шизофренического спектров. Между группами больных расстройствами шизофренического и аффективного спектров статистически значимых различий нет, однако средний балл по шкале Эмпатический дистресс выше в группе больных аффективными расстройствами, что может быть связано с преобладанием в клинической картине данных расстройств аффективных симптомов.

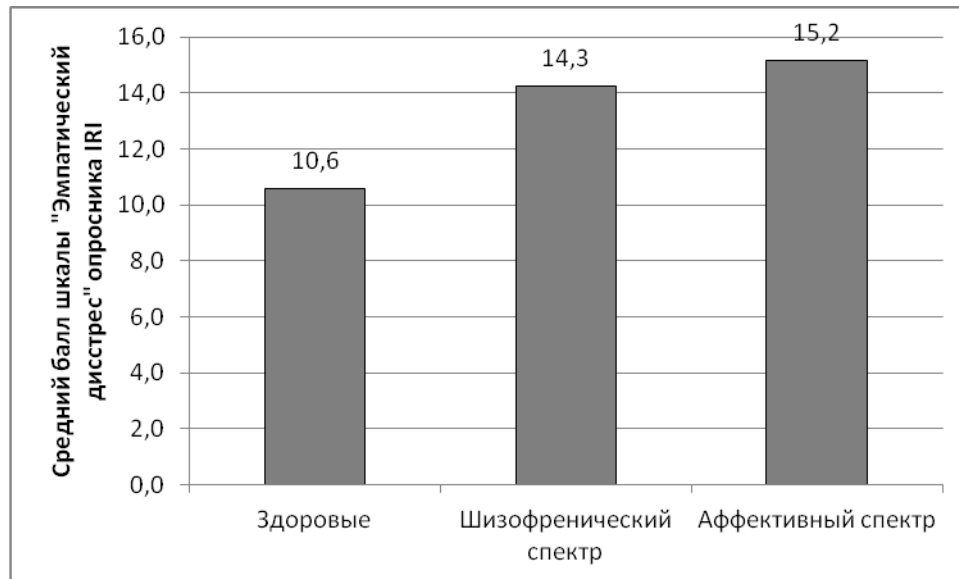


Рис. 5. Средний балл по шкале Эмпатический дистресс опросника IRI в объединенных группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров и здоровых испытуемых

Примечание. Значимость различий между группами (U-критерий Манна-Уитни): здоровые и больные с расстройствами аффективного спектра – $p \leq 0,001$; здоровые и больные с расстройствами шизофренического спектра – $p \leq 0,001$; больные с расстройствами аффективного и с расстройствами шизофренического спектров – $p > 0,05$.

Впервые проведенное исследование разных компонентов эмпатических способностей у разных категорий больных на основе самооценочного опросника показывает, что практически все больные склонны высоко оценивать свои способности к смене позиции, к взгляду на ситуацию глазами другого человека, а также к сопереживанию другим. Необходимо отметить, что данные сравнительного анализа эмпатии получены при помощи самоотчетов пациентов и отражают субъективную оценку больными своих способностей, по всей видимости, со склонностью к их завышению. При этом недостаточная надежность оценки эмпатических способностей при использовании опросниковых методов (пациенты заметно недооценивают имеющиеся у них нарушения эмпатической способности) показана и зарубежными исследователями [11].

Таким образом, показатели способности к ментализации у больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, полученные по методике «Распознавание психического состояния по глазам», образуют континуум, в котором способность к ментализации повышается от больных расстройствами шизофренического спектра к больным расстройствами аффективного спектра и далее к здоровым испытуемым. При этом проведенный в рамках другого исследования дифференцированный анализ способности к ментализации с учетом диагностических категорий, входящих в спектры патологии, показал, что способность к ментализации повышается в ряду от больных шизофренией к

больным с шизоаффективным расстройством и биполярным расстройством и далее к объединенной группе тревожных и депрессивных расстройств, показатели которых уже значимо не отличаются от группы здоровых лиц [4]. Это служит косвенным доказательством широко дискутируемой в современной научной литературе модели спектрального континуума психических расстройств.

Результаты анализа показателей эмпатических способностей у больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, полученных на основе опросника «Индекс межличностной реактивности» М. Дэвиса, свидетельствуют о неадекватной самооценке больными своей способности к смене позиции и проявлению эмпатической заботы. В тоже время у них присутствует более высокий уровень эмпатического дистресса по сравнению с группой здоровых лиц. Это позволяет выделить специфические «мишени» психотерапевтической работы в рамках комплексного лечения людей с расстройствами шизофренического и аффективного спектров.

Финансирование:

Исследование выполнено при поддержке гранта Российского научного фонда (грант № 14-18-03461) на базе ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Литература

1. *Карягина Т.Д., Будаговская Н.А., Дубровская С.В.* Адаптация многофакторного опросника эмпатии М. Дэвиса // *Консультативная психология и психотерапия.* 2013. № 1. С. 202–227.
2. Сравнение способности к ментализации у больных шизофренией и шизоаффективным психозом на основе методики «Понимание психического состояния по глазам» / *А.Б. Холмогорова [и др.] // Экспериментальная психология.* 2015. Т. 8. № 3. С. 99–117.
3. *Холмогорова А.Б.* Природа нарушений социального познания при психической патологии: как примирить «био» и «социо»? // *Консультативная психология и психотерапия.* 2014. № 4. С. 8–29.
4. *Холмогорова А.Б., Москачева М.А., Царенко Д.М.* Нарушения социального познания в контексте двух спектров психической патологии: шизофренического и аффективного // *На стыке двух спектров: нарушения социального познания при биполярном и шизоаффективном расстройствах.* Монография / Под ред. А.Б. Холмогоровой. М.: Неолит, 2016. С. 163–196.
5. *Юдеева Т.Ю., Царенко Д.М., Довженко Т.В.* Нарушения социального познания и социальной адаптации у пациентов с биполярным аффективным расстройством // *Консультативная психология и психотерапия.* 2014. Т. 22. № 4. С. 44–64.

6. *Amodio D.M., Frith C.D.* Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition // *Nat Rev Neurosci.* 2006. Vol. 7. № 4. P. 268–277.
7. *Anthony C.R., James L.R., Leah H.R., et al.* Emotion recognition deficits in schizophrenia-spectrum disorders and psychotic bipolar disorder: Findings from the bipolar-schizophrenia network on intermediate phenotypes (B-SNIP) // *Study Schizophr Res.* 2014. Vol. 158. Iss. 1–3. P. 105–112.
8. *Baron-Cohen S., Wheelwright S., Hill J., et al.* The “Reading the Mind in the Eyes” Test Revised Version: A study with normal adults, and adults with Asperger Syndrome or high-functioning autism // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2001. Vol. 42. № 2. P. 241–251.
9. *Derogatis L.R., Rickels K., Rock A.F.* The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale // *Br J Psychiatry.* 1976. Vol. 128. P. 280–289.
10. *Donohoe G., Duignan A., Hargreaves A.* Social cognition in bipolar disorder versus schizophrenia: Comparability in mental state decoding deficits // *Bipolar Disord.* 2012. Vol. 14. № 7. P. 743–748.
11. *Bora E., Gökçen S., Veznedaroglu B.* Empathic abilities in people with schizophrenia // *Psychiatry Res.* 2008. Vol. 160. P. 23–29.
12. *Bora E., Pantelis C.* Social cognition in schizophrenia in comparison to bipolar disorder: A meta-analysis // *Schizophr Res.* 2016. Vol. 175. Iss. 1–3. doi: 10.1016/j.schres.2016.04.018.
13. *Burns J.* The social brain hypothesis of schizophrenia // *World psychiatry.* 2006. Vol. 5. № 2. P. 77–81.
14. *Kanske P., et al.* Are strong empathizers better mentalizers? Evidence for independence and interaction between the routes of social cognition // *Social Cognitive and Affective Neuroscience.* 2016. Vol. 0. № 0. P. 1–10.
15. *Karlsson R., Kermott A.* Reflective functioning during the process in brief psychotherapies // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.* 2006. Vol. 43. № 1. P. 65–84.
16. *Lahera G., et al.* Theory of mind deficit in bipolar disorder: is it related to a previous history of psychotic symptoms? // *Psychiatry Res.* 2008. № 161. P. 309–317.
17. *Zigmond A.S., Snaith R.P.* The Hospital Anxiety and Depression Scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1983. Vol. 67. № 6. P. 361–370.

The Social Cognition Impairments of People with Schizophrenia and Affective Spectrum Disorders

Kholmogorova, A.B.,

Doctor of Psychology, Professor, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky; Dean of the Faculty Advisory and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, kholmogorova@yandex.ru

Tsarenko, D.M.,

PhD. (Medicine), Senior Researcher, Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia, dropship@rambler.ru

Moskacheva, M.A.,

Junior Researcher, Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia, moskacheva.m@gmail.com

Funding

This work was supported by grant RSF № 14-18-03461 on the basis of the Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry.

References

1. Karyagina T.D., Budagovskaya N.A., Dubrovskaya S.V. Adaptatsiya mnogofaktornogo oprosnika empatii M. Devisa [Adaptation Devis multifactorial questionnaire of empathy]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and psychotherapy]*, 2013, no. 1, pp. 202–227.
2. Kholmogorova A.B., et al. Svrnenie sposobnosti k mentalizatsii u bol'nykh shizofreniei i shizoaffektivnym psikhozom na osnove metodiki «Ponimanie psikhicheskogo sostoyaniya po glazam» [Comparison of the ability to mentalization in patients with schizophrenia and schizoaffective psychosis based on the methodology "Reading the mind in the Eyes"]. *Ekspertimental'naya psikhologiya [Experimental psychology]*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 99–117.

3. Kholmogorova A.B. Priroda narushenii sotsial'nogo poznaniya pri psikhicheskoi patologii: kak primirit' «bio» i «sotsio»? [The nature of social cognition disorders with mental disorders: how to reconcile the "bio" and "socio"?]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and psychotherapy]*, 2014, no. 4, pp. 8–29.

4. Kholmogorova A.B., Moskacheva M.A., Tsarenko D.M. Narusheniya sotsial'nogo poznaniya v kontekste dvukh spektrov psikhicheskoi patologii: shizofrenicheskogo i affektivnogo [Violations of social cognition in the context of the two spectra of mental pathology: schizophrenia and affective]. In A.B. Kholmogorova (ed.) *Na styke dvukh spektrov: narusheniya sotsial'nogo poznaniya pri bipolyarnom i shizoaffektivnom rasstroistvakh [At the junction of two spectra: impaired social cognition in bipolar and schizoaffective disorders]*. Moscow: Neolit, 2016, pp. 163–196.

5. Yudeeva T.Yu., Tsarenko D.M., Dovzhenko T.V. Narusheniya sotsial'nogo poznaniya i sotsial'noi adaptatsii u patsientov s bipolyarnym affektivnym rasstroistvom [Violations of social cognition and social adaptation in patients with bipolar disorder]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. [Counseling Psychology and psychotherapy]*, 2014, vol. 22, no. 4, pp. 44–64.

6. Amodio D.M., Frith C.D. Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition. *Nat Rev Neurosci*, 2006, vol. 7, no. 4, pp. 268–277.

7. Anthony C.R., James L.R., Leah H.R. et al. Emotion recognition deficits in schizophrenia-spectrum disorders and psychotic bipolar disorder: Findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). *Study Schizophr Res*, 2014, vol. 158, iss. 1–3, pp. 105–112.

8. Baron-Cohen S., et al. The “Reading the Mind in the Eyes” Test Revised Version: A study with normal adults, and adults with Asperger Syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001, vol. 42, no. 2, pp. 241–251.

9. Derogatis L.R., Rickels K., Rock A.F. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry*, 1976, vol. 128, pp. 280–289.

10. Donohoe G., Duignan A., Hargreaves A. Social cognition in bipolar disorder versus schizophrenia: comparability in mental state decoding deficits. *Bipolar Disord*, 2012, vol. 14, no. 7, pp. 743–748.

11. Bora E., Gökçen S., Veznedaroglu B. Empathic abilities in people with schizophrenia. *Psychiatry Res*, 2008, vol. 160, pp. 23–29.

12. Bora E, Pantelis C. Social cognition in schizophrenia in comparison to bipolar disorder: A meta-analysis. *Schizophr Res*, 2016, vol. 175, iss. 1–3. doi: 10.1016/j.schres.2016.04.018.

13. Burns J. The social brain hypothesis of schizophrenia. *World Psychiatry*, 2006, vol. 5, no. 2, pp. 77–81.

14. Kanske P. et al. Are strong empathizers better mentalizers? Evidence for independence and interaction between the routes of social cognition. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2016, vol. 0, no. 0, pp. 1–10.

15. Karlsson R., Kermott A. Reflective functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2006, vol. 43, no. 1, pp. 65–84.

16. Lahera G., et al. Theory of mind deficit in bipolar disorder: is it related to a previous history of psychotic symptoms? *Psychiatry Res*, 2008, no. 161, pp. 309–317.
Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, vol. 67, no. 6, pp. 361–370.

17. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, vol. 67, no. 6, pp. 361–370.

Возможности психологической реабилитации пациентов с первичными лимфедемами

Куртанова Ю.Е.,

кандидат психологических наук, доцент, кафедра специальной психологии и реабилитологии, факультет клинической и специальной психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Россия, Москва, ulia.kurtanova@yandex.ru

В статье описываются результаты десятилетней работы автора по психологической реабилитации детей с первичными лимфедемами. Проанализированы основные психологические трудности детей и подростков с первичными лимфедемами, связанные с эмоциональными переживаниями относительно своего внешнего вида, что приводит к сложностям их социальной адаптации. В статье обозначены направления психологической реабилитации: коррекция личностной сферы, адаптация ребенка в условиях болезни (формирование адекватного отношения к заболеванию, привыкание к особенностям жизнедеятельности при лимфедеме, снижение эмоциональных переживаний по поводу наличия хронического заболевания, повышение мотивации лечения, социальная адаптация, работа с родителями). Обсуждаются основные формы взаимного сотрудничества психолога, лечащих врачей и медицинских сестер в целях осуществления комплексного подхода в реабилитации детей с лимфедемами. В статье отражены примеры из психологической практики автора по работе с детьми с первичными лимфедемами.

Ключевые слова: первичная лимфедема, эмоциональные переживания, социальная адаптация, психологическая реабилитация.

Для цитаты:

Куртанова Ю.Е. Возможности психологической реабилитации пациентов с первичными лимфедемами [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 118–127. doi: 10.17759/psyclin.2016050409

For citation:

Kurtanova, Ju.E. The Possibilities of Psychological Rehabilitation of Patients with Primary Lymphedema [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia], 2016, vol. 5, no. 4, pp. 118–127. doi: 10.17759/psycljn.2016050409 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Наличие хронического заболевания у ребенка влияет на развитие его личности, у него формируется своеобразное отношение к своей болезни. Актуальность психологической работы с детьми с хроническими заболеваниями определяется задачами комплексной реабилитации данной категории детей. Статья посвящена особенностям психологической реабилитации детей с первичными лимфедемами. Лимфедема – это заболевание, при котором происходит скопление лимфы в тканях, приводящее к их отеку и увеличению размеров пораженного органа. Наиболее часто поражаются нижние и верхние конечности. Первичные лимфедемы имеют врожденную этиологию. Таким образом, лимфедема – заболевание, которое внешне выражено и видно окружающим.

Особенности работы с детьми с первичными лимфедемами не описаны в психологической литературе, хотя в медицинской литературе указывается значимость комплексной реабилитации таких детей [4]. В источниках, посвященных проблеме реабилитации пациентов, страдающих лимфедемами, в целом описаны трудности, с которыми сталкиваются больные данной группы [3]. Эти трудности имеют бытовой характер, например, проблемы при одевании (если повреждена рука), необходимость бинтования пораженных конечностей или ношения компрессионной одежды. Психологические трудности часто вызваны непривлекательным видом конечностей, что влечет за собой эмоциональные переживания и социальные барьеры. В литературе отмечается значимость внимательного отношения к проблемам пациентов с интенсивными эмоциональными переживаниями. Описаны роль и алгоритмы психологического наблюдения пациентов с лимфостазом даже после выписки из стационара [5].

На основании длительного практического опыта психологической работы с детьми, страдающими лимфедемами, а также диссертационного исследования, в котором изучались личностные особенности этой категории детей [1], можно выделить несколько направлений их психологической реабилитации.

1. Коррекция личностной сферы

В связи с тем, что лимфедема – заболевание, имеющее внешнюю телесную отнесенность, оно видно окружающим. Поэтому у детей (особенно в подростковом возрасте) часто возникают трудности в самопринятии, в том числе принятии своего физического Я. Подростки переживают из-за своей внешности, от них можно услышать: «Я ненавижу свою больную ногу». При этом психологу необходимо работать над формированием целостного Я-образа ребенка и коррекцией его самооценки, применяя методы телесной психотерапии, арт-терапии.

2. Адаптация ребенка в условиях болезни

А. Формирование адекватного отношения к заболеванию. Ребенка необходимо научить воспринимать болезнь не как дефект и отклонение от нормы, а как некоторую физическую особенность, с которой ему предстоит научиться жить.

Важно научить ребенка справляться с болезнью, контролировать ее проявления, сделать так, чтобы болезнь не мешала его полноценной жизни. Для этого необходимо акцентировать внимание детей на тех аспектах жизнедеятельности, которые для них доступны, несмотря на наличие заболевания (например, творческая или интеллектуальная деятельность).

Б. Привыкание к особенностям жизнедеятельности при лимфедеме. Так как лимфедема – заболевание хроническое, важно, чтобы ребенок знал об особенностях течения своей болезни, научился жить с теми предписаниями, которые он должен соблюдать. Если соблюдение определенных правил, которые вносит заболевание в жизнь ребенка, станет для него привычным, ему будет проще смириться с ограничениями, которые приносит недуг.

Пациентка 17 лет с первичной лимфедемой нижней конечности сказала, что ежедневные процедуры (бинтование, ношение компрессионной одежды, расположение ног на возвышенность на некоторое время) встроены в ее режим дня так естественно, как чистка зубов и прием пищи. Это является примером успешной адаптации к особенностям имеющегося заболевания.

В. Снижение эмоциональных переживаний по поводу наличия хронического заболевания. Бывает, что дети остро переживают наличие у них заболевания, нередко доходя до депрессивного состояния. Задача психолога – дать возможность отреагировать те негативные эмоции (страх, гнев), которые накопились у ребенка. Ребенок может эти эмоции нарисовать, проговорить, показать, иначе – открыть. Для смягчения эмоциональных переживаний, связанных с болезнью, также важно адекватное отношение к заболеванию ребенка со стороны ближайшего окружения. Если родители не проявляют к ребенку исключительного отношения и относятся к нему как к здоровому, то у ребенка будет отмечаться меньше эмоциональных переживаний по поводу наличия заболевания. То же самое можно сказать и о реакции более широкого социального окружения. Если ребенок постоянно сталкивается с тем, что люди вокруг эмоционально реагируют при виде его нестандартной внешности, то он сам начинает эмоционально относиться к своим физическим особенностям. В связи с этим важной задачей в работе психолога является работа с родителями в целях формирования адекватного отношения к личности больного ребенка и к его заболеванию.

Г. Повышение мотивации лечения. В подростковом возрасте у детей с лимфедемами зачастую снижается мотивация лечения. Психологу необходимо акцентировать внимание ребенка на положительных эффектах лечения. Врачи делают замеры объема больных конечностей до и после курса лечения. Психологическая грамотность врачей в данном случае заключается не просто в замерах объема конечностей, а в демонстрации результатов замеров самим детям. При этом ребенок может наглядно увидеть и оценить положительные изменения в процессе лечения, что значительно повышает его мотивацию к лечению.

Пациент Д. с первичной лимфедемой правой верхней конечности, 15 лет. Поступил запрос от лечащего врача на работу с психологом в целях повышения мотивации лечения. Пациент

отказывался носить компрессионный нарукавник. Психологическая работа с пациентом началась с выявления значимых для него областей жизнедеятельности. Выяснилось, что наиболее значимыми для него аспектами жизни являются друзья, семья, школа и здоровье. Задача следующего этапа заключалась в выяснении того что, по мнению пациента, способно изменить к лучшему состояние его здоровья, если эта область жизнедеятельности так важна для него. Д. сказал, что для поддержания его физического состояния важны таблетки, лимфодренаж, массаж. По его мнению, компрессионный нарукавник имел второстепенное значение в лечении. Пациенту было объяснено, что никакой из видов медицинской помощи в отдельности не может быть эффективным. Что в лечении лимфедем важен комплексный подход, который должен включать и массаж, и лимфодренаж, и ношение компрессионного нарукавника. Только одновременным воздействием комплекса процедур можно достигнуть успеха в лечении. На следующий день после проведенной с психологом беседы пациент Д. подошел к лечащему врачу и попросил заказать ему компрессионный нарукавник.

3. Социальная адаптация

А. Расширение коммуникативных возможностей. В психологическом исследовании детей с лимфедемами было выявлено, что круг общения таких детей широк, но поверхностен [1]. Общаться им легче с детьми, у которых есть такие же проблемы со здоровьем, как и у них. Это происходит чаще всего вследствие внутреннего ощущения своей отличности от здоровых сверстников.

Пациент А. с первичной лимфедемой левой нижней конечности, 14 лет. Рассказал психологу, как он был удивлен отношением своей подруги к его заболеванию. Оказалось, что когда он рассказал ей о том, что у него лимфедема, она ему сказала, что ей все равно, болен он или нет, что она будет его любить, независимо от того, есть у него заболевание или нет. Ему такой ответ показался странным. Он ожидал от нее большего внимания к его состоянию здоровья, а она своим ответом просто нивелировала его проблему, связанную с болезнью, что его очень смутило. По-видимому, он нуждался именно во внимании, заботе, особом бережном отношении, а она воспринимала его как здорового человека.

Задача психолога в работе с детьми с лимфедемами – проводить групповые занятия в целях развития навыков общения. В идеале хорошо было бы создавать смешанные группы, в которые входили бы и здоровые дети, и дети с разными нозологическими формами. На групповых занятиях важно формировать у детей расширенные формы социализации.

Б. Профессиональная ориентация. Социальная адаптация подростков с лимфедемами обязательно должна включать раннюю профориентацию с учетом интересов, способностей и физических возможностей ребенка. Профориентация подростков с лимфедемами должна носить психотерапевтический характер и осуществляться с целью профилактики депрессивного состояния, связанного с невозможностью самореализации в будущем из-за наличия заболевания.

Пациент П. с первичной лимфедемой правых (верхней и нижней) конечностей, 15 лет. Приехал на лечение в очень тяжелом состоянии после 9 лет отсутствия медицинских вмешательств по поводу основного заболевания. Правая рука и нога были заметно увеличены в размерах. Самой большой трудностью в психологической работе стало изменение установок пациента относительно его будущей профессиональной деятельности. Пациент хотел стать трактористом, как его старший брат. Лечащий врач объяснил, что профессиональная деятельность, связанная с нагрузкой на ноги при сильном треморе, который постоянно

присутствует в тракторах, пациенту противопоказана. Пациент не хотел углубляться в анализ других возможностей самореализации. Только совместными усилиями (психолога, врача и родителей) удалось переориентировать подростка на иной вид деятельности, не связанный с постоянными физическими нагрузками.

Вопросы профессиональной ориентации должны решаться совместно: подростком, его родителями, психологом и лечащим врачом.

4. Работа с родителями

Характер восприятия родителями заболевания ребенка является основным фактором, который формирует отношение детей к собственной болезни. До девятилетнего возраста дети практически полностью копируют отношение близких взрослых к своему заболеванию. Чем более спокойно родители относятся к заболеванию ребенка и чем более активно они ориентированы на лечение и продуктивное и доверительное взаимодействие с лечащим врачом, тем более адекватное отношение к своему заболеванию отмечается и у ребенка. Важно, чтобы психолог обучал родителей грамотному информированию ребенка о течении заболевания, об ограничениях, о тех путях и возможностях, которые ребенок может использовать для стабилизации своего состояния, о том образе жизни, который необходимо вести при наличии лимфедемы.

Итак, работа психолога играет значительную роль в процессе реабилитации детей с лимфедемами. Но она не может осуществляться изолировано без сотрудничества с близким окружением ребенка и с медицинским персоналом, которые ведут его лечение.

Нахождение в стационаре всегда связано с нервно-психическим напряжением в силу различных причин: ребенок попадает в незнакомое место, где приходится общаться с незнакомыми людьми, где непривычный распорядок дня, обязательное посещение болезненных процедур. Многие дети воспринимают попадание в стационар как наказание за плохое поведение. Нахождение в больнице – это всегда изоляция от привычного социального окружения, это ограничения в физической активности, в привычном питании. Дети зачастую не до конца осознают значимость пребывания в стационаре, поэтому возникают различного рода трудности в адаптации к больничным условиям. В связи с этим в стационаре детям необходимо создавать психологически комфортные условия, по возможности смягчать негативные последствия болезненных медицинских воздействий, не допускать возникновения внутрибольничных конфликтов, а если они присутствуют, надо стараться их нивелировать или снижать их интенсивность. В этом психологу могут помогать постовые медицинские сестры. Они могут знакомить детей с условиями стационара (распорядком дня, расположением палат и кабинетов) и коллективом (врачами, другими пациентами). Все это в значительной степени способствует скорейшей адаптации в условиях медицинского учреждения.

Психолог, в свою очередь, может помочь медицинским сестрам, осуществляющим болезненные медицинские процедуры и манипуляции, наладить

контакт с ребенком, позитивно настроить его перед процедурой (например, с применением игровых методов), чтобы психологическое отражение физической боли было менее травмирующим. Важно, чтобы у ребенка не сформировался страх перед медицинскими манипуляциями, который негативно влияет на процесс адаптации к условиям стационара и на эмоциональное состояние в целом.

Психолог должен работать и с самим медицинским персоналом с целью снижения эмоционального напряжения на работе, профилактики эмоционального выгорания, решения конфликтных ситуаций. От этой работы зависят эмоциональное состояние медицинского персонала и, соответственно, общая эмоциональная среда клинического отделения.

При работе с детьми с лимфедемами психологу необходимо знать об особенностях соматического состояния каждого пациента, с которым он проводит коррекционную работу. Психический и соматический статусы пациентов взаимосвязаны. Поэтому важна работа психолога с лечащими врачами для обмена информацией о психологическом и соматическом состоянии детей, находящихся на лечении.

60% детей информацию о своем заболевании получают от врачей и от медицинского персонала тех учреждений, где проводится их лечение [1]. От того, как врач преподнесет ребенку информацию о его болезни, во многом зависит внутренняя картина болезни ребенка. Следовательно, при коррекционной работе с детьми, страдающими соматическими заболеваниями, психолог должен помогать лечащим врачам формировать адекватную внутреннюю картину болезни ребенка.

Психолог выявляет особенности внутренней картины болезни, описывает ее уровни и предоставляет эту информацию лечащему врачу с указанием рекомендаций, которым необходимо следовать при взаимодействии с ребенком. Примером такой работы может служить конспект, отраженный в табл. 1.

Таблица 1

Уровни внутренней картины болезни пациентки с первичной лимфедемой

Уровни	Характеристика
Сензитивный	Не испытывает неприятных interoцептивных ощущений вследствие болезни
Интеллектуальный	Знания о заболевании поверхностные и искаженные
Эмоциональный	С болезнью связывает чувства тревоги и страха, переживает, как заболевание скажется на будущем
Мотивационный	Мотивационная структура не изменена, отмечается высокий уровень мотивации лечения, ребенок готов соблюдать требования и ограничения, связанные с болезнью

В данном примере рекомендации врачам будут следующие: ребенок нуждается в беседе с лечащим врачом с целью разъяснения природы, особенностей течения и последствий заболевания (изменении искаженных представлений), ориентирования на достижение положительных результатов с помощью лечения, а также снижения чувства страха и тревоги перед заболеванием.

Влияние медицинского персонала на формирование внутренней картины болезни особенно значительно, когда речь идет о детях, страдающих редкими соматическими заболеваниями, такими как лимфедемы. Дети с редкими заболеваниями и их родители оказываются зависимы от мнения и замечаний лечащего врача, который зачастую является единственным специалистом, ведущим лечение. От отношения этого врача к больным напрямую зависит отношение родителей и детей к заболеванию, их активность в процессе лечения и выздоровлении. В подростковом возрасте лечащие врачи становятся для детей с лимфедемами референтными фигурами, когда авторитет родителей, напротив, ослабевает. Таким образом, при работе с данной категорией детей лечащий врач может стать активным помощником в их психологическом восстановлении.

Еще одной задачей психолога становится работа с медицинским персоналом по предотвращению иатрогенных заболеваний. Иатрогенная – это изменения состояния здоровья пациента к худшему, вызванные неосторожным действием или словом врача. Работа психолога заключается в их профилактике и коррекции. Необходима непосредственная работа психолога с лечащими врачами, направленная на обучение корректному преподнесению информации о заболевании каждому ребенку с учетом его возрастных и индивидуальных особенностей. Психологу необходимо объяснить врачам, каким образом должен строиться их диалог с пациентами. Еще в начале лечения врач должен рассказать ребенку в доступной форме о том, что происходит в его организме, какие процедуры будут ему назначены и с какой целью, каких результатов можно достигнуть. Врачам необходимо призывать ребенка содействовать процессу лечения. Ребенок при этом должен чувствовать себя активным участником лечебного процесса, что способствует большому осознанию и целенаправленности в деле выздоровления. Также важно говорить с ребенком о том, что он чувствует и переживает по поводу лечения, а в некоторых случаях развеивать его неадекватные представления о заболевании. Результатом совместной работы психолога, врача, ребенка и его семьи должны стать психологическая проработка факта болезни, исключение установок на болезнь как на ключевой фактор, определяющий социальную ситуацию развития, а также социальная адаптация ребенка и членов его семьи [2].

Литература

1. Куртанова Ю.Е. Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями: диссертация ... канд. психол. наук. М., 2004. 151 с.

Куртанова Ю.Е. Возможности психологической реабилитации пациентов с первичными лимфедемами
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 4. С. 118–127.

*Kurtanova, Ju.E. The Possibilities of Psychological Rehabilitation of Patients with Primary Lymphedema
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 4, pp. 118–127.*

2. Куртанова Ю.Е. Работа психолога с медицинским персоналом в детской соматической клинике // Человек в пространстве болезни: гуманитарные методы исследования медицины: сборник научных статей / под ред. Е.А. Андриянова. Саратов: Наука, 2009. С. 246–248.

3. Лильин Е.Т., Доскин В.А. Детская реабилитология. Изд. 3-е. М.: Литтерра, 2011. 640 с.

4. Макарова В.С. Методики консервативного лечения и реабилитации лимфедем у детей // Современные технологии реабилитации в педиатрии / под ред. Е.Т. Лильина. М.: ОДИ international, 2000. С. 137–158.

5. Brennan M.J., De Pompolo R.W., Garden F.H. Postmastectomy lymphedema // Archives of physical medicine and rehabilitation. 1996. Vol. 77. № 1. P. 74–80.

The Possibilities of Psychological Rehabilitation of Patients with Primary Lymphedema

Kurtanova, Ju.E.,

PhD. (Psychology), Associate professor, Department of Clinical and Special Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, ulia.kurtanova@yandex.ru

The article reflects the results of a decade of work by the author on psychological rehabilitation of children with primary lymphedema. The article analyzes the main psychological difficulties of children and adolescents with primary lymphedema related to emotional experiences of patients regarding their appearance, which leads to difficulties in their social adaptation. The article outlines the direction of psychological rehabilitation: correction of the personal sphere, adaptation of the child in terms of disease (the formation of an adequate attitude to the disease, getting used to the peculiarities of life with lymphedema, decrease in emotional distress about the presence of chronic disease, increasing of motivation for treatment), social adaptation, work with parents. In the second part of the article outlines the main forms of mutual cooperation of psychologists, physicians and nurses to implement a comprehensive approach in rehabilitation of children with lymphedema. This article presents examples from psychological practice carried out by the author during work with children with primary lymphedema.

Keywords: primary lymphedema, emotional distress, social adaptation, psychological rehabilitation.

References

1. Kurtanova Yu.E. Lichnostnye osobennosti detei s razlichnymi hronicheskimi somaticheskimi zabolevaniyami: Avtoref. dis. kand. psihol. nauk [Personality traits of children with various chronic somatic diseases: Dissertation. PhD (Psychology) thesis. Moscow, 2004. 151 p.
2. Kurtanova Yu.E. Rabota psihologa s meditsinskim personalom v detskoj somaticheskoi klinike [The work of the psychologist with the medical staff at children's somatic clinic] in E.A. Andriyanova (ed.) *Chelovek v prostranstve bolezni: gumanitarniye metodi issledovaniya*

Куртанова Ю.Е. Возможности психологической реабилитации пациентов с первичными лимфедемами
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 4. С. 118–127.

*Kurtanova, Ju.E. The Possibilities of Psychological Rehabilitation of Patients with Primary Lymphedema
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 4, pp. 118–127.*

meditsini [Man in the space of illness: humanitarian methods of research medicine]. Saratov, 2009, pp. 246–248.

3. Lilyin E.T., Doskin V.A. Detskaia reabilitologia [Children's rehabilitation]. Moscow, 1999. 307 p.

4. Makarova V.S. Metodiki konservativnogo lecheniya i reabilitacii limfedem u detei [Methods of conservative treatment and rehabilitation lymphedema] in E.T. Lil'ina (ed.) *Sovremennye tehnologii reabilitacii v pediatrii [Modern technologies of rehabilitation in Pediatrics]*. Moscow, 2000, pp. 137–158.

5. Brennan M.J., De Pompolo R.W., Garden F.H. Postmastectomy lymphedema. *Arch. Phys. Med. Rehabil*, 1996, vol. 77, no. 1, pp. 74–80.

Русскоязычная версия методики «Опросник поведения дошкольников»

Казанцева О.А.,

кандидат психологических наук, доцент, кафедра психологии образования, институт психологии и педагогики, Алтайский государственный педагогический университет, Барнаул, Россия, helgakaz@mail.ru

Сычев О.А.,

кандидат психологических наук, научный сотрудник, Алтайский государственный гуманитарно-педагогический университет им. В.М. Шукшина, Бийск, Россия, osp1@mail.ru

Тютерева Т.А.,

магистрант, институт психологии и педагогики, Алтайский государственный педагогический университет, Барнаул, Россия, tanu17.85@mail.ru.

В статье представлены результаты разработки сокращенной русскоязычной версии методики «Опросник поведения дошкольников» Л. Бехар. В результате отбора заданий из оригинальной версии был составлен опросник для воспитателей и родителей, включающий 15 пунктов, кратко описывающих распространенные эмоционально-поведенческие проблемы дошкольников. Апробация предложенной версии проводилась на выборке из 480 детей 3–6 лет, каждого из которых оценивали воспитатель и мать. Результаты конфирматорного факторного анализа подтвердили трехфакторную структуру опросника, включающую коррелирующие факторы агрессивности, тревожности и гиперактивности. Методика показала хорошие показатели внутренней согласованности (альфа Кронбаха 0,71–0,85). Получены предварительные данные в пользу внешней валидности шкал агрессивности и гиперактивности, валидность шкалы тревожности подтвердить не удалось. Приводятся меры центральной тенденции и процентильные нормы для оценки результатов диагностики по шкалам. Результаты исследования позволяют сделать вывод о возможности использования методики для экспресс-диагностики эмоционально-поведенческих проблем дошкольников, несмотря на тот факт, что валидность шкалы тревожности требует дополнительных исследований.

Ключевые слова: агрессивность, тревожность, гиперактивность, поведение, дошкольники, диагностика.

Для цитаты:

Казанцева О.А., Сычев О.А., Тютерева Т.А. Русскоязычная версия методики «Опросник поведения дошкольников» [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 128–142. doi: 10.17759/psyclin.2016050410

For citation:

Kazantseva, O.A., Sychev, O.A., Tutereva, T.A. Approbation of Russian Version of the Preschool Behavior Questionnaire [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiii], 2016, vol. 5, no. 4, pp. 128–142. doi: 10.17759/psycljn.2016050410 (In Russ., abstr. in Engl.)

Совершенствование работы по психологическому сопровождению развития детей дошкольного возраста и оказанию им своевременной помощи требует в первую очередь разработки экономичных, надежных и валидных методик диагностики психологических проблем. К сожалению, арсенал методик для диагностики эмоциональных и поведенческих проблем у детей дошкольного возраста нельзя назвать обширным, хотя в последние годы появляются новые диагностические инструменты, восполняющие имеющиеся пробелы.

К числу недавних разработок в этой области относится шкала эмоционального неблагополучия и атипичного поведения дошкольников, предложенная А.М. Казьминым с соавторами [4]. Данная методика представляет собой опросник для воспитателей и родителей, состоящий из 25 утверждений и позволяющий провести оценку поведения ребенка дошкольного возраста по пяти шкалам: Неконтактность, Тревога, Депрессия, Деадаптивное поведение, Гиперактивность/расторможенность. Данных о валидности этой методики пока недостаточно, однако это неудивительно ввиду того, что непросто найти достаточно надежные внешние критерии для предложенных шкал. Несомненным достоинством этой методики является ориентация на типичные нарушения в эмоциональной и поведенческой сферах в сочетании с краткостью и экономичностью, что делает возможным ее применение в скрининговых целях.

Для углубленного исследования и решения частных задач разрабатываются методики, направленные на диагностику отдельных проблем в эмоциональной сфере и в поведении ребенка. Примером подобного подхода к разработке инструментария является методика диагностики агрессивных проявлений в дошкольном возрасте, предложенная Т.Б. Беневольской [1]. Нередко для диагностики эмоциональных проблем дошкольников применяются проективные методики: Тест тревожности Р. Тэммл, М. Дорки и В. Амен, Детский апперцептивный тест, «Рисунок несуществующего животного» и т.п. Несмотря на их популярность, практическое использование таких методик сопряжено с некоторыми трудностями:

некоторые из этих методик требуют сложного стимульного материала, другие – сложны в интерпретации и трудоемки, многие из них недостаточно надежны.

В зарубежной психологии имеется немало методик для оценки эмоционально-поведенческих проблем у детей дошкольного возраста. Одним из примеров тщательно обоснованной методики диагностики эмоционально-поведенческих проблем у детей 3–6 лет является «Опросник поведения дошкольников» Л. Бехар [7; 8]. Он был разработан на основе опросника о поведении детей М. Раттера, предназначенного для оценки поведенческих проблем у младших школьников. Методика Л. Бехар состоит из 36 пунктов, кратко описывающих различные проявления проблемного поведения, по каждому из которых взрослый (родитель или воспитатель) должен вынести оценку по трехбалльной шкале, характеризующей частоту таких проявлений. С помощью факторного анализа подтверждается четкая факторная структура методики, включающая факторы враждебно-агрессивного, тревожно-боязливое и гиперактивно-импульсивного типов поведения. По данным Л. Бехар, шкалы, входящие в опросник, характеризуются высокой надежностью и хорошими показателями валидности. Методика Л. Бехар представляется нам одной из наиболее удачных разработок ввиду тщательно продуманной и обоснованной структуры, а также отличных психометрических характеристик. К числу недостатков можно отнести объем методики, затрудняющий ее применение в целях экспресс-диагностики и скрининга.

Задачами данного исследования стали: разработка сокращенной русскоязычной версии методики Л. Бехар, анализ ее факторной структуры, оценка внутренней согласованности и валидности методики и получение статистических норм.

Процедура и методы исследования

Для решения поставленных задач в первую очередь был выполнен перевод опросника Л. Бехар на русский язык высококвалифицированным психологом, хорошо владеющим английским языком. В ходе модификации оригинальной методики были отобраны 5 пунктов из каждой шкалы, имеющих, по данным Л. Бехар, самые высокие показатели дискриминативности, валидности и согласованности с другими заданиями шкалы, при этом не дублирующие друг друга по смыслу. Полученный в результате текст методики состоял из 15 утверждений, кратко описывающих одно из проявлений соответствующих поведенческих проблем (см. приложение). Задачей воспитателя или родителя становится оценка частоты данного поведения посредством выбора одного из наиболее подходящих вариантов ответа: «никогда» (0 баллов), «иногда» (1 балл) или «часто» (2 балла). Если описанное в утверждении поведение у ребенка не наблюдается, то в соответствии с инструкцией (см. приложение) ответ не отмечается в бланке и при обработке оценивается в 0 баллов.

Сокращенная версия методики, так же как и оригинальная, включает три шкалы. Первая направлена на оценку *враждебно-агрессивного поведения* ребенка.

Высокие показатели по этой шкале говорят о таких поведенческих проблемах ребенка, как агрессивность, конфликтность, неумение ладить со сверстниками и недостаточное дружелюбие, недостаток уважения к взрослым. Вторая шкала предназначена для оценки *тревожно-боязливое поведения*. Высокие показатели по шкале свидетельствуют о наличии повышенной боязливости, тревожности, плаксивости, сниженном эмоциональном фоне. Третья шкала оценивает *гиперактивное и импульсивное поведение*. Высокие оценки по этой шкале отражают чрезмерную двигательную активность, импульсивность, трудности в поддержании внимания.

В ходе исследования валидности опросника поведения дошкольников использовался комплекс соответствующих **методов и методик**. Для анализа валидности шкалы агрессивности проводилось аналитическое наблюдение за поведением детей, в ходе которого оценивалось поведение каждого ребенка по тем же пяти поведенческим показателям, которые используются в сокращенной шкале агрессивности методики Л. Бехар. Для анализа валидности шкалы тревожности использовался Тест тревожности (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен) [2]. Данная методика представляет собой проективный тест тревожности, однако надежность методики является удовлетворительной (на нашей выборке коэффициент альфа Кронбаха составил 0,60), что позволяет использовать ее результаты в качестве внешнего критерия для валидации.

При исследовании валидности шкалы гиперактивности (отражающей типичные проявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности – СДВГ) за основу было положено, что основные симптомы СДВГ связаны с нарушением внимания и импульсивностью. В этих симптомах проявляется недостаточная сформированность произвольной регуляции в когнитивной и поведенческой сферах. По этой причине в качестве одного из внешних критериев валидности использовалась продуктивность произвольного внимания, измеренная с помощью методики «Шифровка» (субтест № 11 теста Векслера) [5]. Для оценки произвольной регуляции двигательных реакций и моторного поведения использовалась «Конфликтная проба» («Кулак-палец») Л.С. Цветковой [6]. В этой экспериментальной пробе оцениваются произвольная регуляция сложных движений, умение подавлять импульсивные реакции и подчинять речевой инструкции свои действия в ситуации конфликта непосредственного восприятия стимула и его условного значения. Диагностика произвольной регуляции речевого поведения и способности подавлять импульсивные речевые реакции проводилась с помощью методики «Да и нет» Н.И. Гуткиной [3]. Таким образом, с помощью этих методик была получена оценка сформированности произвольной регуляции в трех сферах: когнитивной, двигательной и речевой. Последние три методики проводились психологами дошкольных образовательных учреждений по просьбе авторов данного исследования, а также в рамках их плановой работы.

Выборку составили 480 детей дошкольного возраста (из них 248 мальчиков и 232 девочки), которые оценивались по шкалам предложенной методики их

воспитателями в детском саду и матерями. Возраст детей составил от 3 до 6 лет ($M=4,74$, $SD=0,97$): большинство детей были в возрасте 5 лет (36%), несколько меньше – в возрасте 4 лет (27%) и 6 лет (25%). Опрос проводился в 16 дошкольных образовательных учреждениях г. Барнаула (53% выборки), г. Бийска (27%) и двух сельских (Бийского и Зонального) районов Алтайского края (20%). В ходе опроса матерью заполнялась также анонимная анкета, направленная на сбор общих сведений о социально-демографических характеристиках семьи и о некоторых особенностях развития ребенка, в частности, состоял ли ребенок на учете у невропатолога в возрасте до 3 лет.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программ IBM SPSS 21 и Mplus 7.2. В ходе статистического анализа использовался конфирматорный факторный анализ, позволяющий проверять гипотезы о наличии латентных факторов и отношениях между ними, а также корреляционный и сравнительный анализ с помощью критериев различий.

Результаты и их обсуждение

Оценка надежности шкал по внутренней согласованности с помощью коэффициентов альфа Кронбаха показала, что надежность является удовлетворительной при оценке поведения ребенка как воспитателем, так и матерью. Полученные значения коэффициентов вместе со средними коэффициентами корреляции между заданиями приведены в табл. 1. Наибольшую надежность показала шкала гиперактивности, что отражает, с одной стороны, ее однородность, а с другой, вероятно, является следствием заметности, очевидности симптомов такой проблемы. Наименьшие (но вполне достаточные) коэффициенты надежности получены для шкалы тревожности, что может говорить не только о меньшей однородности шкалы, но и о том, что разные проявления тревожно-депрессивных состояний у дошкольника, по всей видимости, привлекают к себе меньше внимания со стороны взрослых.

Таблица 1

Показатели надежности шкал опросника поведения дошкольников (N=480)

Шкала	По оценкам воспитателя		По оценкам матери	
	Надежность (α -Кронбаха)	Средняя корреляция	Надежность (α -Кронбаха)	Средняя корреляция
Агрессивность	0,78	0,42	0,75	0,39
Тревожность	0,75	0,38	0,71	0,35
Гиперактивность	0,85	0,55	0,84	0,52

Для анализа факторной структуры методики был выполнен конфирматорный факторный анализ с применением метода взвешенных наименьших квадратов с

использованием матрицы полихорических корреляций (WLSMV), допускающего использование категориальных переменных. Эксплораторный факторный анализ не проводился ввиду того, что шкалы с тремя вариантами ответа, применявшиеся в заданиях, следует рассматривать как категориальные, а не количественные. В ходе конфирматорного факторного анализа проверялась основная гипотеза о наличии в структуре методики трех коррелирующих факторов, соответствующих шкалам, и две альтернативные гипотезы: об однофакторной структуре методики, а также о наличии трех ортогональных (независимых факторов). Все модели оценивались отдельно на выборках воспитателей и матерей. Результаты оценки моделей приведены в табл. 2.

Таблица 2

Результаты конфирматорного факторного анализа

Модель	Хи-квадрат	df	RMSEA	90% ДИ для RMSEA	CFI	TLI
<i>По оценкам воспитателя</i>						
1. Три коррелирующих фактора	248,084	87	0,062	0,053–0,071	0,963	0,956
2. Три ортогональных фактора	1173,837	90	0,158	0,150–0,166	0,754	0,713
3. Один общий фактор	1224,256	90	0,162	0,154–0,170	0,743	0,700
<i>По оценкам матери</i>						
1. Три коррелирующих фактора	356,706	87	0,080	0,072–0,089	0,925	0,910
2. Три ортогональных фактора	1698,520	90	0,193	0,185–0,201	0,553	0,479
3. Один общий фактор	720,320	90	0,121	0,113–0,129	0,825	0,796

Из представленных в табл. 2 результатов следует, что и для оценок воспитателя и для оценок матери наиболее адекватной моделью из рассмотренных является модель с тремя коррелирующими факторами¹. Можно отметить также, что показатели соответствия этой модели данным выше на выборке воспитателей, чем на выборке матерей. Этот факт, вероятно, объясняется тем, что воспитатель дает профессиональную, а потому более дифференцированную оценку, основанную на сравнении поведения данного ребенка с поведением других детей, в то время как материнская оценка является менее объективной.

¹ При оценке показателей согласованности модели использовались следующие критерии: значения сравнительного индекса согласия (CFI) и индекса согласия Такера-Льюиса (TLI) не менее 0,90 и значение среднеквадратической ошибки аппроксимации RMSEA менее 0,08 свидетельствуют о приемлемом соответствии модели. О хорошем соответствии говорят значения CFI и TLI от 0,95 и RMSEA менее 0,05 [9; 10].

Модель с тремя коррелирующими факторами, соответствующими шкалам опросника, в наглядной форме отражена на рис. 1. Довольно высокую корреляцию (0,74-0,75) в обеих моделях показывают шкалы гиперактивности и агрессивности. Подобная связь между данными факторами подтверждается результатами множества исследований, обзор которых представлен в работе С. Хиншоу [11]. Корреляции факторов гиперактивности и агрессивности с фактором тревожности довольно существенно различаются по величине в выборке матерей и воспитателей. Очевидно, что в восприятии воспитателей проявления тревожности являются относительно самостоятельными и показывают лишь относительно слабую связь с агрессивностью и гиперактивностью. При этом в восприятии матерей проявления тревожности существенно связаны с агрессивностью и гиперактивностью. Иными словами, восприятие этих проблем воспитателем является более дифференцированным, чем у матерей, возможно, вследствие разной значимости этих проблем в его профессиональной деятельности: агрессивность и гиперактивность детей привлекает больше внимания воспитателя ввиду необходимости немедленного реагирования на подобное поведение.

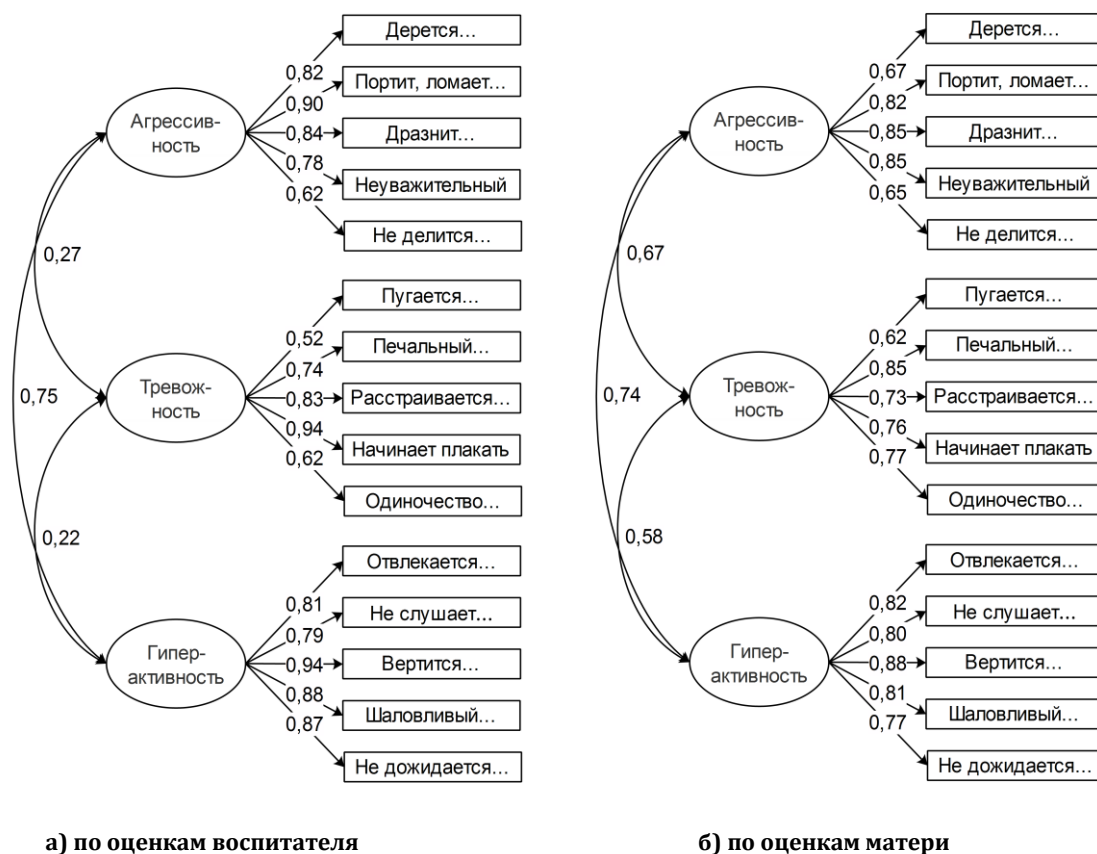


Рис. 1. Факторная модель методики по оценкам воспитателя и матери (показатели соответствия см. в табл. 2)

Примечание. Задания приведены в том же порядке, что и на бланке (см. приложение), содержание заданий кратко охарактеризовано в подписях переменных на рисунке. Все приведенные коэффициенты стандартизованы и статистически значимы при $p \leq 0,01$.

В контексте вопроса о достоверности результатов оценки с помощью предложенной методики существенный интерес представляют корреляции оценок воспитателей и матерей. Оценки, полученные от воспитателя и матери, характеризуют проявления особенностей ребенка в довольно разных ситуациях и отношениях, так что их не стоит рассматривать как непосредственные показатели надежности. Тем не менее разумно предполагать наличие связи между оценками матерей и воспитателей. Коэффициенты корреляции (здесь и далее использовался коэффициент корреляции Спирмена) между этими оценками оказались умеренными при их высокой статистической значимости (см. табл. 3). Величина коэффициентов корреляции свидетельствует о довольно умеренном сходстве восприятия поведения ребенка матерями и воспитателями. Некоторые расхождения в оценке поведения детей могут объясняться различными факторами: разным отношением к ребенку, наличием профессионального опыта у воспитателя в отличие от матери, различием ситуаций, в которых воспитатель и мать могут наблюдать поведение ребенка, различиями в поведении ребенка в семье и в детском саду и другими. Учитывая наличие множества подобных факторов, полученные умеренные значения коэффициентов корреляции можно признать вполне удовлетворительными.

Таблица 3

Коэффициенты корреляции и сравнения оценок поведения дошкольников, полученных от воспитателей и матерей (N=480)

Шкала	Корреляция между оценками матери и воспитателя	Среднее (воспитатель)	Среднее (мать)	Критерий Вилкоксона
Агрессивность	0,39**	1,25	1,52	17536,5*
Тревожность	0,31**	1,63	2,01	21936,0**
Гиперактивность	0,47**	1,68	2,26	17959,5**
Общий показатель	0,45**	4,56	5,79	30160,5**

Примечание. * – уровень значимости $p \leq 0,01$; ** – уровень значимости $p \leq 0,001$.

Принимая во внимание умеренную степень сходства оценок воспитателей и матерей, можно предположить, что между ними существуют не только индивидуальные, но и систематические групповые различия. Сравнение оценок, полученных от воспитателей и матерей, с помощью критерия Вилкоксона для зависимых выборок свидетельствует о том, что по всем трем шкалам и общему показателю матери дают более высокие оценки, отражающие большее число или выраженность проблем (см. табл. 3).

Анализ валидности шкалы агрессивности путем сопоставления результатов, полученных от воспитателя, и результатов аналитического наблюдения свидетельствует о наличии умеренной, но достоверной связи между ними ($r=0,42$; $p \leq 0,01$; $N=47$). Корреляция результатов аналитического наблюдения и оценок

матери оказалась еще выше ($r=0,52$; $p\leq 0,01$; $N=47$). Эти факты позволяют сделать вывод о приемлемой валидности шкалы агрессивности.

Анализ связи шкалы Тревожности с Тестом тревожности Р. Тэмпл, М. Дорки и В. Амен свидетельствует об отсутствии статистически значимых корреляций (с оценками воспитателя $r=0,04$; $N=53$; с оценками матери $r=0,006$; $N=53$). Следовательно, полученные результаты не подтверждают валидности шкалы тревожности. Причиной этого может быть сложность и неоднозначность поведенческих проявлений субъективных переживаний тревоги у дошкольника, а также недостаточное внимание взрослых к подобным проявлениям. Валидность данной шкалы, по нашему мнению, требует более тщательных исследований.

Для шкалы гиперактивности были вычислены ее корреляции с показателями по методикам «Шифровка», «Да и нет» и «Кулак–палец». Коэффициенты корреляции оценок воспитателя с этими методиками лежали в пределах $0,18-0,23$ (по модулю) и не показывали статистической значимости ($N=50$). Однако для оценок матери были получены статистически значимые корреляции с оценками по методике «Кулак–палец» ($r=0,36$; $p\leq 0,05$; $N=50$) и методике «Да и нет» ($r=0,35$; $p\leq 0,05$; $N=50$). Коэффициент корреляции с оценками по методике «Шифровка», равный $-0,24$, ввиду небольшого объема выборки не показал статистической значимости. Поскольку в методиках «Да и нет» и «Кулак–палец» количественные оценки отражают число ошибок в выполнении заданий, связанных с недостаточными произвольностью и импульсивностью, то полученные корреляции следует рассматривать как подтверждение валидности шкалы гиперактивности по отношению к нарушениям произвольной регуляции. Тот факт, что не удалось получить данных о связи этой шкалы с нарушениями внимания, можно объяснить меньшей доступностью для наблюдения симптомов нарушения внимания в сравнении с проявлениями импульсивности.

О валидности предложенных шкал также свидетельствует тот факт, что дети, состоявшие на учете у невропатолога в возрасте до 3 лет (по данным из анкет матерей таковых было 91 из 480), в среднем имели более высокие оценки по шкалам. С помощью критерия Манна–Уитни было показано, что по оценкам воспитателей эти дети более склонны к агрессивному ($U=13910,5$; $p\leq 0,05$) и гиперактивному поведению ($U=13283$; $p\leq 0,01$), а также имели более высокий показатель по суммарной шкале ($U=13515$; $p\leq 0,01$). По оценкам матерей статистически значимо поведение таких детей отличается только более выраженной гиперактивностью ($U=12921$; $p\leq 0,01$), при этом их оценки по общей шкале были значимо выше ($U=13161$; $p\leq 0,01$). Между детьми, состоявшими и не состоявшими на учете у невропатолога, не обнаружилось значимых различий только по шкале тревожности.

Статистическое распределение данных по всем шкалам существенно отклоняется от нормального, значения критерия Шапиро–Уилка находятся в пределах $0,71-0,88$ (все значимы при $p\leq 0,001$). Высокие положительные значения коэффициента асимметрии свидетельствуют о значительном преобладании низких значений по шкалам (0-2) и относительной редкости больших оценок (см. табл. 4).

Таблица 4

Описательная статистика по шкалам опросника поведения дошкольников

Шкала	Среднее	Стандартное отклонение	Минимальное значение	Максимальное значение	Асимметрия	Экссесс
<i>Оценки воспитателя</i>						
Агрессия	1,25	1,83	0	9	2,00	4,21
Тревожность	1,63	1,96	0	10	1,67	3,11
Гиперактивность	1,68	2,49	0	10	1,85	2,92
Общий показатель	4,56	4,61	0	26	1,62	2,71
<i>Оценки матери</i>						
Агрессия	1,52	1,79	0	10	1,42	2,01
Тревожность	2,01	1,95	0	10	1,03	0,54
Гиперактивность	2,26	2,63	0	10	1,28	0,83
Общий показатель	5,79	5,21	0	30	1,25	1,41

Результаты анализа данных о различиях в оценке детей разного возраста с помощью критерия Краскела–Уоллиса свидетельствуют об отсутствии зависимости оценок от возраста детей, так что процентильные нормы приводятся в таблице 5 без учета возраста.

Таблица 5

Процентильные нормы по шкалам опросника поведения дошкольников

Шкала	50-й процентиль (низкий уровень)	75-й процентиль (умеренный уровень)	95-й процентиль (высокий уровень)
<i>Оценки воспитателя</i>			
Агрессия	1	2	5
Тревожность	1	2	6
Гиперактивность	1	2	7
Общий показатель	3	6	14
<i>Оценки матери</i>			
Агрессия	1	2	5
Тревожность	2	3	6
Гиперактивность	1	4	8
Общий показатель	4	8	17

Показатели по шкалам, не превышающие указанные в табл. 5 процентильные значения, следует интерпретировать как соответствующий уровень. Значения, превышающие 95-й процентиль, можно интерпретировать как очень высокий уровень. Учитывая относительную редкость последней категории можно ограничиться делением на три группы по граничным значениям, соответствующим 50-му и 75-му процентилям, интерпретируя все показатели выше 75-го процентиля как повышенный уровень соответствующих эмоционально-поведенческих проблем.

Выводы

В результате проведенного исследования была предложена сокращенная русскоязычная версия опросника поведения дошкольников Л. Бехар. С помощью конфирматорного факторного анализа доказана трехфакторная структура методики, включающая коррелирующие факторы агрессивности, тревожности и гиперактивности. Коэффициенты внутренней согласованности шкал, лежащие в пределах 0,71–0,85, свидетельствуют о хорошей надежности методики. Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод о валидности шкал агрессивности и гиперактивности, в то время как получить подтверждение валидности шкалы тревожности не удалось. Причины сложностей в доказательстве валидности шкалы тревожности могут быть связаны с тем, что внешние проявления тревожности дошкольника не привлекают к себе достаточного внимания взрослых. По нашему мнению, для получения более обоснованных выводов относительно валидности данной шкалы необходимы дальнейшие исследования. Приведенные процентильные нормы дают возможность получения обоснованных оценок выраженности различных эмоционально-поведенческих проблем дошкольников.

Благодарности

Авторы выражают признательность комитетам по образованию Администраций гг. Барнаула, Бийска, Бийского и Зонального районов Алтайского края за помощь в организации исследования, а также администрации и психологам МБОУ ДОУ № 264 «Маленькая страна» г. Барнаула за содействие в сборе данных.

Литература

1. Беневольская Т.Б. Диагностика агрессивных проявлений в старшем дошкольном возрасте // Психологическая наука и образование. 2007. № 1. С. 49–59.
2. Головей Л.А., Рыбалко Е.Ф. Практикум по возрастной психологии. СПб.: Речь, 2003. 694 с.
3. Гуткина Н.И. Диагностическая программа по определению психологической готовности детей 6-7 лет к школьному обучению. М: Изд-во МГППУ, 2002. 68 с.

4. Казьмин А.М., Коновко Н.А., Сальникова О.Г., Тупицина Е.К., Федина Е.В. Шкала эмоционального неблагополучия и атипичного поведения дошкольников [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2014. Том 3. № 3. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n3/Kazmin_et_al_1.shtml (дата обращения: 18.09.2016)
5. Филимоненко Ю.И. Руководство к методике исследования интеллекта у детей Д. Векслера (WISC). СПб: ГП «ИМАТОН», 1994. 94 с.
6. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. М: Педагогическое общество России, 2002. 96 с.
7. Behar L.B., Stringfield S. Manual for the Preschool Behavior Questionnaire. United States of America, Durham: US Department of Health, Education & Welfare, National Institute of Education, 1974. 16 p.
8. Behar L.B. The preschool behavior questionnaire // Journal of Abnormal Child Psychology. 1977. Vol. 5. № 3. P. 265–275. doi: 10.1007/BF00913697.
9. Brown T.A. Confirmatory factor analysis for applied research: Methodology in the social sciences. New York: Guilford Press, 2006. 475 p.
10. Browne M.W., Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit / K.A. Bollen, J.S. Long (Eds.) // Testing structural equation models. Beverly Hills, CA: Sage, 1993. P. 136–162.
11. Hinshaw S.P. On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology // Psychological Bulletin. 1987. Vol. 101. № 3. P. 443–463. doi: 10.1037/0033-2909.101.3.443.

Приложение

Методика «Опросник поведения дошкольников»

Обведите соответствующий вариант: **пол ребенка:** М Ж **возраст:** 3 4 5 6

Инструкция: ниже приводится ряд описаний поведения дошкольников. Выберите <i>только те утверждения, которые подходят этому ребенку</i> . Поставьте галочку в столбике, который соответствует частоте соответствующего поведения. Те утверждения, которые не подходят этому ребенку <i>отмечать не нужно</i> .	Иногда	Часто
1. Дерется с другими детьми		
2. Портит, ломает свои или чужие вещи, игрушки		
3. Дразнит или обижает других детей		
4. Невнимательный к другим людям, неуважительный		

5. Не делится игрушками с другими детьми		
6. Пугается новых вещей и новых ситуаций		
7. Выглядит печальным, несчастным, напуганным или напряженным		
8. Легко расстраивается и огорчается		
9. Легко начинает плакать		
10. Предпочитает играть в одиночестве		
11. Плохо поддерживает внимание, легко отвлекается		
12. Складывается впечатление, что он не слушает обращенную к нему речь		
13. Постоянно бегают, вертится и не может усидеть спокойно		
14. Шаловливый и неугомонный		
15. С трудом дожидается своей очереди		

Ключ. Шкала Агрессивности – задания 1–5, шкала Тревожности – 6–10, шкала Гиперактивности – задания 11–15. За ответ «иногда» присваивается 1 балл, за ответ «часто» – 2 балла, при отсутствии ответа – 0 баллов.

Approbation of Russian Version of the Preschool Behavior Questionnaire

Kazantseva, O.A.,

PhD. (Psychology), Associate Professor, Educational Psychology Chair, Institute of Psychology and Pedagogy, Altai State Pedagogical University, Barnaul, Russia, deti@alregn.ru

Sychev, O.A.,

PhD. (Psychology), Associate Researcher, Shukshin Altai State Humanities Pedagogical University, Biysk, Russia, osn1@mail.ru

Tutereva, T.A.,

MSc student, Institute of Psychology and Pedagogy, Altai State Pedagogical University, Barnaul, Russia, tanu17.85@mail.ru

The article presents the results of elaboration of revised Russian version of the Preschool Behavior Questionnaire by L. Behar. Was drawn up a questionnaire for teachers and parents, as a result of task selection. This version includes 15 items which describe common emotional and behavioral problems of preschool children. Approbation of this version was realized in the sample of 480 children of the age of 3-6 years old, each of them was assessed by preschool teacher and mother. The results of confirmatory factor analysis confirm three factors structure of questionnaire, which include correlated factors of aggressiveness, anxiety and hyperactivity. The internal consistency of scales is good (Cronbach's alpha are 0.71–0.85). The preliminary data proving validity of the aggressiveness and hyperactivity scales are obtained. The percentile norms for estimation of test results are provided. The obtained results lead us to conclusion that this questionnaire may be used for screening of emotional and behavioral problems in preschool children although validity of anxiety scale needs further research.

Keywords: aggressiveness, anxiety, hyperactivity, behavior, preschool children, diagnostics.

References

1. Benevol'skaja T.B. Diagnostika agressivnyh pojavlenij v starshem doshkol'nom vozraste [Diagnostics of Aggressive Behaviour Patterns in Preschool Children].

Psihologicheskaja nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education], 2007, no. 1, pp. 45–59.

2. Golovej L.A., Rybalko E.F. *Praktikum po vozrastnoj psihologii [Practical work on developmental psychology]*. Saint Peterburg: Rech', 2003. 694 p.

3. Gutkina N.I. *Diagnosticheskaja programma po opredeleniju psihologicheskoy gotovnosti detej 6-7 let k shkol'nomu obucheniju [Diagnostic program for assessment of psychological readiness for school in children of 6-7 years old]*. Moscow: Publ. of MGPPU, 2002. 68 p.

4. Kaz'min A.M., Konovko N.A., Sal'nikova O.G., Tupicina E.K., Fedina E.V. *Shkala jemocional'nogo neblagopoluchija i atipichnogo povedenija doshkol'nikov [Elektronnyi resurs] [The scale of emotional distress and atypical behavior of preschool children]*. *Klinicheskaja i special'naja psihologija [Clinical Psychology and Special Education]*, 2014, vol. 3, no. 3. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n3/Kazmin_et_al_1.shtml (Accessed: 18.09.2016).

5. Filimonenko Ju.I. *Rukovodstvo k metodike issledovanija intellekta u detej D. Vekslera (WISC) [Manual for the scales of children's intelligence by D. Wechsler (WISC)]*. Saint Peterburg: GP "IMATON", 1994. 94 p.

6. Cvetkova L.S. *Metodika nejropsihologicheskoy diagnostiki detej [Methods of neuropsychological assessment of children]*. Moscow: Pedagogicheskoe obshhestvo Rossii, 2002. 96 p.

7. Behar L., Stringfield S. *Manual for the Preschool Behavior Questionnaire*. United States of America, Durham: US Department of Health, Education & Welfare, National Institute of Education, 1974. 16 p.

8. Behar L.B. The preschool behavior questionnaire. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1977, vol. 5, no. 3, pp. 265–275. doi: 10.1007/BF00913697.

9. Brown T.A. *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guilford Press, 2006. 475 p.

10. Browne M.W., Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. In K.A. Bollen, J.S. Long (Eds.) *Testing structural equation models*, Beverly Hills, CA: Sage, 1993, pp. 136–162.

11. Hinshaw S.P. On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, 1987, vol. 101, no. 3, pp. 443–463. doi: 10.1037/0033-2909.101.3.443.

Всероссийская конференция «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн)»

Зверева М.В.,

младший научный сотрудник, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Россия, mareterald@gmail.com

Шведовский Е.Ф.,

аспирант, Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Россия, shved47@gmail.com

29-30 ноября в Москве состоялась Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн)». Организаторами конференции выступили Научный центр психического здоровья и Московский государственный психолого-педагогический университет. В статье представлена информация о проведенных секциях, заседаниях, обсуждениях докладов и других событиях конференции.

Ключевые слова: клиническая психология, медицинская психология, диагностика, С.Я. Рубинштейн.

Для цитаты:

Зверева М.В. Шведовский Е.Ф. Всероссийская конференция «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн)» [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 143–149. doi: 10.17759/psyclin.2016050411

For citation:

Zvereva, M.V., Shvedovskiy, E.F. All-Russian Conference with International Participation "Diagnostics in Medical Psychology: Traditions and Prospects (To the 105th Anniversary of S.Ya. Rubinstein)" [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya], 2016, vol. 5, no. 4. pp. 143–149. doi: 10.17759/psyclin.2016050411 (In Russ., abstr. in Engl.)

В конце ноября состоялась Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн)». Мероприятие проходило в Научном центре психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ) и в Московском государственном психолого-педагогическом университете (ФГБОУ ВО МГППУ). Конференция была посвящена памяти поистине выдающегося клинициста – Сусанны Яковлевны Рубинштейн. Уже во второй раз (первая конференция, посвященная памяти С.Я. Рубинштейн, состоялась в 2011 году) мероприятие стало площадкой для диалога между специалистами, работающими в области медицинской психологии и в смежных дисциплинах (клинические психологи, врачи, дефектологи, социальные педагоги, социальные работники). К началу конференции были выпущены два издания: сборник материалов участников конференции¹ и коллективная монография², содержащая статьи ведущих специалистов в медицинской психологии.

В конференции участвовали специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, Ярославля, Орла, Рязани, Ростова-на-Дону, Сыктывкара, что подтверждает высокий статус мероприятия. Кроме того, в работе конференции приняли участие коллеги из других стран: Польши, Норвегии, Молдовы. Свыше 300 участников зарегистрировались в качестве спикеров и слушателей, среди них большое количество студентов старших курсов и магистрантов.



Фото 1. Открытие конференции. Большой конференц-зал НЦПЗ

Пленарное заседание конференции, прошедшее в первый день, было посвящено памяти Сусанны Яковлевны Рубинштейн. Заслушаны два доклада.

¹ Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн) / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Роциной // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием (Москва, 29-30 ноября 2016 г.) – М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. 391 с. ISBN 978-5-94051-149-7. URL: http://psyjournals.ru/med_psy_theses/issue/med_psy_theses.shtml

² Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Научное издание. Коллективная монография / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Роциной. – М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. 254 с. ISBN 978-5-94051-150-4.

Первый знакомил слушателей с неизвестными страницами научной биографии С.Я. Рубинштейн, связанными с ее работой в Институте судебной психиатрии им. В.П. Сербского и с исследованиями в области психологической экспертизы (Ф.С. Сафуанов). Во втором докладе обсуждалось значение наследия С.Я. Рубинштейн для современной клинической психологии (И.Ф. Рощина, Н.В. Зверева). В выступлениях коллег и учеников прозвучали слова благодарности за неоценимый вклад в развитие экспериментальной патопсихологии и психологии аномального развития, и, конечно, в сферу клинико-психологической диагностики. Все выступающие были едины в оценке С.Я. Рубинштейн как человека, определившего векторы научно-практической работы в указанных направлениях психологической науки. Многие говорили о Сусанне Яковлевне как об изобретательном и пытливом исследователе и чутком к страданиям пациента практике. Стремление помочь, дестигматизировать пациента – одно из качеств, отмечаемых всеми выступающими. Обсуждалось и блестящее мастерство Сусанны Яковлевны в проведении диагностики, в анализе клинических случаев и в обучении молодых специалистов. Участники прониклись теплой атмосферой заседания, переживанием профессионального единства и чувством сплоченности.



Фото 2. Пленарное заседание.
Президиум. Большой конференц-зал
НЦПЗ

Торжественность заседанию придало вручение профессору факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова В.В. Николаевой профессиональной премии в области медицинской психологии «Раненый целитель» за выдающийся вклад в становление отечественной медицинской (клинической) психологии. Премия учреждена сетевым научным журналом «Медицинская психология в России» в 2016 году. Награду вручал главный редактор научных сетевых журналов В.А. Урываев (г. Ярославль).

Минутой молчания участники конференции почтили память члена организационного комитета, декана факультета Клинической и специальной психологии Ю.А. Костенкову, ушедшую за две недели до начала конференции.

Четыре секции конференции были посвящены вопросам соотношения качественной и количественной диагностики в экспериментальной и прикладной

клинической (медицинской) психологии, коррекционных методов в клинической практике и возрастным – от перинатальной психологии до геронтопсихологии – аспектам клинической (медицинской) психологии. Всего были заслушаны и обсуждены свыше 40 докладов ведущих ученых и практиков, работающих в области клинко-психологической диагностики и клинической психологии в целом. Секция «Современные тенденции развития экспериментально-психологических средств диагностики в клинической психологии» была самой многочисленной по количеству докладов и проходила в два заседания. Доклады были посвящены как исследованиям, находящимся на рубежах современной клинической психологии, так и темам, традиционно связанным с наследием Сусанны Яковлевны Рубинштейн (М.В. Алфимова, Н.К. Корсакова с соавторами, И.Ф. Рощина, Н.В. Симашкова и А.А. Коваль-Зайцев, Т.А. Мешкова и др.). Следует отметить и доклады, посвященные возможностям современных технических средств в комплексной работе специалистов по диагностике в области психического здоровья (И.С. Лебедева, С.А. Казымаев и др.). На секции «Методы исследования и коррекции нарушений социального познания в норме и патологии» были представлены доклады по теме работы с аффективными патологиями; а также сообщалось о новых методиках диагностики социальной ангедонии, социального познания и некоторые другие (О.В. Рычкова, А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, О.Д. Пуговкина). Секция «Проблемы диагностики в специальной и клинической психологии» отражала широкий спектр работы специалистов в мультидисциплинарной команде и в возрастном отношении (от рождения до взрослого возраста), и в отношении самого характера рассматриваемых патологий – от тяжелой патологии эндогенного круга и зависимостей до проблем перинатальной психологии (Н.Л. Белопольская, М.Ю. Максименко, И.В. Добряков, А.М. Щербакова, Е.Б. Кукаркина, А.З. Шапиро и др.). В соответствии с традициями, заложенными С.Я. Рубинштейн, состоялась молодежная секция «Молодые ученые: продолжение традиций», а лучшие доклады молодых специалистов были отмечены специальными сертификатами.

Новым форматом мероприятий для конференции стали мастер-классы. В этом году было проведено пять мастер-классов, два из которых прошли на базе ФГБНУ НЦПЗ. На одном из них коллеги из Польши и Норвегии (ведущие М.О. Александрович, Г. Зогловек) продемонстрировали работу с двигательной сферой детей с особыми потребностями по методу В. Шерборн. Социально значимая тема профилактики суицидов поднималась в ходе второго мастер-класса «Спасти от пропасти: профилактика суицидального риска в подростковой среде» (О.И. Ефимова).

Еще три мастер-класса проходили во второй день конференции в МГППУ. Мастер-класс коллеги из Санкт-Петербурга (ведущая Н.Ю. Оганесян), посвященный психомоторной диагностике в танцевально-двигательной психотерапии, был необычным по формату для научной конференции: участники имели возможность попробовать себя в двигательной терапии непосредственно на занятии. Отвечая на вопросы участников мастер-класса, ведущая отметила, что применение метода доступно и для маломобильных групп граждан, что свидетельствует о пластичности диагностических и коррекционных мероприятий.



Фото 3. Мастер класс по двигательной терапии
(Александрович М.О., Зогловек Г.)

Особый интерес вызвал продолжительный (4 часа) мастер-класс «Проективные рисуночные методики, их использование в диагностике и консультировании», ведущей которого была Т.Н. Габай – специалист с сорокалетним стажем работы медицинским психологом в психиатрической клинике. Мастер-класс был насыщен информацией и практическими наработками, все участники могли попробовать себя в качестве испытуемых при выполнении заданий.



Фото 4. Мастер-класс по арт-терапии (Т.Н. Габай)

Еще один мастер-класс был посвящен непосредственно тематике конференции «Патопсихологическая диагностика когнитивной сферы детей и подростков» (ведущие Н.В. Зверева, А.А. Коваль-Зайцев, А.И. Хромов), где участники познакомились с новыми средствами диагностики, нормативными данными, необходимыми для проведения дифференциальной диагностики в психологии аномального развития. Все мастер-классы вызвали резонанс и активное обсуждение среди специалистов. В обратной связи от участников эта новая форма работы была поддержана.

Зверева М.В. Шведовский Е.Ф. Всероссийская конференция «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн)»
Клиническая и специальная психология
2016. Том 5. № 4. С. 143–149.

Zvereva, M.V., Shvedovskiy, E.F. All-Russian Conference with International Participation “Diagnostics in Medical Psychology: Traditions and Prospects (To the 105th Anniversary of S.Ya. Rubinstein)”
Clinical Psychology and Special Education
2016, vol. 5, no. 4, pp. 143–149.

В ходе работы конференции были проинтервьюированы медицинские психологи и психиатры, работающие в общем направлении сохранения психического здоровья. Большинство специалистов (В.В. Николаева, А.Ш. Тхостов, Э.С. Мандрусова, С.Н. Ениколопов, В.А. Урываев) говорили о необходимости сохранения качественного анализа как уникальной особенности отечественной клинической психологии, восходящей к работам Б.В. Зейгарник и С.Я. Рубинштейн, а также о необходимости разумного использования количественного анализа и зарубежных средств диагностики. Было неоднократно отмечено, что существенное значение имеет интеграция теоретического знания и практических потребностей, в том числе и практических технологий работы. Практическая клиническая психология дает основу для новых теоретических обобщений, и эта связь должна быть двусторонней. Интервью врачей-психиатров (Л.Я. Висневская, Ю.С. Шевченко, И.В. Добряков) касались необходимости осуществления тесной интеграции узкоспециального знания (медицинского и психологического) и создания и поддержания общей культурной основы для успешной работы в области психического здоровья человека.

Заключительный круглый стол ставил перед собой задачу освещения вопросов подготовки кадров в данной области, а также консолидации клиничко-психологического сообщества. Выступили заведующие кафедрами ведущих институтов и университетов Москвы, Санкт-Петербурга, Ярославля, Ростова-на-Дону и Сыктывкара, где готовят клинических психологов.



Фото 5. Круглый стол. Завершение конференции. МГППУ

Состоялась оживленная дискуссия по ключевым вопросам подготовки медицинских (клинических) психологов: содержание образовательных программ, место классического университета и медицинских вузов в подготовке клинических психологов. Были подведены итоги и принята резолюция конференции, озвучивались и обсуждались перспективы дальнейших конференций соответствующей тематики.

Зверева М.В. Шведовский Е.Ф. Всероссийская конференция «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн)» Клиническая и специальная психология 2016. Том 5. № 4. С. 143–149.

Zvereva, M.V., Shvedovskiy, E.F. All-Russian Conference with International Participation "Diagnostics in Medical Psychology: Traditions and Prospects (To the 105th Anniversary of S.Ya. Rubinstein)" Clinical Psychology and Special Education 2016, vol. 5, no. 4, pp. 143–149.

All-Russian Conference with International Participation “Diagnostics in Medical Psychology: Traditions and Prospects (To the 105th Anniversary of S.Ya. Rubinstein)”

Zvereva, M.V.,

Junior researcher, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, maremerald@gmail.com

Shvedovskiy, E.F.,

PhD. student, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, shved47@gmail.com

November 29-30 the All-Russian scientific and practical conference with international participation «Diagnostics in Medical Psychology: Traditions and Prospects (To the 105th anniversary of S.Ya. Rubinstein) » took place in Moscow. Organizers of the conference – Mental health research center and Moscow state university of psychology and education. Article provides information on the carried-out sections, meetings, discussions of reports and other events of a conference.

Keywords: clinical psychology, medical psychology, diagnostics, S. Ya. Rubinstein.

Памяти Ю.А. Костенковой

Ширина И.Б.,

*доктор исторических наук, профессор, декан, факультет социальной коммуникации,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, shilinaib@mgppu.ru*

Для цитаты:

Ширина И.Б. Памяти Ю.А. Костенковой [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 150–152. doi: 10.17759/psyclin.2016050412

For citation:

Shilina, I.B. In the Memory of Yu.A. Kostenkova [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 4, pp. 150–152. doi: 10.17759/psyclin.2016050412 (In Russ., abstr. in Engl.)



14 ноября 2016 года оборвалась жизнь ученого, педагога, Человека – Костенковой Юлии Александровны. Ее научно-педагогический и человеческий уровень был невероятно высок, но никогда Юлия Александровна не демонстрировала его специально. Она была неординарным и талантливым ученым, равнодушным, принципиальным, порядочным и честным человеком,

незаурядным преподавателем, обладающим огромной эрудицией и разносторонними знаниями.

Юлия Александровна внесла большой вклад в развитие дефектологического образования, была подвижницей неутомимого добросовестного труда и бескорыстного, самоотверженного служения обществу.

Для коллег у нее всегда находилось время для дружеского совета, научных рекомендаций по интересующему вопросу и объективной оценки написанного; для студентов и аспирантов это был искренний Учитель, открывающий перед ними ворота в мир дефектологии.

Уход из жизни Юлии Александровны является для нас всех большой утратой. Память о ней, как о выдающемся педагоге, профессионале, яркой личности, интеллигентном и отзывчивом человеке, навсегда сохранится в наших сердцах.

In the Memory of Yu.A. Kostenkova

Shilina, I.B.,

Doctor of Historical Sciences, professor, Dean of the Faculty of Social Communication, Head of the Chair of Social Communication and Organization of Work with Young People, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, shilinaib@mgppu.ru

We regret to inform that 14th of November 2016 suddenly died Yulia Alexandrovna Kostenkova, Head of the Chair of Special (defectological) Education of Moscow State University of Psychology and Education.
