СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ

МАТЕРИАЛЫ
ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

14–15 сентября 2017 г.

Новосибирск
2017

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНЫ И ПСИХОЛОГИИ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ

МАТЕРИАЛЫ
ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

14–15 сентября 2017 г.

Новосибирск
2017

ББК 88.37 + 88.4

Современные проблемы клинической психологии и психологии личности: Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием / Новосиб. гос. ун-т. – Новосибирск : ИПЦ НГУ, 2017. – 358 с.

В сборник включены статьи участников конференции: ученых, преподавателей и практиков из разных городов России. В статьях отражены результаты современных теоретических и эмпирических исследований в следующих областях психологии: клиническая психология, включая исследования аутизма, психология личности и перинатальная психология.

ББК 88.37 + 88.4

© Новосибирский государственный университет, 2017

MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE
OF THE RUSSIAN FEDERATION
NOVOSIBIRSK STATE UNIVERSITY
INSTITUTE FOR THE MEDICINE AND PSYCHOLOGY

CONTEMPORARY PROBLEMS OF CLINICAL PSYCHOLOGY AND PERSONALITY PSYCHOLOGY

PROCEEDINGS
OF THE ALL-RUSSIAN CONFERENCE
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

September, 14–15, 2017

Novosibirsk, Russian Federation
2017

BBK 88.37 + 88.4

Contemporary Problems of Clinical Psychology and Personality Psychology: Proceedings of the All-Russian Conference with International Participation / Novosibirsk State University. Novosibirsk, Russian Federation. 2017. 358 p.

The proceedings include articles of conference participants: scientists, academics and practitioners from different cities of Russia. The articles reflect the results of contemporary theoretical and empirical studies in the following fields of psychology: clinical psychology, including autism studies, personality psychology and perinatal psychology.

BBK 88.37 + 88.4

© Novosibirsk State University, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

Секция «Клиническая психология и расстройства аутистического спектра»

Алексеева А. А. Лингвистические методы изучения медицинского интернет-дискурса в плоскостях «врач-пациент» и «пациент-пациент» 9
Баскакова Л. Н. Нейропсихолог в медицинском учреждении: проблемы ранней диагностики и разделения ответственности 13
Бердникова А. Г. Терапевтический эффект проектной деятельности 17
Богачева Н. В., *Павлова Е. М.* Методика оценки когнитивных репрезентаций риска у врачей 22
Булыгина М. В., *Батрунова Е. Ю.* Представления отцов и матерей о взаимоотношениях со здоровым и больным ребенком в двухдетных семьях 26
Бутримова К. Ю., *Федурина Е. А.* Психологические особенности возникновения интернет-зависимости 33
Дашкевич Г. Э. Нейропсихологические «проблемы» как причина невротизации ребенка 36
Карпенко Д. А., Дорошева Е. Л. Взаимосвязь я-концепции и депрессивных тенденций 39
Киселева О. В., *Агеева И. А.* Характеристики семьи и семейной идентичности у молодых мужчин с наркотической зависимостью 42
Коваленко Д. В. Особенности смысловой сферы у лиц, попадающих в зону высокого суицидального риска 50
Korolenko Ts. P. Psychodynamic approaches to the assessment and diagnose of mental disorders 53
Лаврентьева О. А. Социально-педагогическое сопровождение аутичного ребенка 57
Ласовская Т. Ю. Личностные расстройства в современном мире 61
Лещинская С. Б. Субклинические черты аутистического спектра, эмоциональный интеллект и смысловая сфера студентов физико-математических специальностей 64
Лифинцева А. А., *Деркач Т. Д.*, *Штолде Н.*, *Березовская А. Ю.* Неопределенность в условиях болезни: обзор основных методик исследования 72
Макашева В. А. Распространенность расстройств аутистического спектра: скрининг, региональный регистр. Роль медицинского психолога в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессе 75

Макашева В. А. Психическое здоровье детско-подросткового населения и молодежи в России – основные показатели, региональная специфика 85
Мельников М. Е., *Козлова Л. И.*, *Безматерных Д. Д.*, *Штарк М. Б.*, *Шубина О. С.*, *Натарова К. А.* Предварительные данные о дискриминативности и ретестовой надежности некоторых тестов-опросников депрессии и близких состояний 93
Мишина О. А., *Киселёва О. В.* Характеристики семейной идентичности у подростков с суицидальными рисками 101
Рагозинская В. Г. Применение теста Роршаха в диагностике аутоагрессии и контроле агрессии в норме и при расстройствах личности: пилотажное исследование 109
Рецер Р. А., *Дорошева Е. А.* Взаимосвязь регуляции эмоций и депрессивных тенденций у студентов 122
Трифонова Е. А., *Хлебодарова Т. М.*, *Когай В. В.*, *Лихошвай В. А.* Расстройства аутистического спектра как проявление нарушений функций синапсов 125
Узлов Н. Д. Трансгрессия, смех и эффект люцифера: подстрекательство и провокация в группах смерти 131
Чередникова Д. А., *Ахметова О. А.* Экспериментальный анализ перекосов внимания у пациентов с депрессией при восприятии эмоций: данные трекинга глаз 139

Секция
«Психология личности»

Агеева И. А., *Киселева О. В.* Задачи психопрофилактической работы с учителями средних школ 143
Близнюк М. В. Вынесение морального суждения как самопрезентация: уточнение социально-интуитивистской модели Дж. Хайдта 150
Большунова Н. Я., *Донцов А. В.* Особенности ценностно-смысловой сферы у разных типов религиозной личности 154
Бондаренко М. А. Каузальная атрибуция: проблема квалификации фактора 163
Волкова С. В. Особенности «картины мира» дошкольников в трудной жизненной ситуации 167
Гунзунова Б. А. Защитно-совладающее поведение как механизм системы саморегуляции в профессиональной деятельности педагогов 173
Гусева Е. С. О неокатарсическом воздействии музыки на сознание человека (на примере сочинений Г. Уствольской) 179
Дорошева Е. А., *Князев Г. Г.* Психометрические свойства трех опросников регуляции эмоций 193

Злобина М. В., *Первушина О. Н.* Интолерантность к неопределенности и депрессия 199
Лякина Я. С., *Голубятников А. А.*, *Дмитриева Н. А.* Личностные особенности подростков и молодежи, увлекающихся аниме, и их связь с формированием психопатологических проявлений 202
Мезенцева М. П. Предпочтения при восприятии двойственных изображений у детей дошкольного возраста 210
Минайчева Н. В. Категории целостности и открытости образовательного пространства в контексте гармонического развития личности учащихся 213
Попова О. Н. Сбалансированность временной перспективы как фактор активной деятельности 219
Тарасевич Н. А. Игра как фактор социализации и эмоционального здоровья ребёнка 226
Хан И. В., *Лякина Я. С.* Восприятие эстетических и этических характеристик мультипликационных персонажей детьми младшего школьного возраста 230
Хорошилов Б. М. Самовосприятие с позиций классических теорий восприятия 240
Хромова Т. И. Эмоциональный интеллект: актуальность и перспективы исследования 243
Шабалин А. П., *Первушина О. Н.* Применение дилемм в эмпирических исследованиях морали: проблемы и перспективы 247
Шумкова Ю. С. Личностно- и социально-психологические факторы социального иждивенчества 251

Секция
«Перинатальная психология»

Агаркова Л. А., *Ульянич А. Л.*, *Вершкова Е. М.*, *Бухарина И. Ю.* Особенности взаимосвязи качества жизни с показателями психоэмоционального состояния и личностных характеристик у женщины в период беременности 257
Долгая М. А., *Магденко О. В.* Ролевая адекватность супругов и их удовлетворенность брачными отношениями 268
Дюльдина Ж. Н. Осознанное родительство, или воспитание до рождения 273
Егорова Е. В., *Федорова Я.* Взаимосвязь удовлетворенности браком и родительских установок после рождения в семье первенца 280
Егорова Е. В. Психологическое сопровождение беременности 286
Егорова Е. В. Рождение первого ребенка как нормативный кризис в жизни семьи 290

Ефремова О. Ю., *Коваленко Н. П.*, *Магденко О. В.* Ресурсный подход – перспективное направление в психотерапии 295
Иглина Н. Г., *Магденко О. В.*, *Тютюнник Е. Д.* Психофизиологические особенности женщин при бесплодии 301
Колесников И. А., *Беляева Е. Н.*, *Добряков И. В.*, *Зазерская И. Е.*, *Вассерман Л. И.* Депрессивные расстройства у женщин во время беременности и после родов: роль семейных отношений 307
Магденко О. В., *Мартюшева А. А.* Теоретико-методологический анализ концепта «репродуктивная мотивация» 316
Магденко О. В., *Широкорад Г. Н.* Психологический портрет женщин, страдающих бесплодием 328
Мантурова Н. М., *Огнева А. В.* Любовная зависимость. Любовь или зависимость? 337
Мантурова Н. М., *Федурина Е. А.* Особенности образа значимого партнера в юношеском возрасте 341
Сидорович О. В. Психологическая готовность женщины к материнству как фактор,определяющий характер формирования гестационной доминанты 347
Стоянова И. Я. Психологическая безопасность как фактор психического здоровья в научной и практической работе медицинских психологов 353

СЕКЦИЯ
«КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА»

ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ИНТЕРНЕТ-ДИСКУРСА В ПЛОСКОСТЯХ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» И «ПАЦИЕНТ-ПАЦИЕНТ»

А. А. Алексеева

Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск
alina.alexeeva@gmail.com

LINGUISTIC METHODS OF INTERNET DISCOURSE ANALYSIS: “DOCTOR – PATIENT” AND “PATIENT – PATIENT” COMMUNICATION

A. A. Alekseeva

Синтез психологии, медицины и лингвистики уже не первое десятилетие позволяет совершать научные открытия в областях, связанных с когнитивными процессами, изучением эмоциональной сферы человека, нейрофизиологическими нарушениями и т. д. Одно из приоритетных направлений современной междисциплинарной науки – изучение медицинского дискурса, как профессионального, так и наивного. С точки зрения психологии и медицины такие исследования важны по той причине, что профессиональный успех врача во многом связан не только с его мастерством в постановке диагноза, назначении лечения, проведении сложных операций и т. д., но и с эффективной коммуникацией с пациентами. Умение убедительно аргументировать свою точку зрения, грамотно работать с возражениями, чётко и ясно доносить свою мысль, проявлять эмпатию – всё это важно для предотвращения или своевременного устранения коммуникативных сбоев, которые могут значительно снизить эффективность лечения, а иногда и ухудшить состояние пациента.

В работах западных учёных медицинский дискурс изучается в рамках этнографического дискурс-анализа, т. е. рассматривается в социокультурном контексте, и конверсационного анализа, целью которого является описание коммуникативных ролей и их мены, «социальных практик и ожида-

ний, на основе которых собеседники конструируют своё собственное поведение и интерпретируют поведение другого» [1].

В отечественной лингвистике внимание уделяется описанию общих характеристик медицинского дискурса и отдельных его разновидностей – научного, научно-популярного и наивного медицинского дискурса различных лингвокультур. Ряд исследователей, в частности И. С. Гаврилина, М. И. Барсукова, Э. В. Акаева, Н. А. Дзараева и Р. А. Рогожникова и др., занимаются изучением стратегий и тактик, которые используются врачами в процессе коммуникации с пациентами. Важная роль отводится исследованию суггестивности медицинской коммуникации, поскольку «врач как носитель особого знания выступает в качестве модифицированного жреца» и «именно близость медицинского и религиозного типов дискурса ведет к значительной степени суггестивности медицинского общения врача с пациентом» [2. С. 67].

Также начинают появляться исследования медицинского Интернет-дискурса, поскольку в современном обществе чрезвычайно возросла роль телемедицины, в частности онлайн-консультаций, а также общения на форумах, посвящённых различным аспектам здоровья.

В этом докладе мы обобщаем результаты нескольких проведённых нами и под нашим руководством исследований медицинского Интернет-дискурса. Были изучены различные русско- и англоязычные ресурсы. Так, www.flamp.ru и форум сайта www.nhs.uk послужили нам источниками материала для анализа отзывов пациентов родильных домов Новосибирска и Лондона; форумы сайтов www.babyblog.ru и www.mothering.com – для изучения речевых стратегий и тактик, которые используются, соответственно, русско- и англоязычными родителями в процессе общения между собой по вопросам здоровья и развития их детей. Наконец, https://health.mail.ru/ исследовался нами на предмет речевых стратегий и тактик, используемых врачами в онлайн-консультациях. Были сделаны следующие выводы.

Врачи в онлайн-консультациях используют довольно широкий спектр речевых тактик. Наиболее часто встречаются тактики совета, констатации факта и выражения мнения. Тактика совета вербализуется в основном с использованием модальных слов в безличных предложениях: *необходимо*, *обязательно*, *надо*, *нужно* выражают высокую степень категоричности, а *пора*, *стоит*, *лучше*, *следует* представляют собой более мягкую форму совета. Также нередко используются формы повелительного наклонения глаголов. Эти и другие, менее частотные, средства репрезентации данной тактики позволяют врачу выступать в роли канала связи между пациентом и сводом медицинских знаний, из которых черпается нужная информация, т. е. создают коммуникативную дистанцию между врачом

и пациентов. Тактика констатации факта по функции и форме реализации напоминает тактику совета и позволяет в ещё большей мере создать коммуникативную дистанцию. Тактика выражения мнения вербализуется, прежде всего, с помощью вводных слов и выражений, отражающих различную степень уверенности специалиста в том, о чём он пишет (*конечно*, *по всей вероятности*, *скорее всего* и т. д.). Частотность названных тактик обусловлена целью коммуникации: пациент, задавая вопрос, ожидает получить объяснение того, что с ним происходит, и рекомендации о том, как изменить своё состояние. В этом смысле онлайн-консультации оправдывают ожидания пациентов.

Однако сочувствие и поддержка практически не проявляются в таком формате консультирования – наоборот, врач выступает в роли обезличенного транслятора знаний, не работающего с психологическим аспектом медицинских проблем. В то же время этот аспект очень важен для пациентов, о чём свидетельствует, например, наше исследование оценки в отзывах о родильных домах. Оно показало, что для пациентов роддомов Новосибирска и Лондона оказывается наиболее важным аспект общения с медперсоналом: проявление дружелюбия, доброты, заботы, внимательности оценивается положительно, а черствость, грубость и равнодушие – крайне отрицательно. Именно поэтому этическая оценка оказывается наиболее частотным типом, даже по сравнению с нормативной, позволяющей выразить отношение, в частности, к профессиональным качествам врачей.

Изучение общения пациентов между собой также важная часть исследования медицинского Интернет-дискурса. В ходе анализа вербального поведения англоязычных пациентов на форуме для родителей мы обнаружили, что подавляющее большинство используемых ими речевых стратегий и тактик являются кооперативными: апелляция к своему или чужому опыту, апелляция к авторитету, совет, констатация факта и т. д., в то время как русскоязычные родители наряду с теми же кооперативными стратегиями и тактиками используют большое количество конфликтных: нападение, насмешка, отстранение и т. д. По всей видимости, мотивами общения на подобных форумах служит желание получить не столько совет, сколько психологическую поддержку людей, которые находятся в сходной ситуации, однако не всегда, как свидетельствуют результаты наших исследований, пациенты её получают.

Перспективными направлениями изучения медицинского дискурса представляются исследования на стыке медицины, лингвистики, психологии и социологии, позволяющие определить наиболее и наименее эффективные стратегии и тактики общения врачей с пациентами, а также более точно установить причины обращения пациентов к неспециалистам

на тематическим форумах и сделать вывод о том, оправдываются ли их ожидания.

Список литературы

1. *Исупова О.* Конверсационный анализ: представление метода. URL: http://gtmarket.ru/laboratory/expertize/2006/175 (дата обращения 22.08.2017)

2. *Шуравина Л. С.* Медицинский дискурс как тип институционального дискурса // Вестник Челябинского государственного университета. 2013. № 37 (328). Филология. Искусствоведение. Вып. 86. С. 65–67.

НЕЙРОПСИХОЛОГ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ: ПРОБЛЕМЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И РАЗДЕЛЕНИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Л. Н. Баскакова

Закрытое акционерное общество
«Клиника Санитас», г. Новосибирск
psy-marafon@yandex.ru

A NEUROPSYCHOLOGIST IN A MEDICAL INSTITUTION: PROBLEMS OF EARLY DIAGNOSTICS AND THE DIVISION OF RESPONSIBILITIES

L. N. Baskakova

На сегодняшний день существует парадоксальное скачкообразное увеличение количества детей с различными формами отклоняющегося развития. Сейчас уже становится ясно, что эта проблема приобретает в современной цивилизации все более массовый характер.

Так, по данным Министерства образования, 85 % детей дошкольных образовательных учреждений и школ нуждаются в помощи специалистов медицинского, психологического и коррекционно-педагогического профиля; 25 % детей нуждаются в специализированной коррекционной помощи. По данным различных авторов количество детей с минимальной мозговой дисфункцией составляет до 30 % в популяции, и их количество возрастает. Медицинские обследования выявили 21 % детей с такими нарушениями в детских садах и до 50 % в детских домах.

Подчас накопление патологических стигм в современной детской популяции просто зашкаливает.

В современной детской популяции наблюдается заметный скачок:

- индекса агрессивности,
- токсикоманий,
- гиперактивности и дефицита внимания,
- резкое возрастание случаев леворукости,
- повальное снижение иммунных механизмов адаптации,
- десинхроноз функционирования различных систем организма ребенка.

Малое количество в крупных городах или отсутствие вообще реабилитационных центров не позволяет оказывать необходимую помощь детям и взрослым.

Ведущую роль в назначении коррекционных мероприятий детям с отклонением в развитии в подавляющем большинстве медицинских учреждений играют неврологи и / или психиатры. Специальность нейропсихолога по прежнему является редкой , несмотря на большую роль, которую приобретает нейропсихологическая диагностика для постановки и уточнения диагноза. Так это новая практика для медицины, то мы столкнулись с рядом проблем, такими как:

- терминологические расхождения,
- приоритетность назначаемого лечения
- ответственность профильного специалиста
- не дифференцированные диагнозы.

В отечественной науке вопрос взаимодействия между психиатрами, врачами и психологами рассматривают как одну из причин нечеткой диагностики в области психосоматических расстройств [Великанова, Шевченко, 2005]; поднимается проблема общих принципов точной, дифференцированной диагностики наследственных заболеваний [Янковский, 2005; Шерстнева, 2011]; диагностики детей с трудностями обучения в целях оказания коррекционной помощи [Авалиана, 2009]; возможностей и перспектив применения нейропсихологических методов в педиатрии [Гогберашвили, 2011] и др.

Нейропсихологическое заключение расширяет неврологический диагноз, коррекционная работа нейропсихолога проводимая в комплексе с медикаментозным и аппаратным лечением увеличивает эффективность терапии, а зачастую, как показывает практика, позволяет значительно снизить медикаментозную нагрузку и сократить сроки реабилитации. На сегодняшний день, несмотря на все преимущества комплексного подхода, существует проблема разного понятийного аппарата у неврологов и нейропсихологов, разного подхода к дифференцировки медицинских диагнозов и нахождения топической основы нарушения и, как следствие, отсутствие ранней диагностики нейропсихологических проблем у детей.

Часто можно увидеть парадокс: в медицинской карте состояние ребенка квалифицируется как соответствующее норме, на картине ЭЭГ «соответсвует возрастной норме» в целом, а он не может обучаться, постоянно конфликтует, демонстрирует аномальные поведенческие реакции.

Говоря другими словами, существует достаточно большой процент детей, которые не имеют клинических диагнозов, но демонстрируют выраженные признаки дезадаптивного поведения. Именно они относятся к группе детей, которых в школе называют неуспевающие и трудные дети.

С позиции нейропсихологического подхода проблемы у этих детей начинаются задолго до того, как они пойдут в школу, и даже задолго до их рождения, в пре- и перинатальном периоде. На основании анамнеза бере-

менности и родов можно с достаточной точностью прогнозировать риск формирования нарушения ВПФ и отставания развития у ребенка в будущем, создавать план контрольных мероприятий и абилитационной работы, в целях своевременной коррекции.

Обычно при нарушениях ЦНС ребенка вызванных патологией во время беременности и родов медикаментозное лечение начинается уже с рождения, а вот на прием к нейропсихолгу ребенок попадает только тогда, когда ребенок идет в школу и родители видят сложности с обучением, но в этот период многие функции ребенка уже сформированы. При позднем обращении нейропсихологу остается только заниматься коррекционной работой, т. е. искать обходные пути для развития той или иной высшей психической функции.

Согласно догмам современной нейропсихологической школы, для начала работы с ребенком он должен уже говорить и ему должно быть более четырех лет. И получается парадокс: с одной стороны, мы говорим о пластичности мозга и развивающем онтогенезе, с другой, начинаем заниматься с ребенком, когда его мозг уже практически сформирован. Сегодня появляются новые подходы, которые позволяют сдвинуть возрастные ограничения по нейропсихологической коррекции и начинать работу уже с двухлетнего возраста вне зависимости от наличия речи у ребенка. Немаловажную роль в успехе ранней реабилитации играет сочетание методов нейропсихологической коррекции и инструментальной коррекции биоэлектрической активности головного мозга. Еще один основной принцип ранней коррекции, заключается в необходимости параллельной работы психолога с родителями ребенка.

Наиболее тяжелая категория пациентов в нашей практике – это дети с пограничными состояниями в развитии высших психических функций. Для постановки диагноза таким детям необходима слаженная работа команды неврологов, психиатров, нейропсихологов, логопедов, дефектологов, комплексного обследования.

Первоначально, в обязательном порядке пациент проходит первичную консультацию у невролога и нейропсихолога. Согласованный план обследования включает в себя: количественную ЭЭГ, допплерографию сосудов головного мозга, МРТ (по показаниям), нейропсихологическую диагностику. И только после этого пациенту составляется индивидуальный план терапии.

В заключение следует сказать, что существующие на сегодняшний день педагогические, медицинские, психологические методы часто оказываются не способными эффективно решать проблему постановки адекватного диагноза, а, следовательно, разрабатывать действенные методы коррекции отклоняющегося развития.

Первая причина. Многие из существующих методик, направленные на диагностику нарушений развития, все еще построены по симптоматиче-

скому принципу. Сущность этого подхода: «не говорит» – исследовать речь, «не пишет» – исследовать письмо, и т. д. Таким образом, во внимание принимается симптоматическая картина нарушения ВПФ.

Но этот подход не позволяет выявить причину и механизм возникновения симптома.

Вторая причина. Многие исследователи используют стандартизованные методы диагностики, заимствованные у зарубежных исследователей. Часто они не только не эффективны, но и могут приводить к ошибочным заключениям.

Пример с детской методикой Векслера: эта методика может только устанавливать наличие или отсутствие ЗПР, олигофрении, но при этом не может вскрыть механизм нарушения, так как одно и то же плохое время складывания кубиков Кооса может быть связано с разными причинами. В одном случае это может быть связано с недостаточным развитием процессов пространственной обработки информации, а в другом с трудностями регуляции и контроля за протеканием произвольной деятельности или со слабостью тонкой моторики руки и т. д.

Третья причина. Склонность к постановке не дифференцированных диагнозов.

Сегодня можно встретить следующие диагнозы.

В традициях педагогического подхода – нарушение письма и чтения, дефекты счета. В психологии – задержка речевого и психического развития. В медицине – минимальная мозговая дисфункция.

Какую ценность несут эти диагнозы? Что представляет этот дефект? Какова его природа и механизм? Отличаются ли он у детей разного возраста? На эти вопросы подобные диагнозы не отвечают. Не отвечают они и на вопросы восстановительного и формирующего обучения, так как не указывают на пути восстановления нарушенной функции. Восстановительная работа в этом случае также идет от симптома, а не от механизма и причины его возникновения у ребенка. Например, у ребенка нарушено письмо – учат писать, нарушено называние картинок – учат словам-наименованиям.

Только комплексная диагностика на стыке подходов неврологии и нейропсихологии позволяет с высокой долей точности поставить дифференцированный диагноз и получить пути наилучшего сопровождения ребенка. Сопоставляя данные количественной ЭЭГ и нейропсихологической диагностики, мы определяем топическую основу нарушения. Результаты допплерографии и МРТ дают нам информацию о возможных органических причинах в нарушении работы головного мозга.

Опыт показывает: если идти по пути максимального взаимодействия специалистов, начиная с полной диагностики, точной постановки диагноза и командной коррекционной работы, эффективность реабилитации повышается в 2–3 раза.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРОЕКТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

А. Г. Бердникова

МАОУ ОЦ «Горностай», г. Новосибирск
agberd@mail.ru

THE THERAPEUTIC EFFECT OF ACTIVITIES OF PROJECTS

A. G. Berdnikova

Проектная деятельность сегодня декларируется как один из ведущих методов обучения современного школьника в системно-деятельностном подходе.

Проектная деятельность в школе существует в рабочем режиме уже шесть лет, до этого еще было три года пилотного проекта внедрения этой деятельности в учебный процесс и регламенты ФГОС [1].

Создание учебного проекта – это способ организации самостоятельной деятельности школьников, направленный на решение задачи учебного проекта, что позволяет одновременно опираться на различные подходы в обучении: проблемный, поисковый, исследовательский и пр.

Таким образом, проектная деятельность представляет собой органичный синтез подходов к обучению.

У проектной деятельности есть еще один важный эффект, значимая составляющая. Речь идет о психотерапевтическом эффекте, который ребенок может получить в ходе выполнения своей работы. Следует отметить, что такой эффект может быть получен при выполнении проекта любого типа: практикоориентированного, игрового, информационного, творческого или исследовательского. Но для нас наибольший интерес представляют именно исследовательские проекты. Именно такие работы представляют собой бескорыстный поиск истины, какой бы она ни была [2. С. 8]. Поэтому, когда юный исследователь ставит перед собой задачу, решение которой способствует его лучшему пониманию себя, он в любом случае работает на снижение собственной тревожности и тревожности своего ближайшего окружения, модифицируя собственные модели поведения в соответствии полученными в ходе выполнения проекта знаниями, повышает уровень своей адаптивности.

Планировать обозначенный терапевтический эффект психолог образовательного учреждения может при подборе исследовательских задач для своих учеников. Поэтому школьному психологу, как никому другому важно иметь максимально детальное представление о том, как устроен проект, какие механизмы задействует его запуск, как благодаря системно-деятель-

ностному подходу ребенок может активировать собственные ресурсы и направить их на собственное исцеление.

Приведенные далее примеры взяты из работы по психолого-педагогическому сопровождению специализированных классов, которое имеет свою специфику [3].

Учащийся десятого специализированного класса, по мнению родителей и классного руководителя, утратил интерес к обучению, снизилась учебная мотивация, и как следствие, успеваемость. Родители видят причину происходящего в чрезмерном увлечении компьютерной игрой. Первоначально, это увлечение родителями поощрялось, так как в нем виделась основа для установления отношений с одноклассниками – подросток был новичком в классе. Родители полагали, что такая основа лучше, чем ничего.

Классный руководитель рекомендовал молодому человеку обратиться к школьному психологу, молодой человек кивнул, но рекомендациям не последовал. Когда классному руководителю в очередной раз позвонили расстроенные родители: «кажется, мы теряем сына» – было решено собрать консилиум и обсудить происходящее.

Молодой человек, классный руководитель, психолог и родители встретились и поговорили о желаниях и возможностях, об интересах и потребностях, об идеальном развитии ситуации, каким оно могло бы быть. Договорились рассмотреть то, что представляет собой проблему более детально. Для создания такого оптимального пространства анализа проблемы хорошо подходит формат исследовательского проекта. Учитывая желание молодого человека хорошо зарабатывать, а не просить деньги на игру у родителей, показалось полезным и продуктивным анализировать не только психологические аспекты игры, все в большей и большей степени захватывающей молодого человека, но и экономические.

На первом этапе возникла необходимость изучить финансовые и психологические механизмы получения прибыли в условно бесплатных онлайн-играх. Основным объектом изучения стала игра, которой увлекся молодой человек, – World of Tanks.

К анализу финансовых и экономических механизмов привлечены эксперты соответствующих областей (преподаватель экономики и мама подростка, имеющая соответствующее образование).

Сосредоточение на психологических механизмах побудило нас ступить на почву социальной психологии. Вполне адекватно объясняет внесение денег в сетевые «бесплатные» игры феномен «нога-в-дверях», прекрасно описанный у Р. Чалдини в его книге «Психология влияния» [4].

Сначала молодой человек противился работе, но по мере углубления в нее, увлекался все больше и больше. По мере обнаружения все новых и новых манипулятивных приемов побуждения к оплате, ослабевала потребность в игровой деятельности. Процесс анкетирования одноклас-

сников позитивно сказался на формировании взаимоотношений с ними. В пространстве специализированного класса каждый социализированный ребенок имеет свою нишу компетентности. Исследователь, направивший силы на изучение собственной формирующейся игровой зависимости, обрел свою нишу. Завязались отношения с одноклассниками, ведущими исследовательскую деятельность по обществознанию и психологии, и готовящимися к олимпиадам по экономике и информатике. Выполненный исследовательский проект на стыке психологии и экономики позволил поднять самооценку юного ученого и сделать его интересным для одноклассников, стал толчком для социального развития подростка.

Другой пример также из исследовательской деятельности специализированных классов, где учиться бывает непросто. Иногда в процессе обучения и сравнения себя с одноклассниками страдает самооценка учащегося. Именно такое предположение о том, что в низкой самооценке кроется причина выпадения из наукоемких мероприятий класса, несовпадения мнения по мировоззренческим вопросам, возникло у Елены (имя изменено), ученицы десятого математического специализированного класса.

Однако проект, направленный на изучение самооценки буксовал, зависал, очень медленно продвигался. В какой-то момент возникло ощущение, что Елене не близка исследовательская деятельность в принципе. После представления работы на конференции Елена не присутствовала на исследовательских занятиях несколько месяцев.

В мае десятого класса Елена снова появилась, вдохновленная и полная энтузиазма. Она нашла новую актуальную тему для исследования. У нее возникла гипотеза, что замедляет ее работу не низкая самооценка, а прокрастинация – патологическое откладывание на потом. Это предположение было взято за отправную точку для нового исследования: составлен список литературы для чтения на лето и намечен ход работы.

Изучение тематической литературы показало, что существует несколько ведущих причин прокрастинации.

Перфекционизм. Человек не начинает выполнять дело до тех пор, пока не получит уверенности в том, что сможет его выполнить наилучшим образом. А до тех пор продолжает его откладывать, даже тогда, когда дальнейшее откладывание становится критичным.

Большой объем стоящих перед человеком задач. Здесь ключевой вопрос заключается в неумении расставлять приоритеты: каждая из задач представляется важной и значимой, каждая должна быть решена. Классическим примером иллюстрации прокрастинции по указанной причине может служить притча о «Буридановом осле».

Человек делит все предстоящие ему дела на нужные и важные и ритуально-необязательные. Последние регулярно откладывает, а не отменяет. Переживает, когда отложенных вроде бы необязательных дел накаплива-

ется избыток, устранить который невозможно за короткий период времени.

Четко структурированное расписание человек рассматривает как неподходящее для себя, поэтому ему не удается распределять силы на дистанции и ряд задач приходится решать в последний момент при дефиците сил и времени.

Все дела делятся на две группы: интересные и неинтересные. Интересные дела выполняются своевременно, неинтересные откладываются настолько, насколько это возможно, а затем решаются в форсированном режиме [5].

Анкетирование респондентов – учащихся десятых классов предварялось ознакомлением с информационным блоком. Основу информационного блока составили определение прокрастинации и описание ее причин, для иллюстрации явления был подобран ролик из программы Е. Тимоновой «Все, как у зверей» – «Прокрастинация: привет от внутреннего хомячка».

Из описания ведущих мотивов прокрастинации респондентам, отмечающим у себя наличие этого феномена, предлагалось выбрать наиболее подходящий для себя или описать свой, если подходящих в списке не окажется. Ведущим мотивом прокрастинации, выявленным таким образом оказался мотив № 2, указывающий на большое количество задач, стоящее перед респондентами задач. Что отражает устойчивое обывательское мнение о перегруженности современных школьников большим количеством информации.

В ходе проведения исследования и по мере осознавания собственных мотивов прокрастинации, Елене удалось мотивировать себя на регулярные школьные и дополнительные занятия, что привело к росту успеваемости в целом, успешным результатам ЕГЭ и поступлению в желаемый вуз на бюджетную форму обучения.

Таким образом, работа над психологическим исследовательским проектом – это не просто поиск нишу успешности, это процесс, имеющий собственно терапевтическую составляющую. Подросток получает возможность взглянуть на то, что считает собственной проблемой, изучить это, будучи защищенным своей позицией исследователя, проявлением своего любопытства и познавательного интереса. Выводы и результаты, полученные в ходе такой работы, исследователь может обратить на собственные нужды, например, трансформировав собственные поведенческие модели, увеличив их эффективность. Кроме того, понимание сути затрагивающих подростка проблем, само по себе терапевтично, поскольку находится в мейнстриме решения возрастных задач идентификации – поиска ответов на вопросы: кто я? какой я?

Проведение исследовательских работ такого рода, со всей очевидностью, способствует решению широкого круга задач и обладает заметным терапевтическим эффектом. Таким образом, выполнение исследовательского проекта может стать инструментом решения задач мотивации, самоорганизации, коммуникации современного подростка.

Список литературы

1. *Асмолов А. Г.* Системно-деятельностный подход в разработке стандартов нового поколения // Педагогика. М., 2009. № 4. С. 18–22.
2. *Савенков А. И.* Методические рекомендации по подготовке к Всероссийскому конкурсу исследовательских работ и творческих проектов дошкольников и младших школьников «Я – Исследователь». М.: Национальный книжный центр, 2016. 48 с.
3. *Бердникова А. Г.* Психолого-педагогическое сопровождение как составляющая образовательного процесса // Сиб. пед. журн. 2013. № 5. С. 224–229.
4. *Чалдини Р.* Психология влияния. СПб.: Питер, 2012. 304 с.
5. *Бердникова А. Г.*, *Кузенкова В. М.* Осознание мотивов прокрастинации как фактор ее преодоления. URL: http://www.oppl.ru/2016-vyipusk-1/doklad-kuzenkovoy-vm.html (дата обращения 21.07.2017).

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ РЕПРЕЗЕНТАЦИЙ РИСКА У ВРАЧЕЙ *

Н. В. Богачева [1], *Е. М. Павлова* [2]

[1] Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет)
г. Москва
bogacheva.nataly@gmail.com

[2] МГУ им. М. В. Ломоносова, г. Москва

COGNITIVE REPRESENTATIONS OF MEDICAL RISKS INVENTORY

N. V. Bogacheva, *E. M. Pavlova*

Профессия врача неразрывно связана с необходимостью принимать решения в условиях неполноты информации и ограниченного времени, а последствия сделанного выбора в ряде случаев могут быть источником опасности для пациента или самого врача. Целостный подход к изучению интеллектуально-личностного потенциала человека, предложенный авторским коллективом Т. В. Корниловой, указывает на необходимость комплексного рассмотрения когнитивных и личностных диспозиций, а также ситуационных факторов принятия решений в ситуации неопределенности [1]. Исследования рисков во врачебной деятельности, однако, как правило, строятся вокруг одного из аспектов принятия решений. Так, когнитивные искажения при интерпретации вероятностных данных приводят к переоценке врачами риска пропустить серьезное заболевание, а недооценка эффективности новых методов диагностики снижает общую эффективность назначений [2–4]. Другие работы акцентируют внимание на личностной специфике врачей разных специальностей, профессионально важных качествах медицинских работников, кросс-культурной специфики принятия решений [5–7]. Психодиагностические методики предоставляют широкие возможности для дальнейшего изучения личностных детерминант принятия или непринятия риска во врачебной деятельности, однако методики для выявления когнитивных репрезентаций медицинских рисков практически отсутствуют [8].

В связи с этим, представляется актуальной разработка и апробация методики, описывающей специфические для врачей ситуации профессионального риска и варианты их разрешения. На создание такой методики и направленно данное исследование.

* Работа выполнена при поддержке РФФИ, проект № 17-06-00130.

Работа над методикой осуществлялась в несколько этапов.

На первом этапе были опрошены 30 практикующих врачей разных специальностей (офтальмологи, хирурги и др.) в возрасте 25–68 лет (ср. возраст 43,6 года), стаж работы по специальности 1–39 лет (ср. стаж 18 лет). Беседа состояла из двух частей. Вначале врачам предлагалось описать реальную ситуацию, в которой им или их коллегам пришлось пойти на риск (метод критической ситуации Дж. Фланагана с модифицированной инструкцией [9]). Затем респондентам предлагалось ответить на вопросы полуструктурированного интервью: перечислить возможные в медицине виды и источники риска, оценить вероятность и прогнозируемость их возникновения, описать критерии сложной, неопределенной ситуации и способы ее преодоления. Всего испытуемыми было описано 27 ситуаций, связанных с риском. Первичные протоколы также содержали более 400 высказываний, отражающих различные аспекты когнитивных репрезентаций риска.

Первичный качественный анализ протоколов беседы был выполнен двумя экспертами-психологами. Кодирование структуры рискованных ситуаций осуществлялось по методу Р. Стернберга [9]. Ситуации оценивались также с точки зрения присутствия в них неопределенности и возможности реализации субъектом интеллектуально-личностных усилий для снижения уровня неопределенности и принятия произвольного решения [8]. Соответствие этим критериям позволяло оценивать ситуации как рискованные. Путем исключения ситуаций без риска и обобщения сходных сюжетов, удалось сократить количество ситуаций до 12.

Первичный качественный анализ протоколов (выделение первичных смысловых единиц) осуществлялся посредством методики конденсации смысла, с последующей идентификацией и категоризацией полученных элементов с помощью метода обоснованной теории [10]. На этом этапе было выделено 133 высказывания респондентов, которые описывали источники риска во врачебной деятельности 88 высказываний, описывающих способы снижения уровня субъективной неопределенности.

Дальнейшая категоризация источников риска позволила выделить 10 основных групп, в которые вошли 86 % всех высказываний данного типа: личность и состояние врача; профессиональные знания врача; практические умения врача; когнитивная оценка врачом клинической ситуации; психология пациента; состояние здоровья пациента; руководство больницы; коллектив в целом; медицина как наука; материально-техническое обеспечение. Были выделены 2 дополнительные группы: научная деятельность в целом (в группу попали высказывания только 1 испытуемого) и другие источники рисков (в эту группу попали обобщенные высказывания и источники риска, внешние по отношению к деятельности врача, например, военный конфликт как источник риска).

Способы редукции неопределенности образовали 5 категорий: поиск информации; апелляция к интуиции; передача решения другому (пациенту или коллеге); апелляция к нормативным документам и правилам; откладывание решения.

На третьем этапе содержание рискованных ситуаций было упрощено таким образом, чтобы каждая из них представляла одну из выделенных ранее категорий источников риска. Таким образом было получено 10 задач, 5 из которых представляли собой обобщенный и упрощенный варианты ситуаций из интервью испытуемых, еще 5 были сформулированы экспертами на основе выделенных источников риска. Для каждой задачи были также сформулированы 5 вариантов действий, представляющие основные категории способов редукции неопределенности. Инструкция к задачам заключалась в том, что для каждой задачи нужно было выбрать один предпочитаемый способ действия, а также оценить субъективную рискованность ситуации в целом по 5-балльной шкале, где 1 – минимальный риск, а 5 – максимальный риск.

Была подготовлена бланковая версия методики. Порядок предъявления задач и вариантов ответа был определен с помощью генератора случайных чисел без повторов. Предварительный вариант методики независимо друг от друга был предложен для экспертной оценки двум врачам (офтальмолог, женщина, 54 года, стаж 29 лет и сердечно-сосудистый хирург, мужчина, 53 года, стаж 28 лет). В ходе полуструктурированного интервью эксперты отвечали на вопросы о том, насколько понятна им инструкция и предложенные задачи, насколько корректны с точки зрения медицинской терминологии формулировки, реалистичны ли описанные ситуации и варианты их разрешения. Оба эксперта дали положительные заключения по методике, за исключением замечаний по терминологии, которые были учтены. Апробация методики была продолжена на выборке из 40 врачей.

Таким образом, в ходе проделанной работы была сформирована и прошла первичную апробацию методика оценки когнитивных репрезентаций риска у врачей, опирающаяся на имплицитные знания самих специалистов-медиков и использующая естественные для целевой выборки смысловые единицы и категории, для выделения которых использовались качественные методы и совместная работа как психологов, так и врачей. Дальнейшее направление работы заключается в продолжении апробации данной методики и включение ее в батарею методик для комплексного исследования процесса принятия решений в ситуации медицинского риска.

Список литературы

1. *Корнилова Т. В.*, *Чумакова М. А.*, *Корнилов С. А.*, *Новикова М. А.* Психология неопределенности: Единство интеллектуально-личностного потенциала человека. М.: Смысл, 2010.

2. *Канеман Д.*, *Словик П.*, *Тверски А.* Принятие решений в неопределенности: правила и предубеждения. Харьков: Изд-во Ин-та приклад. психол. “Гуманитарный Центр”, 2005.

3. *Berg N.*, *Biele G.*, *Gigerenzer G.* Consistent Bayesians are no more accurate than non-Bayesians: economists surveyed about PSA // Review of Behavioral Economics. 2016. Vol. 3, № 2. P. 189–219.

4. *Operskalski J. T.*, *Barbey A. K.* Risk literacy in medical decision-making // Science Translational Medicine. 2016. Vol. 352, № 6284. P. 413–414.

5. *Kwok W. O.*, *Tori C. D.*, *Rainer T. H.* New roles of psychologists in medical settings: direct services in Hong Kong accident and emergency department // Open Journal of Medical Psychology. 2013. Vol. 2, № 2. P. 69–76.

6. *Pikkel D.*, *Pikkel I. Y. S.*, *Sharabi-Nov A.*, *Pikkel J.* Are doctors risk takers? // Risk Management and Healthcare Policy. 2016. Vol. 9. P. 129–133. URL: https://doi.org/10.2147/RMHP.S96005

7. *Grol R.*, *Whitfield M.*, *De Maeseneer J.*, *Mokkink H.* Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners // British Journal of General Pratice. 1990. № 40. P. 134–136.

8. *Корнилова Т. В.* Психология риска и принятия решений: Учеб. пособие для вузов. М.: Аспект Пресс, 2003.

9. *Стернберг Р. Дж.*, *Форсайт Дж. Б.*, *Хедланд Дж.*, *Хорвард Дж. А.*, *Вагнер Р.*, *Вильямс В. М.*, *Снук С. А.*, *Григоренко Е.* Практический интеллект. СПб.: Питер, 2002.

10. *Бусыгина Н. П.* Методология качественных исследований в психологии. М., 2011.

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОТЦОВ И МАТЕРЕЙ О ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ СО ЗДОРОВЫМ И БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ В ДВУХДЕТНЫХ СЕМЬЯХ

М. В. Булыгина, *Е. Ю. Батрунова*

Московский государственный психолого-педагогический университет
г. Москва
m.v.bulygina@yandex.ru

REPRESENTATIONS OF FATHERS AND MOTHERS ABOUT THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTHY AND SICK CHILD IN FAMILIES WITH TWO CHILDREN

M. V. Bulygina, *E. Yu. Batrunova*

Психосоматические расстройства у детей и подростков, являются одной из существенных проблем детской психологии и практического здравоохранения. Одним из таких заболеваний является бронхиальная астма. По статистическим данным Министерства здравоохранения РФ, распространенность бронхиальной астмы достигает 10 % среди взрослого населения и 15 % среди детей. Ежегодно число больных бронхиальной астмой увеличивается в среднем на 7 %. За последние 15–20 лет заболеваемость бронхиальной астмой среди населения РФ выросла более чем в 3 раза. Чаще всего начало заболевания (примерно 34 % случаев) приходится на детский возраст до 10 лет, а первые астматические приступы у многих больных возникают на первом году жизни [1].

По данным ВОЗ, основополагающие причины астмы полностью не выяснены. Самыми значительными факторами риска развития астмы являются генетическая предрасположенность в сочетании с вдыхаемыми веществами и частичками, которые находятся в окружающей среде и могут провоцировать аллергические реакции или раздражать воздушные пути загрязнение воздуха, а также ряд психологических факторов, к которым относят эмоциональное напряжение, конфликты, специфика детско-родительских отношений.

Психосоматические заболевания рассматривались и рассматриваются специалистами разных теоретических подходов [2–8]. Многие из них подчеркивали значение фактора семейных или детско-родительских отношений в возникновении и течении бронхиальной астмы. В современных отечественных исследованиях показано, что такие психологические факторы как: ситуация в семье, детско-родительские отношения, неправильное поведение родителей, их гиперопека и личностные особенности ребенка

в значительной мере определяют прогноз заболевания [3; 5; 9–13]. Парсел и соавторы [14] считают, что родительский конфликт может стать стрессором для ребенка и привести к симптому бронхоспазма. Страх материнского отвержения усиливает аномальные дыхательные ответы со стороны ребенка, таким образом, развивается бронхоспазм [3]. В ряде исследований также была показана некоторая эмоциональная отстраненность отца, его низкая включенность в отношения с больным ребенком. С одной стороны, это объясняется тем, что в ситуации болезни он как бы оттесняется матерью от ребенка на второй план, в материнско-детских отношениях ему нет места. Но с другой стороны, эмоциональная отдаленность отца имеет и негативное последствие – вместо того, чтобы как-то компенсировать фактор эмоционального непринятия матерью ребенка, оно наоборот усиливает это воздействие[3; 7; 9].

Анализ работ, посвященных психологическим аспектам функционирования семей, имеющих детей с хроническими соматическими заболеваниями, показал, что описывая специфику семьи ребёнка с бронхиальной астмой, от внимания исследователей ускользал другой ребёнок, родившийся и воспитывающийся в этой же семье, но не имеющий хронического соматического заболевания. Учитывая психосоматический характер бронхиальной астмы, изучение детско-материнских и детско-отцовских отношений не только с больным, но и здоровым ребёнком, воспитывающимся в подобной семье, представляется важным как с точки зрения коррекции детско-родительских отношений, так и с точки зрения профилактики возникновения хронического соматического расстройства.

Целью настоящего исследования было изучение представлений родителей (отцов и матерей) об особенностях взаимоотношения между ними и детьми в семьях, где один ребенок страдает бронхиальной астмой, а второй условно здоровый.

В настоящем исследовании приняли участие 30 пар родителей, имеющих по 2 ребенка (возраст детей – от 4 до 10 лет, разница в возрасте между детьми не больше 3-х лет). Основную группу составили 15 родительских пар, у которых старший ребенок болен бронхиальной астмой, а младший здоров. В контрольную группу вошли 15 родительских пар, у которых оба ребенка здоровы.

Для решения задач исследования были использованы методики: опросник «Взаимоотношений Родитель-Ребенок» (ВРР) (И. М. Марковская) [15]; «Родительское сочинение» (А. А. Шведовская) [16]; симметричные анкеты для мам и пап; социограмма семьи. Обработка результатов проводилась с помощью статистических критериев Вилкоксона, Манна – Уитни, Краскела – Уоллеса.

В исследовании были получены следующие результаты.

По методике «Взаимодействие Родителя и ребенка» оказалось, что в семьях, где есть ребенок с астмой, матери не видят различий в своем отношении к детям, в отличие от матерей контрольной группы, которые считают себя более требовательными по отношению к старшему ребенку по сравнению с младшим и более последовательными в воспитании младших детей. Результаты по матерям, воспитывающим ребенка с бронхиальной астмой, согласуются с результатами исследования Е. Ю. Галициной [7], в котором было показано, что у матерей детей с БА чаще, чем в контрольной группе, наблюдается неадаптивный стиль психологических защит. Основываясь на этих данных, мы можем предположить, что ответы матерей на вопросы опросника носят психологически защитный характер. Возможно, испытывая неосознаваемое чувство вины перед вторым здоровым ребенком, за то, что в меньшей мере уделяет ему внимание, или, отрицая большую привязанность к старшему ребенку, матери не признают различие в своем отношении к детям.

По шкале «тревожность за ребенка» у матерей, имеющих ребенка с бронхиальной астмой, различий по отношению к больному и здоровому ребенку выявлено не было. Но при сравнивании уровня тревожности отцов и матерей основной группы было обнаружено, что матери больше тревожатся за старшего ребенка (с астмой), чем отцы, которые больше волнуются о младшем, здоровом ребенке. Это объясняется тем, что мать активнее отца включена в отношения с больным ребенком и сильнее тревожится о нем. На плечи отца в большей мере ложится забота о втором младшем здоровом ребенке (особенно в периоды госпитализаций матери с ребенком–астматиком), что и вызывает большую тревогу о благополучии младшего ребенка. Также результаты показали, что к старшему ребенку-астматику, возможно по тому, что он все-таки старший, отцы относятся строже, чем к младшему.

У отцов контрольной группы требовательность к старшим детям также намного выше, чем к младшим. Отцы этой группы тоже больше тревожатся за младшего, чем за старшего ребенка. Вероятнее всего это связано с возрастными особенностями детей.

Сравнивая отцовское и материнское отношение к детям, можем заметить, что в целом матери обеих групп считают свои отношения с детьми более близкими, чем отцы. Этот результат представляется логичным, учитывая возраст детей и, преимущественно, отцовскую профессиональную занятость. Также матери обеих групп в большей степени выражали тревожность за детей, нежели отцы. Отцы обеих групп мягче относятся к детям, чем матери, которые считают себя более строгими в отношении детей, особенно это характерно для матерей основной группы.

Результаты шкалы «непоследовательность – последовательность» показали, что в матери контрольной группы представляют себя более после-

довательными в отношении младших детей, а отцы – в отношении старших детей.

По данным, полученным с помощью методики «Родительское сочинение», видно, что матери основной группы больше описывают старшего ребёнка (больного астмой), чем о младшем здоровом ребёнке. При этом их описания носят более объективный характер, матери указывают не только позитивные характеристики ребенка, но и негативные черты. В сочинениях часто встречаются указания на особенности здоровья, физические качества и близость. Это связано, на наш взгляд, с тем, что матери больше времени проводят с больным ребенком, постоянно прислушиваются к его состоянию. Матери данной группы очень бояться «оторваться» от детей с астмой, отчасти объясняя это тем, что, потеряв контроль, можно упустить начало астматического приступа, но, с другой стороны, подобная зависимость ребенка прагматически выгодна и им самим.

В семьях контрольной группы матери больше фокусируются на отношениях с младшим ребенком, они чаще подчеркивали близость с младшими детьми, но не высказывали страхов по поводу разлук и дистанции со своими детьми. Описывая старших детей, матери данной группы обращали внимание на их личностные качества, особенности послушание. Сравнивая детско-материнские отношения в двух группах, можно сказать, что ребенок с тяжелым хроническим заболеванием инфантилен, менее самостоятелен и функционально не является старшим ребенком.

Если матери в сочинениях выражали тревогу относительно здоровья ребенка, то отцы чаще высказывали опасения социального плана о ребёнке-астматике. Фразы, употребляемые отцами в сочинениях, были: «главное чтоб он смог состояться в жизни», «чтоб он смог хорошо учиться» и т. д.

В целом сочинения матерей основной группы по сравнению с сочинениями отцов отличаются количеством позитивных и негативных высказываний о детях (у матерей их больше). В контрольной группе у матерей больше позитивных высказываний о детях, чем у отцов (по негативным высказываниям между родителями различий нет). И в той и другой группе матери чаще отцов выражали тревогу за здоровье и жизнь детей.

Отцы основной группы в сочинении больше писали о старшем ребенке, но, по сути, выразительными, эмоционально окрашенными были их описания младших детей. Они подробнее описывали интересы младшего здорового ребенка, чем старшего, отмечали эмоциональную близость именно с младшим ребенком.

Отцы контрольной группы схожи с отцами основной группы, тем, что больше внимания уделяли описанию интересов младших детей, чем старших.

По методике «Симметричные анкеты для пап и мам» было показано, что большинство матерей обеих групп могут доверить воспитание детей отцам в свое отсутствие.

В обеих группах здоровьем и лечение детей во время болезней, занятиями с детьми уроками и играми, по мнению большинства родителей, занимается мать, но вклад отца не ограничивается финансовой стороной и он тоже принимает активное участие в этих аспектах жизни семьи, но в меньшей степени.

Большинство матерей из обеих групп считают, что они больше тревожатся за здоровье детей, чем отцы, однако отцы так не считают. Большинство из них полагает, что они больше их жен переживают за здоровье детей, не смотря на то, что чаще всего матери лечат детей во время болезней и водят по врачам (по этому вопросу мнение родителей совпадает).

Параметр «близость ребенка» к одному из родителей показал следующие результаты: большинство родителей отрицает близость к одному из детей, но в семьях, где есть ребенок с бронхиальной астмой большинство отцов и матерей сошлись на том, что младший здоровый ребенок ближе к отцу. В основной группе большинство родителей указывали на одинаковую близость матери к обоим детям, что расходится с результатами проективных методик (сочинения и социограммы) и может говорить о защитном характере данного ответа. В контрольной группе оба родители считают, что с младшими детьми у них более близкие отношения, чем со старшими.

По методике «Социограмма» значимые различия выделены по параметру «сплоченность». В социограммах родителей семей основной группы сплоченность оказалась выше, чем у семей контрольной группы. Также в семьях, имеющих ребенка с бронхиальной астмой, коалиции (близкое расположение кружков, обозначающих мать и старшего ребенка, отделено расстоянием от кружков, обозначающих отца и младшего ребенка), встречаются чаще, чем в контрольной группе. Социограммы наглядно проиллюстрировали результаты других методик, о том, что в основной группе матери эмоционально близки со старшими детьми (с астмой), а отцы – с младшими здоровыми детьми. В контрольной группе матери и отцы на социограммах ближе к себе располагали младших детей. Также было видно, что родители основной группы теснее располагают круги на социограмме, чем родители из контрольной группы. Эти результаты, можно объяснить тем, что сплочённость в семьях, имеющих ребёнка – астматика, является одной из копинг–стратегией по преодолению стресса, связанного с болезнью ребёнка. Это также согласуется с представлениями системного подхода, в котором болезнь одного члена семьи рассматривается как прагматически выгодный симптом, в том числе и для сплочения семьи и для самого ребенка (особенно младшего возраста) для привлечения вни-

мания к себе родителей. Таким образом, можно сказать, что семьи с ребенком-астматиком отличаются сплоченностью, тесными межличностными отношениями, диффузностью личностных границ, наличием детско-родительских коалиций, в то время как семьи со здоровыми детьми чаще выглядят более гармоничными и функциональными.

Данные полученные в настоящем исследовании в результате смещения фокуса с проблемы взаимоотношения родителей с ребенком-астматиком (что было исследовано неоднократно), в сторону выявления специфических особенностей взаимоотношения матерей и отцов с больным и здоровым ребенком в одной семье дополняют представления об особенностях функционирования психосоматических семей. Привлечение отцов детей с бронхиальной астмой к исследованию подтверждает гипотезу о том, что в системе отношений матери больного ребенка отцу остается очень мало места, он на периферии этих отношений и не может в полной мере реализовать воспитательную функцию. Однако, наличие второго (здорового) ребенка позволяет отцу активно реализовать себя в детско-родительских отношениях, компенсируя недостаток подобных отношений со старшим ребенком.

Данные, полученные в настоящем исследовании, могут быть полезны для определения мишеней психологической и психотерапевтической работы с семьями, имеющими детей с психосоматическими заболеваниями.

Список литературы

1. Здравоохранение в России 2015: Стат. сб. / Росстат. М., 2015, 174 с. URL: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2015/zdrav15.pdf (дата обращения 12.03.2017).

2. *Александер Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и применение: Пер. с англ. М.: Эксмо-Пресс, 2002. 352 с.

3. *Аммон Г.* Психосоматическая терапия. М., 2000. 238 с.

4. *Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М.: Изд-во Ин-та психотерапии; Изд-во НГМА, 2000. 320 с.

5. *Билецкая М. П., Бурлакова М. И.* Семейная психотерапия и психокоррекция детей с бронхиальной астмой // Современные методы психотерапии: Материалы ежегод. науч.-практ. симп. / Под ред. С. А. Осиповой, В. И. Курпатова. СПб.: СПбМАПО, 2011. С. 21–25.

6. *Брязгунов И. П.* Психосоматика у детей. М.: Психотерапия, 2009. 480 с.

7. *Галицина Е. Ю.* Особенности семейного функционирования в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой различной степени тяжести // Учен. зап. СпбГМУ им. Павлова. 2016. Т. 23, № 3. С. 44–46.

8. *Исаев Д. Н.* Психосоматические расстройства у детей: Руководство для врачей. СПб.: Питер, 2000. 512 с.

9. *Булыгина М. В.* Имплицитная коммуникация между матерью и ребенком. Особенности коммуникации в семьях детей с хроническими соматическими заболеваниями. Lambert Akademic Publishing, 2010.

10. *Коваленко Н. А.* Эмоциональный и телесный опыт ребенка с бронхиальной астмой: Дис. … канд. психол. наук. М., 1998.

11. *Петрова И. В.* Факторы риска и причины формирования различной степени тяжести бронхиальной астмы у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1998. 21 с.

12. *Spagnola M., Fiese B.* Narratives of Family Functioning Predict Behavior // Problems Infants & Young Children. 2007. Vol. 20, no. 4. P. 284–299.

13. *Walker V. G.* Factors Related to Emotional Responses in School-aged Children Who Have Asthma // Issues in Mental Health Nursing. 2012. № 33. P. 406–429.

14. *Purcell K., Math J. R.* Abnorm Child Psychol Distinctions between subgroups of asthmatic children: Parental reactions to experimental separation // Journal of Abnormal Child Psychology. Jan 1973. Vol. 1, iss. 1. P. 2–15.

15. *Марковская И. М.* Опросник для изучения взаимодействия родителей с детьми // Журн. практического психолога. 1988.№ 3.

16. *Шведовская А. А.* // Психолог в детском саду. 2006. № 4. С. 96–128.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

К. Ю. Бутримова [1], *Е. А. Федурина* [2]

Новосибирский государственный педагогический университет, г. Новосибирск
[1] Xenie-2012@yandex.ru, [2] fedurina96@yandex.ru

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF EMERGENCE INTERNET DEPENDENCES

K. Yu. Butrimova, *E. A. Fedurina*

Интернет-зависимость на сегодняшний момент является актуальной темой. Всемирная паутина стала неотъемлемым элементом человеческой жизни и общения. Она предоставляет моментальный доступ к любой информации, возможность связаться с друзьями или родственниками, планирование времяпровождения, поиск новой любви, выбор одежды и т. п. Одним из основных признаков современного общества является стремительное развитие компьютерных информационных технологий и систем телекоммуникаций. На сегодняшний день можно с уверенностью сказать, что Интернет перестал быть просто системой хранения и передачи сверхбольших объемов информации и стал новым слоем нашей повседневной реальности и сферой жизнедеятельности огромного числа людей. В результате чего у пользователей компьютерных сетей возникает целый ряд интересов, мотивов, целей, потребностей, установок, а также форм психологической и социальной активности, непосредственно связанных с этим новым пространством. Для того чтобы более подробно понять суть проблематики, мы разберем понятия, благодаря которым понять специфику интернет-зависимости будет на много легче.

Интернет – это современная технология, позволяющая человеку проявить уникальные способности или выявить проблемы личности, если они существуют.

Зависимость – навязчивая потребность совершать определенные действия, несмотря на неблагоприятные последствия медицинского, психологического или социального характера [1].

Интернет-зависимость – «нехимическая зависимость от пользования Интернетом» [2]. Интернет-зависимость проявляется в том, что люди настолько предпочитают жизнь в Интернете, что фактически начинают отказываться от своей «реальной» жизни, проводя до 18 часов в день в виртуальной реальности. Другое определение понятия: «Интернет-зависимость» – это навязчивое желание войти в Интернет, находясь off-line,

и неспособность выйти из Интернета, будучи on-line [3]. Иными словами, интернет-зависимость – это поведение человека, за которым могут стоять различные виды защитных механизмов, которые формирует личность, чтобы укрыться от трудностей, болезненного опыта жизни, взросления, ответственности, поиска себя и своего уникального пути.

В 1994 г. К. Янг разработала и поместила на web-сайт специальный опросник и вскоре получила почти 500 ответов, авторы 400 из которых были признаны, согласно выбранному критерию, интернет-зависимыми людьми. Понятие «интернет-зависимость» впервые ввел американский психиатр Иван Голдберг в 1995 г. Под этим выражением он подразумевал скорее не медицинскую проблему, подобную алкоголизму и наркомании, а поведенческую аномалию, характеризующуюся сниженным уровнем самоконтроля и способную разрушить нормальную жизнь. Интернет-зависимость сегодня расценивается как психическое расстройство, выражающееся в неспособности пострадавшего вовремя выйти из сети и постоянным и навязчивым желанием войти туда снова. В 1998–1999 гг. опубликованы первые монографии по данной проблеме [2].

В России компьютерной зависимостью начали заниматься последнее десятилетие. Данная проблематика рассматривается в трудах таких ученых как А. Жичкина (шкала интернет-зависимости), Е. Щепилина (опросник «Восприятие Интернета»), И. Бурлаков (зависимость от компьютерных игр), О. Генисаретский и Н. Носов, которые впервые в России упомянули понятие «виртуальная реальность», А. Е. Войскунский, комплексно изучавший интернет-зависимость, и многих других [4]. Основными пользователями Интернета в России на сегодняшний день, по данным многочисленных социологических опросов, являются молодые люди в возрасте от 18 до 24 лет, большая часть которых – студенты. Для них Интернет является не только местом, где можно почерпнуть информацию, средством общения, но и той средой, где есть возможность уйти от реальности и получить удовольствие.

Кимберли Янг приводит 4 симптома интернет-зависимости:

1) навязчивое желание проверить e-mail;
2) постоянное ожидание следующего выхода в Интернет;
3) жалобы окружающих на то, что человек проводит слишком много времени в Интернете;
4) жалобы окружающих на то, что человек тратит слишком много денег на Интернет [3].

Проблема интернет-зависимости действительно не так безобидна. Некоторые психологи ставят ее в один ряд с алкоголизмом и наркоманией, учитывая асоциальные последствия. По результатам исследований на тему зависимости от сети Интернет выяснилось, что длительное и бесконтрольное пребывание в on-line вызывает изменения негативного характера

в состоянии сознания и в общем функционировании головного мозга. Это грозит человеку утратой способности к обучению и глубокому аналитическому мышлению и к какой-либо интеллектуальной работе. Кроме умственных нарушений постоянное «зависание» в сети Интернет и развивающаяся зависимость приводят к тому, что человек теряет навыки реального общения, приобретает асоциальные характеристики в поведении.

Мы задаемся такими вопросами: почему же люди становятся интернет-зависимыми, как это может повлиять на дальнейшую их жизнь, какие защитные механизмы мы можем встретить в данном контексте? Если рассматривать З. Фрейда, то он говорил о том, что человек избегает реальности, при помощи выработанных в детстве защитных механизмов, таких как: замещение, вытеснение, сублимация, проекция.

Не стоит упускать такую возможность, что человек может не понять, когда он «переходит» грань, и становится интернет-зависимым. Существуют признаки, по которым можно это отследить:

1) необоснованно частая проверка e-mail и аккаунта в социальной сети;
2) посещение сайтов не с целью поиска нужной информации, а механически;
3) чувство эйфории во время сеанса онлайн;
4) неспособность контролировать время нахождения в Интернете;
5) значительные финансовые затраты на Интернет; и др.

На основе всего выше изложенного материала, мы можем сделать вывод о том, что интернет-зависимость представляет собой поведение человека, за которым могут стоять различные виды защитных механизмов, которые формируют личность, чтобы укрыться от трудностей, болезненного опыта жизни, взросления, ответственности, поиска себя и своего уникального пути. Нехимические зависимости могут быть преодолены человеком в процессе познания своего внутреннего мира и своих творческих способностей, получения практической информации о том, как можно реализовать творческий потенциал.

Список литературы

1. *Богомолова Н. Н.* Социальная психология печати, радио и телевидения. М., 2004.
2. *Белинская Е.*, *Жичкина А.* Современные исследования виртуальной коммуникации: проблемы, гипотезы, результаты. М.: Юнити-Дана, 2004. 165 с.
3. *Жичкина А.* Социально-психологические аспекты общения в Интернете. М.: Дашков и Ко, 2004. 27 с.
4. *Янг К. С.* Диагноз интернет-зависимость // Мир Интернет. 2000. № 2.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ «ПРОБЛЕМЫ» КАК ПРИЧИНА НЕВРОТИЗАЦИИ РЕБЕНКА

Г. Э. Дашкевич

Педиатрическое отделение «Ласка»
многопрофильной клиники «Санитас»
г. Новосибирск
slk1@sibmail.ru

NEUROPSYCHOLOGICAL DISORDER AS A CAUSE OF CHILD NEUROTICISM

G. E. Daschkevich

Ведущее содержание патогенного конфликта при невротизации детей, как считает А. И. Захаров [1], определяется несоответствием воспитания возможностям развития ребенка, опыту становления его «я». В основе этого патогенного конфликта лежит конфликт между «я» и «мы», когда ребенок хочет, но не может по разным причинам войти в референтную группу «мы» (сначала это семья, затем группа сверстников). Обусловленное этим чувство обособленности является предпосылкой для развития невротического индивидуализма.

В данной работе мы предлагаем рассмотреть, одну из важных причин обсуждаемого несоответствия. Последние десятилетия резко изменился основной дизонтогенетический механизм, определяющий девиации развития. Если раньше, это было запаздывающее функциональное созревание наиболее долго и поздно формирующихся – височных и лобных структур левого полушария, то в последние десятилетия, на первый план выступает предпатологическое состояние наиболее рано созревающих – подкорковых и стволовых – систем головного мозга. Большое распространение среди старших дошкольников и младших школьников, получил синдром дисфункции ствола, подкорковых образований и активирующих подкорково-корковых связей [2] или так называемый «дисгенетический синдром» (по А. В. Семенович) [3].

В нейропсихологической картине развития данного синдрома отмечаются следующие основные симптомы.

1. Несформированность (в легкой степени выраженности) двигательных процессов – динамического праксиса, реципрокной координации и пространственного праксиса.

2. На фоне сформированной личности и высокой произвольности поведения – высокая утомляемость, приводящая даже к «псевдолобным» симптомам, которая компенсируется не организацией поведения, а паузой,

желательно заполненной двигательными упражнениями. Также, характерны трудности в опознании и воспроизведении эмоций, признаки тревожности.

3. Симптом нарушения памяти, в первую очередь слухоречевой.

Очевидно, что данный синдром, корни которого в раннем пре- и/или перинатальном периоде развития ребенка, самым патологическим образом сказывается на процессах обучения и социальной адаптации вне зависимости от их конкретного содержания. Эти дети демонстрируют наиболее грубые и труднокорригируемые феномены в поведении, при овладении чтением, письмом, математическими знаниями и т. д. Эта категория детей является группой риска по отношению к различного рода токсикоманиям (в том числе психологическим), психосексуальным девиациям, аутотравматизму.

Активно проявляющаяся симптоматика, очень часто, оказывается психотравмирующей ситуацией для ребенка, которая связана с неразрешимыми конфликтными отношениями с родителями, учителями и сверстниками. Особенно проблема обостряется при стремлении родителей к нереалистическим целям и амбициям, связанным с ребенком.

Возникший конфликт интересов и возможностей может создавать постоянное и неразрешимое состояние внутреннего эмоционального напряжения, ослабляющего «биотонус» семьи и чувство психического единства. Данное состояние отмечается нами в ходе работы с семьями обследуемых детей. Очень показательны результаты тестирования всех членов семьи, например, с помощью теста «Рисунок семьи» [4].

Вследствие своих разногласий и личностных особенностей родители не могут вовремя и согласованно адаптироваться к ребенку, требующему индивидуального, эмоционально щадящего, терпеливого и доверительного отношения. В результате у ребенка возникают эмоциональные нарушения, создающие определенные препятствия для последующей адаптации в отношениях с родителями, которые реагируют на это аффективным и противоречивым образом, еще более расходясь во мнениях.

Таким образом, возникший «замкнутый круг» – проблема, решение которой в плоскости какой-либо одной «парадигмы» становится невозможным. Решение, на наш взгляд, лежит в комплексном междисциплинарном подходе.

В качестве примера, обозначим вкратце, схему работы с детьми, имеющими обсуждаемые проблем, применяемую нами:

- нейропсихологическая диагностика и коррекция. Синдромы нарушений (несформированности) ВПФ (высших психических функций) у детей отличаются от таковых у взрослых больных с поражениями одних и тех же зон мозга. Это связано с неустойчивостью, изменчивостью синдрома, изменением его во времени, а также высокой пластичностью

и компенсаторным потенциалом мозга ребенка. Все это требуется учитывать при постановке диагноза и разработки коррекционных мероприятий. С учетом вышесказанного, нами для анализа данных нейропсихологического обследования используется методика Л. С. Цветковой для детей младшего школьного возраста [5].

- психологическая и психотерапевтическая коррекция ребенка – с целью ослабления невротической симптоматики и формирования позитивного отношения к будущему. С этой целью используются широко известные методы – игровая терапия, арт-терапия и другие методы терапевтического воздействия.
- активная семейная терапия – где задачей служит разрешение семейных конфликтов и формирование «позитивно» структуры межличностных отношений в семье. Этой работе уделяется большое внимание, мы считаем, и результаты работы показывают, что при отсутствии включенности родителей в процесс коррекционной работы, на достижение позитивных результатов надеяться можно с большим сомнением. В случае отказа членов семьи от участия в терапевтических действиях, в течение одной – двух встреч делается попытка донести до членов семьи «особенность» ребенка и необходимость других подходов к его воспитанию и других схем формирования взаимоотношений.

Список литературы

1. *Захаров А. И.* Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л.: Медицина, 1982. 216 с.
2. *Семенович А. В.* Введение в нейропсихологию детского возраста. М.: Генезис, 2013. 319 с.
3. *Цветкова Л. С., Цветков А. В.* Нейропсихологическое консультирование в практике психолога образования. М.: Спорт и культура, 2012. 120 с.
4. *Беллак Л., Эбт Л. и др.* Проективная психология. М.: Психотерапия, 2010. 416 с.
5. *Цветкова Л. С.* Методика нейропсихологической диагностики детей. 4-е изд., испр. и доп. М., 2002.

ВЗАИМОСВЯЗЬ Я-КОНЦЕПЦИИ И ДЕПРЕССИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ

Д. А. Карпенко, *Е. Л. Дорошева*

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск
rector@ngmu.ru

THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-CONCEPT AND DEPRESSIVE TENDENCIES

D. A. Karpenko, *E. L. Dorosheva*

В последние годы все более возрастает интерес к изучению личностных факторов, которые могут быть связаны с возникновением или развитием депрессии – широко распространенного в современном мире аффективного расстройства. Среди данных факторов важное место занимают Я-концепция и такой ее аспект как Эго-идентичность. Особенности Я-концепции тесно связаны с общим уровнем адаптации человека и могут в существенной мере выступать факторами защиты или риска для депрессии.

В настоящей работе рассматривается взаимосвязь депрессивной симптоматики и выраженности зависимой и независимой Я-концепции, т. е. склонности определять себя через свои индивидуальные характеристики, свои достижения, неудачи, или идентифицироваться с ближайшей либо широкой социальной группой, и определять себя через ее свойства [1]. В ряде зарубежных исследований выдвигались предположения о том, что субъективное благополучие связано с типом Я-концепции, снижаясь при увеличении зависимой Я-концепции; данное предположение было подтверждено для восточных коллективистских культур и не подтверждено – для западных индивидуалистических. Для последних показано, что независимая Я-концепция ведет к увеличению благополучия. На российской выборке, отличающейся по характеристикам индивидуализма и коллективизма, таких исследований не проводилось. Мы предположили, что в российской культуре, занимающей промежуточное положение, может быть выявлена как положительная связь наличия депрессивных тенденций с зависимой Я-концепцией, так и отрицательная – с независимой.

Также мы рассматриваем распространенность депрессивных проявлений при разных статусах идентичности в концепции Солдатовой, разрабатывающей теорию Марсиа [2]. Предполагается, что диффузная идентичность, соответствующая кризису идентичности, связана с неопре-

деленностью в установках, смыслах, ценностях, отсутствием опоры на них, что может способствовать увеличению симптоматики депрессии. Для молодых людей, еще опирающихся на усвоенные в семье, в образовательных учреждениях ценности, имеющих небольшой опыт самостоятельной жизни, как предрешенная, так и сформированная идентичность, возможно, могут выступать факторами благополучия.

В нашем исследовании изучается неклиническая группа – молодые люди с наличием симптомов депрессии, которые не обращаются за профессиональной помощью. Юношеский возраст связан с кризисом перехода во взрослую жизнь, и именно в это время проблемы самоидентификации могут приобретать особое значение.

В исследовании приняли участие 50 студентов ФБОУ ВО НГМУ Минздрава России факультетов клиническая психология и лечебное дело (из них 18 мужчин и 32 женщины) в возрасте от 17 до 20 лет. Использовались методики: шкала депрессии Бека (BDI), скрининговый опросник депрессии (PHQ-9), опросник «независимая и коллективная Я-концепция», опросник «родственная Я-Концепция» и тест структуры Эго-идентичности (СЭИ).

Были выделены две группы. Основную группу составили студенты с депрессивной симптоматикой, выявленной в обоих опросниках (более 10 баллов по опроснику Бека и более баллов 5 по опроснику PHQ-9), 11 человек. Группу сравнения сформировали участники исследования без депрессивной симптоматики в обоих опросниках, всего 23 человека. Путем случайного отбора испытуемые были включены в группу сравнения таким образом, чтобы группы были выровнены по полу.

При сравнении групп с помощью критерия Манна – Уитни нами были получены следующие результаты. Диффузная идентичность значимо выше в группе с депрессивной симптоматикой (U = 65,0, p = 0,047). Возможно, несформированность целостной Эго-идентичности (потеря опоры на ценности, разочарование в прежних установках, прежних способах действия либо их изначальное отсутствие) приводит к возникновению депрессивной симптоматики. Также возможно, что накопленные противоречия, которые приводят к возникновению диффузной идентичности, вызывают развитие депрессии. Не выявлено различий в уровнях предрешенной и сформированной идентичности. Необходимо отметить, что если участников групп с предрешенной и диффузной идентичностью было достаточно много, то сформированная идентичность встречалась единично. Мы можем полагать, что в данном возрасте предрешенная идентичность не является ни фактором риска развития депрессии, ни защищает от нее. О взаимосвязях сформированной идентичности и симптомов депрессии сделать заключение не представляется возможным из-за ее недостаточной распространенности, 6 человек в группе. На других возрастных группах результаты мо-

гут быть иными, так как достижение личностной зрелости и благополучия во взрослом возрасте, согласно Э. Эриксону и другим авторам, связано с достижением сформированной идентичности.

Не выявлено значимых различий по шкалам зависимой и независимой Я-концепции в группах с депрессивной симптоматикой и без нее. Изначально выдвинутое нами предположение о том, что у студентов с депрессивными тенденциями зависимая Я-концепция выше, чем у студентов с отсутствием депрессивной симптоматики, не подтвердилась. Для людей с зависимой Я-концепцией характерно чувство общности со своим окружением. Такой человек в трудные моменты идет за помощью к своим близким, что снижает риск возникновения депрессивных тенденций. Для молодых людей 18–22 лет обращение к близким за помощью может быть еще достаточно важно. В то же время, зависимая Я-концепция не выступает и фактором защиты от депрессии. Действия индивидов с независимой Я-концепцией направлены на выражение и реализацию своих внутренних потребностей. Так как для российского общества не характерен четкий индивидуализм культуры, личность со значительно выраженной независимой Я-концепции может встречать со стороны общества определенное давление, и плюсы автономии могут снижаться. Это, возможно, объясняет отсутствие связи независимой Я-концепции и наличия депрессивной симптоматики. Не исключено и влияние фактора возраста.

Продолжение исследования на выборке большего объема, сравнение с клиническими группами может предоставить дополнительную информацию о взаимосвязи депрессивной симптоматики и особенностей Я-концепции. Увеличение диффузной идентичности у студентов с наличием симптомов депрессии может указывать на возможное направление коррекционной работы: формирование смыслов, ценностей, устойчивых убеждений; в данном возрасте они, по-видимому, могут быть еще заимствованными.

Список литературы

1. *Дорошева Е. А., Князев Г. Г., Корниенко О. С.* Валидизация русской версии опросников Я-концепции // Психологический журнал. 2016. Т. 37, № 3. С. 99–112.

2. *Солдатова Е. Л.* Модель нормативного кризиса развития взрослого человека // Вестн. Южно-Урал. гос. ун-та. 2008. № 13 (131). С. 39–47.

ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕМЬИ И СЕМЕЙНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

О. В. Киселева [1], *И. А. Агеева* [2]

[1] Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск
kiseleva_ov@inbox.ru

[2] Кыргызско-российский славянский университет, г. Бишкек
mars53_2001@mail.ru

CHARACTERISTICS OF FAMILY AND FAMILY IDENTITY AT YOUNG MEN WITH NARCOTIC DEPENDENCE

O. V. Kiseleva, *I. A. Ageeva*

Проблема наркотической зависимости у подростков и молодежи продолжает оставаться актуальной, несмотря на предпринимаемые усилия по ее преодолению помогающих специалистов разного профиля. Более того, в последние несколько лет возникла угрожающая тенденция роста зависимости от радикально новых психоактивных веществ (ПАВ), так называемых «дизайнерских наркотиков», приобретаемых в качестве альтернативы «традиционным», к числу которых относят и синтетические каннабиноиды («Спайс») [1]. В связи с этим наряду с проведением профилактических мероприятий, поиск эффективных методов диагностики и психотерапии наркотической зависимости остается важной задачей для психологов и других помогающих специалистов.

Теоретико-методологической основой представленного исследования стали положения системного семейного подхода в психологии и психотерапии [2]. Выбор данного подхода обусловлен тем, что роль семьи в становлении клинических проявлений аддиктивных расстройств и в реабилитации зависимых от психоактивных веществ признается в настоящее время большинством отечественных и зарубежных специалистов [2–9].

Как отмечают Э. Г. Эйдемиллер и М. Ю. Городнова (2002), семейная терапия все больше входит в практику лечения и реабилитации самых различных заболеваний, опираясь на парадигму системного подхода в медицине и биопсихосоциальную модель заболевания и здоровья человека. При этом семейная психотерапия в наркологии, имея свои особенности, развивается и следует общим тенденциям психотерапии вообще и семейной психотерапии в частности [10].

С точки зрения системной семейной терапии человек с наркотической зависимостью («идентифицированный пациент») является выражением

неблагополучия семейной системы в целом [3; 4; 8–10]. Надо сказать, что изменение в функционировании семьи может способствовать редукции симптома или симптоматического поведения у носителя симптома. Однако, как отмечают специалисты, привлечение членов семьи к проведению реабилитационных мероприятий нередко становится сложной задачей ввиду проявления у них защитного поведения и сопротивления [10; 11]. В связи с этим важным в процессе психотерапевтических мероприятий является использование методов диагностики семьи с целью первичного построения общего представления о семье наркозависимых, ее членах, характере функционирования и межличностных отношениях.

В представленной работе основное внимание мы сосредоточили на исследовании переживания своей принадлежности к семье, т. е. семейной идентичности молодых людей с наркотической зависимостью. Американский психотерапевт Н. Аккерман под семейной идентичностью понимал содержание и направленность ожиданий, стремлений, ценностей, а также тревог и проблем адаптации, которые разделяют члены семьи или взаимодополняют ими процессы выполнения ролей в семье [4]. Н. В. Лукьянченко рассматривала семейную идентичность «как субъективный образ принадлежности к семейной группе, отражающий характеристики группы и своего функционирования в ней в структурном, эмоционально-оценочном и когнитивном аспектах» [12]. Именно на последнее определение семейной идентичности мы и будем опираться в процессе нашего исследования.

На сегодняшний день существуют работы, посвященные изучению некоторых аспектов семейной идентичности у представителей различных социальных групп [12–15]. Помимо этого, психологи выделяют различные направления изучения семейной идентичности в психологии. Так, С. С. Строкова в своих исследованиях пишет о трех основных подходах к пониманию и, соответственно, исследованию семейной идентичности [16]. Первый подход строится на исследованиях групповой идентичности в целом и характеризуется ее пониманием как четырехстатусной модели описания себя в каком-либо групповом контексте (Э. Эриксон, Дж. Марсиа, В. Р. Орестова). Второй подход к описанию и специфике исследования семейной идентичности предполагает понимание семейной идентичности как субъективного образа семьи, представленного различными аспектами (О. А. Минеева, Н. В. Лукьянченко). Третья группа методов исследования семейной идентичности отражена в работе А. М. Ерри и коллег (A. M. Epp, L. L. Price), которые, основываясь на определении Беннетта, предлагают исследовать множество характеристик семейной идентичности.

В проведенном исследовании мы использовали второй подход, описывая семейную идентичность через субъективный образ семьи и представ-

ления о характере взаимоотношений в ней. Следует отметить, что на сегодняшний день имеются аналогичные работы, в которых изучалась субъективная картина мира, а также образ отца и матери у взрослых с зависимостью от ПАВ [17]. В связи с этим целью исследования являлось дополнение существующих представлений о семейных аспектах функционирования у молодых мужчин с наркотической зависимостью посредством изучения их семейной идентичности. Гипотезой исследования выступало предположение о том, что у молодых мужчин с наркотической зависимостью отмечаются : идеализированные представления о характере взаимоотношений в их родительской семье; нарушения представлений о распределении власти и границах между семейными подсистемами; а также тенденция к дистанцированию с отцом.

В исследовании приняли участие 28 молодых мужчин в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст 24,2 ± 5,04) с наркотической зависимостью, находящихся в наркологическом реабилитационном центре «Берег надежды» г. Новосибирска. Период употребления наркотических веществ у них составляет от 2-х месяцев до 18 лет (средний стаж употребления 6 лет и 7 месяцев ± 5,6). У 39 % (11 человек) данной группы был поставлен диагноз сочетанной зависимости от алкоголя, опиоидов, психостимуляторов и синтетических каннабиноидов, 61 % (17 человек) употребляли только синтетические каннабиноиды (курительные смеси, «Спайс»). Периоды ремиссии колебались от одного месяца до 1 года и 7 месяцев. В качестве контрольной группы для участия в исследовании были привлечены 29 студентов мужского пола Новосибирского государственного университета в возрасте от 18 до 22 лет (средний возраст 21,2 ± 1,2). В общем, в исследовании приняли участие 57 молодых мужчин. Все участники исследования не состояли в гражданском браке и не сожительствовали на момент проведения исследования. Далее по тексту исследуемые молодые мужчины с наркотической зависимостью будут обозначены как 1-я группа, молодые мужчины без наркотической зависимости – 2-я группа.

В данном исследовании были использованы анкетирование, психодиагностический и статистический методы. Разработанная нами авторская анкета позволила собрать информацию относительно состава семей, социального статуса родителей и особенностей воспитания. Для оценки микросоциального климата в семьях исследуемых групп был использован опросник «Шкала семейного окружения» – Family Environment Scale (FES), R. H. Moos (1974), адаптированный С. Ю. Куприяновым (1974) [8]. Также мы воспользовались проективным тестом «Семейная социограмма», позволяющим выявить положение субъекта в системе межличностных отношений и характер коммуникаций в семье (В. Юстицкис, Э. Г. Эйдемиллер, 1999) [15]. Статистический анализ данных осуществлялся с помощью лицензионного пакета программ IBM SPSS Statistics 22. Достовер-

ность различий между группами устанавливалась с помощью углового преобразования Фишера (φ) и *U*-критерия Манна – Уитни.

Сбор информации о социально-статусных характеристиках семей исследуемых групп позволил нам соотнести полученные в ходе психодиагностики результаты с объективными критериями исследуемых семей. Согласно полученным данным, достоверно значимые различия в исследуемых группах были получены в отношении социального статуса родителей и характеристик семейного окружения. Участники исследования из 2-й группы достоверно чаще воспитывались в полной семье ($\varphi = 2{,}291$; $p < 0{,}05$), и их родители состоят в браке ($\varphi = 1{,}268$; $p < 0{,}05$), в то время как представители 1-й группы достоверно чаще воспитывались в неполной семье ($\varphi = 3{,}435$; $p < 0{,}01$), их родители чаще вступали в повторные браки ($\varphi = 2{,}253$; $p < 0{,}05$) либо их матери воспитывали детей без мужа ($\varphi = 1{,}268$; $p < 0{,}05$). Полученные данные подтверждают результаты ранее проведенных исследований, в которых отмечается, что воспитание в неполных семьях может служить предпосылкой формирования отклоняющихся форм поведения у детей [3; 5; 9; 18]. Структура базисных семейных ролей и границы между подсистемами в неполных семьях, как правило, могут быть нарушены, что может привести к дисфункции семьи и формированию симптоматического поведения у ее членов.

Нелишне будет отметить, что в семье с позиции системного подхода развод сопровождается кардинальными изменениями на всех уровнях ее функционирования, в том числе перестройкой семейной структуры. Все эти изменения находят отражение в трансформации соответствующих субъективных представлений, как бывших супругов, так и детей [5; 18]. Повторный брак родителя может сочетаться с неопределенностью семейной принадлежности детей. Лояльность кровным родителям может сочетаться с неудовлетворенностью отношениями с мачехой или отчимом. И наоборот, лояльность мачехе или отчиму сопутствует нелюбви к кровному родителю, не проживающему с ребенком. Дети могут полагать, что их нелюбовь к отчиму или мачехе обидит проживающего с ними родителя. Во всяком случае, для ребенка крайне важно продолжать поддерживать контакт с кровным родителем, не являющимся его официальным опекуном. Сложные и конфликтующие между собой роли в смешанной семье приводят к специфическим для этой системы эмоциональным проблемам. Все члены приходят в такую семью с чувствами вины и утраты, и неспособностью конструктивно разрешить данные эмоциональные проблемы, что может послужить предпосылкой к формированию отклоняющегося поведения у ее членов.

Полученные данные с помощью теста «Семейная социограмма» показали, что нарушение границ между подсистемами достоверно выше в 1-й группе ($\varphi = 2{,}08$; $p < 0{,}05$). Это позволяет предположить, что в семьях мо-

лодых мужчин с наркотической зависимостью может существовать проблема, связанная с распределением ответственности. Родительская подсистема должна быть защищена от вмешательства детей, а также от других взрослых внутри и вне семьи. В случае нарушения этих границ ребенок, нередко, может считать, что отвечает за действия одного из родителей, и тогда он пытается во всем его контролировать, либо берет на себя груз ответственности одного из родителей, что является для него непосильным грузом [5; 9; 10; 19]. Возможна и другая ситуация, когда родители полностью лишают ребенка ответственности за его действия и поступки, принимая за него все решения, и тогда ребенку ничего не остается, как избрать для себя путь аддиктивной самореализации.

Характер отображения себя большим кружком по сравнению с остальными членами семьи, изображенными кружками меньшими по размеру позволяет говорить о том, что самооценка молодых мужчин из 2-й группы достоверно выше ($\varphi = 2{,}423$; $p < 0{,}01$). Как показано в исследованиях М. С. Радионовой и И. М. Вяльцева, неадекватность и несформированность «Я-концепции» может являться причиной наркотизации. Вместе с тем неадекватность «Я-концепции» может произойти вследствие изменений личности в процессе наркотизации [20]. Заниженная самооценка также может быть предпосылкой вовлечения в асоциальные группы, в которых употребляются наркотические вещества. Не получая одобрения в кругу значимых лиц, дети и подростки могут вовлекаться в подобные группы, получая в них определенное внимание, необходимое для поддержания своей самооценки [21].

Отсутствие изображения отца на рисунке, достоверно выше в 1-й группе ($\varphi = 3{,}443$; $p < 0{,}01$). На наш взгляд, это объясняться тем, что представители данной группы чаще воспитывались в неполных семьях без отца. Согласно основным положениям системного подхода, исключение какого либо члена из семейной системы нарушает ощущение полноты и целостности «Я» и снижает способность индивида добиваться поставленных целей в жизни и может способствовать формированию аддиктивного поведения [2; 10].

У представителей 2-й группы при изображении членов семьи достоверно чаще круги соприкасаются друг с другом ($\varphi = 2{,}589$; $p < 0{,}01$), это может говорить о наличии тесного психологического контакта между данными членами семьи. Подобная близость в отношениях может служить источником поддержания эмоциональной стабильности и поддержки в трудных жизненных ситуациях, что не наблюдается в семьях молодых мужчин с наркотической зависимостью.

Также в 1-й группе достоверно чаще члены семьи изображались в одну линию ($\varphi = 3{,}343$; $p < 0{,}01$). Данный признак свидетельствует о недостаточно дифференцированных отношениях между членами семьи и, воз-

можно, о нарушении распределения власти в семье. В семейной системе власть обычно отражает способность индивида или подсистемы выполнять свои функции, и в случае образования межпоколенных коалиций между одним из родителей и ребенком, к примеру, власть второго родителя в отношении других детей может быть нарушена. Дисфункциональное распределение власти в семье ведет к еще одной проблеме, а именно нарушению способности отдельных членов семьи реализовывать собственный потенциал развития. Более того, семья, стремящаяся оградить своего взрослеющего ребёнка от превратностей жизни, лишает его возможности получить собственный опыт и обрести власть над окружающим миром [5].

У представителей 1-й группы по результатам вышеуказанного теста было выявлено увеличение дистанции по отношении к отцу ($U = 188$; $p < 0{,}05$). Скорее всего, это связано с тем, что большинство испытуемых данной группы воспитывались в неполных семьях, или с отчимом. В литературе отмечается, что для семей пациентов с наркотической зависимостью характерны близкие отношения между матерью и сыном, которые сочетаются холодностью со стороны отца [4]. Отцы в подобных семьях реже демонстрируют гиперответственность по отношению к детям, чаще же они проявляют различные варианты отклоняющегося поведения: чрезмерную жестокость и агрессивность, либо отстраненность и безучастность. Нередко отцы в этих семьях сами подвержены алкоголизации [5].

Полученные с помощью методики «Шкала семейного окружения» данные позволяют говорить о том, что представители 1-й группы описывают отношения в своих семьях как способствующие независимости и самоутверждению ($U = 268$; $p < 0{,}05$), а также ориентированные на достижения в различных областях деятельности (учебе, работе и пр.) ($U = 264$; $p < 0{,}05$), уважающие этические и нравственные положения ($U = 275$; $p < 0{,}05$). Это позволяет нам предположить, что представление о межличностных отношениях в своих семьях у участников данной группы достаточно идеализированное. Возможно, это связано с действием механизмов психологической защиты, направленных на поддержание стабильной самооценки и связанных с отрицанием существования каких-либо проблем в реальности, а может быть с желанием иметь полноценную семью. Как отмечает Е. Симонова по результатам своих клинических наблюдений в работе с наркозависимыми и их семьями, отрицание с течением болезни становится автоматическим, эго-синтонным, сам индивид (или семья) остается в неведении относительно определенных вполне очевидных аспектов внешней реальности, которые, в случае их признания, переносились бы болезненно [11; 22].

Подводя итоги проведенному исследованию, можно сказать, что диагностика семейной идентичности молодых мужчин с наркотической зависимостью может послужить одним из шагов в программе их реабилитации.

Как показали полученные результаты, субъективное представление о характере межличностных отношений в семьях лиц с наркотической зависимостью отличается недифференцированными границами между подсистемами, нарушением распределения власти в семье, отсутствием полноты восприятия семейной системы, дистанцированием и нарушением коммуникаций с отцом, а также искаженным восприятием реальности семейных взаимоотношений на фоне действия механизмов психологической защиты. Названные показатели могут выступать в качестве мишеней в психотерапевтической работе с наркозависимыми и членами их семьи.

Список литературы

1. *Шахова С. М.* Психологические особенности подростков, характеризующихся систематическим чрезмерным употреблением каннабиоидов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2016. № 2 (16). URL: http://psychildhealth.ru/2016-02.pdf
2. *Варга А. Я., Хамитова И. Ю.* Теория семейных систем Мюррея Боуэна // Московский психотерапевтический журнал. 2005. № 1. С. 137–146.
3. *Аккерман Н.* Роль семьи в появлении расстройств у детей // Семейная психология. Хрестоматия: Сост. Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова, В. Юстицкис. СПб.: Речь, 2007. С. 228–244.
4. *Аккерман Н.* Теория семейной динамики // Семейная психотерапия / Сост. Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова, В. Юстицкис. СПб.: Питер, 2000.
5. *Браун Дж., Кристенсен Д.* Теория и практика семейной психотерапии. СПб.: Питер, 2001. 352 с.
6. *Макушина О. П.* Склонность к различным аддикциям в современной семье // Социальная психология и общество. 2011. № 4. С. 111–122.
7. *Менделевич В. Д., Макушина О. П.* Специфика взаимосвязей наркотической и алкогольной зависимостей подростков с характером их отношений с родителями // Наркомания и общество: пути решения проблемы: Материалы науч.-практ. конф. Казань, 2003.
8. *Эйдемиллер Э. Г., Медведев С. Э.* Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении. СПб.: Речь, 2012. 207 с.
9. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В.* Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. СПб.: Питер, 2009.
10. Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы: Учеб. пособие для врачей и психологов / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. 2-е изд., испр. и доп. СПб.: Речь, 2010. 425 с.
11. *Симонова Е.* Некоторые особенности психотерапии семей с химической зависимостью // Моск. психотерапевт. журн. 2001. № 3. URL: https://psyjournals.ru/files/22755/mpj_2001_n3_Simonova.pdf

12. *Лукьянченко Н. В.* Семейная идентичность супругов на этапе перехода от молодой семьи к зрелой // Сиб. пед. журн. 2010. № 10. С. 283–294.

13. *Лукьянченко Н. В., Новикова Е. А.* Особенности семейной идентичности женщин, отбывающих наказание в местах лишения свободы // Прикладная юридическая психология. 2011. № 3. С. 78–85.

14. *Строкова С. С.* Семейная идентичность подростков из семей различного типа // Психология и право. 2017. № 1. С. 34–52. doi: 10.17759/psylaw.207070104

15. *Хитрина И. Ю.* Соотношение личной и семейной идентичности в семьях, переживающих кризисы развития // Вестн. НГУ. Серия: Психология. 2008. Т. 2, вып. 1. С. 41–44. URL: http://www.nsu.ru/xmlui/handle/nsu/2542

16. *Строкова С. С.* Направления изучения семейной идентичности в психологии // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22, № 3. С. 8–22.

17. *Васильева Н. Л., Молин А. Г.* Особенности субъективной картины мира у взрослых с зависимостью от ПАВ // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8, № 3. С. 173–184. doi:10.17759/exppsy.2015080315

18. *Терехина С. А.* Представления о родительской семье у детей из разведенных семей // Психология и право в современной России: Коченовские чтения. URL: http://psyjournals.ru/kochenovskie_chteniya_2010/issue/41370_full.shtml

19. *Минухин С., Фишман Ч.* Техники семейной терапии. М.: Смысл, 1999.

20. *Радионова М. С., Вяльцева И. М.* Особенности «Я-концепции» наркозависимых // Психологическая наука и образование. 2004. № 1. URL: http://psyjournals.ru/psyedu/2004/n1/Radionova.shtml

21. *Реан А. А., Коломинский Я. Л.* Социальная педагогическая психология. СПб.: Питер Ком, 1999. 416 с.

22. *Anderson D. J.* The Psychopathology of Denial // Professional Education. 1981. No. 9.

ОСОБЕННОСТИ СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ, ПОПАДАЮЩИХ В ЗОНУ ВЫСОКОГО СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Д. В. Коваленко

Новосибирский государственный университет,
Междисциплинарный центр прикладного анализа поведения
г. Новосибирск
danikovalenko@mail.ru

PECULIARITIES OF THE MEANING'S SPHERE OF PEOPLE WHO FALL INTO THE HIGH SUICIDE RISK ZONE

D. V. Kovalenko

По статистике каждый год в мире совершается около одного миллиона самоубийств. Суицидальных попыток – примерно в десять раз больше. С точки зрения различных парадигм на вопрос о том, а что же является причиной развития суицидального поведения, ответы предоставляются разные, выделяются различные факторы суицидального риска. Мы сосредоточились на изучении особенностей смысловой сферы.

Утрата смысла своего существования зачастую способна толкнуть человека к совершению отчаянных поступков, в том числе и к суициду. Мы берём за основу концепцию Виктора Франкла, центральным понятием которой является понятие «смысл жизни», а также понятие «субъективное благополучие», развивающееся в рамках позитивной психологии и понимаемое нами – вслед за Шамионовым и др. – как удовлетворённость субъектом собственной жизнью, различными её аспектами.

В данной работе мы разводим понятие удовлетворённости жизнью, относящееся к понятию субъективного благополучия, и наличие смысла в жизни, как он понимается в рамках теории В. Франкла. К первому мы предлагаем отнести оценку субъектом условий его жизни, её не / успешности, отношений с другими людьми, состояния здоровья, его занятости, жилищных условий и т. д.; во втором же случае речь идёт о внутреннем состоянии субъекта, об оценке им своей жизни, как не / имеющей смысла.

Нашей целью было выявление взаимосвязи между уровнем суицидального риска и особенностями смысловой сферы; уровнем субъективного благополучия и наличием смысла в жизни.

В исследовании приняли участие 31 испытуемый в возрасте от 18 до 27 лет. Испытуемым предлагалось пройти три методики: компьютерную методику на измерение уровня суицидального риска «Сигнал», а также два опросника: опросник «Шкала экзистенции» Джемса – Ленгле и опросник

«Шкала психологического благополучия» К. Рифф. Все методики прошли адаптацию на российских выборках.

Далее была проведена статистическая обработка полученных данных с использованием критерия Шапира – Уилка (проверка данных на соответствие НЗР) и критерия Спирмена (установление корреляционной связи). Для обработки данных использовалась программа SPSS Statistics 19.

Гипотезы исследования

Общая гипотеза: между особенностями смысловой сферы и уровнем суицидального риска существует обратная связь.

Частные гипотезы: чем выше уровень осмысленности жизни, тем ниже уровень суицидального риска; чем выше уровень субъективного благополучия, тем ниже уровень суицидального риска.

Данные гипотезы основываются на теоретических предположениях о связи уровня осмысленности жизни и наличием суицидальных тенденций. В первом случае суицидальное поведение связывается с понятием экзистенциального ваккума (Франкл, 2017), т. е. состояния переживания утраты смысла жизни. Во втором случае (СБ) суицидальное поведение связывается с оценкой субъектом обстоятельств своей жизни, как неудовлетворительных; удовлетворённость здесь напрямую связана с объективным положением вещей (материальным достатком, социальным положением, отношениями с окружающими, возможностями для постановки и реализации различных целей и т. д.) (Шамионов, 2004, 2012).

В ходе статистической обработки данных с помощью критерия Спирмена между шкалой экзистенциальной исполненности (G) методики «Шкала экзистенции» и показателями суицидального риска (ПСР) методики «Сигнал» была выявлена значимая корреляционная связь ($r = 0{,}606$; $p = 0{,}01$). Это свидетельствует в пользу выдвинутой нами гипотезы о существовании обратной связи между уровнем осмысленности жизни и уровнем суицидального риска. Чем выше уровень осмысленности жизни, тем больше значения показателя суицидального риска (ПСР), т. е. тем ниже суицидальный риск (в соответствии с методикой «Сигнал»: высокий ПСР (от 0,7 у. е.) соответствует низкому уровню суицидального риска и наоборот). Данный результат подкрепляется и концепцией Виктора Франкла, с точки зрения которого люди, совершающие суицид, перестают видеть смысл в жизни, но смысл для них обретает смерть. Отсутствие смысла жизни, а вернее прекращение попыток его найти толкает людей на совершение суицида.

Также в ходе вычисления коэффициента корреляции Спирмена была выявлена значимая корреляционная связь ($r = 0{,}524$; $p = 0{,}01$) между шкалой «Психологическое благополучие» методики «Шкала психологическо-

го благополучия» К. Рифф и показателями суицидального риска (ПСР) методики «Сигнал». На основании полученного результата мы приняли выдвинутую нами гипотезу о наличии обратной связи между уровнем субъективного благополучия и уровнем суицидального риска, т. е. чем выше уровень субъективного благополучия, тем ниже уровень суицидального риска. Иными словами, чем больше человек удовлетворён своей жизнью, различными её аспектами (как то: общение с окружающими, материальное положение, возможности для роста и целеполагания и т. д.), тем меньше вероятность возникновения у него суицидальных намерений, суицидального поведения.

В дополнение к описанному, мы также проверили существование связи между наличием смысла в жизни (по методике «Шкала экзистенции») и уровнем субъективного благополучия (по методике «Шкала психологического благополучия» К. Рифф). В ходе проведения статистического анализа с помощью критерия Спирмена между ними была выявлена значимая корреляционная связь ($r = 0{,}656$; $p = 0{,}01$). Основываясь на полученном результате и следуя логике нашего исследования, мы можем сказать, что люди, которые находят в своей жизни некоторый глубинный смысл, также и более удовлетворены ею.

Также кажется логичным и предположение о том, что человек, который субъективно более удовлетворён своей жизнью, с большей вероятностью будет настроен на поиск в ней различных смыслов. Если продолжить рассуждение на эту тему, то возникает следующий вопрос: а возможно ли, чтобы жизнь, оцениваемая субъектом, как удовлетворительная, и, может быть, удовлетворительная даже и с объективной точки зрения, сама создавала иллюзию некоторой осмысленности? Возможно ли, чтобы этого было достаточно, или всё-таки жизненной тенденцией человека в любом случае будет сохраняться поиск других, более глубинных смыслов?

Полученный в ходе нашего исследования результат также может говорить в пользу мнения тех авторов, которые включают конструкт смысла жизни в само понятие психологического благополучия, как важной его составляющей. В настоящее время вопрос о соотношении понятий психологического благополучия и смысла (смысложизненных ориентаций) всё ещё остаётся открытым (Карапетян, 2014) и представляет большой интерес для проведения будущих исследований.

PSYCHODYNAMIC APPROACHES TO THE ASSESSMENT AND DIAGNOSE OF MENTAL DISORDERS

Ts. P. Korolenko

Novosibirsk Medical University, Novosibirsk
lengyel34@mail.ru

For many years, psychiatry have been dominated by mainly descriptive and disorder-centered approach, exemplified by the various editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, for example DSM-5 (2013); ICD 10 (1992) or Russian MKB (changed version of ICD). All these editions have overshadowed other approaches, including psychodynamic ones (Blatt, Luyten 2010). Continuing criticism of the descriptive approach in psychiatry, however, has led to the beginning of significant changes. Psychodynamic language and views are finding their way in DSM-5 (2013) where Personality Disorders Work Group proposed a classification based on impairments in representation of self and other as key in diagnosing personality disorder [1]. It was included in Section III of DSM-5 for further research. This psychodynamic approaches influence now the treatment development. Whereas the DSM has fostered the development of treatments focused on specific disorders, this new approach suggests a transdiagnostic view of treatment that is congruent with psychodynamic focus on the spectrum rather than specific disorder's treatment.

Psychodynamic approaches are the main operative tools of the new branch of clinical psychiatry coined as the psychodynamic psychiatry [2–4]. In contrast to the traditional psychiatry, it is focused not so on the paradigm of symptoms, syndromes and diagnoses as at the personal characteristics of the patients and on the individual peculiarity of their psychopathology, as well on their inner experiences, including psychopathological symptoms.

A developmental understanding of psychopathology is central. Unconscious motivation and intentionality as well as factors outside of the individual's awareness play an important role in explaining the formation and maintenance of psychopathology. There is now increasing consensus across several fields that factors influencing psychological development often exert their impact outside of conscious awareness. Moreover, there is also predominant view that motivational factors may conflict with each other, and thus both normal and disrupted psychological functioning involve conflict, which is a central tenet of psychodynamic approaches.

Psychological forces that are largely outside of the awareness of the individual play a key role in achieving a balance needed for psychological comfort. Focus is on understanding the whole person, including his/her strenghts and

vulnerabilities. Emphasis is on how psychological factors may mediate the influence of social and biological factors.

The conception about a continuity between normal and pathological personality development is worked through. From the psychodynamic perspective, both normal and pathological development involve attempts to find a dynamic balance between the impact of past experiences and current needs, in the context of an individual's development [5; 6]. Inner psychological world and psychological causality across the lifespan is emphasized. Key to psychodynamic thinking is the notion that interpersonal relations in any context, but particularly in the therapeutic meetings , are filtered through transmutated (organically internalized) templates of past relationships, specifically, early relationships [7; 8].

The psychodynamic approaches are especially useful in novaday's situation when the psychosocial impacts typical for post-modern culture present an increasing challenge for the preservation of mental health. Consequently, it is observed the growth of the mainly outpatient clients with adjustment's problems, neurotic states, addictions, PTSD, dissosiations. Traditional psychiatry with its predominant orientation on the contemporary classification and psychopharmacology is not efficient enough for their therapy, and a need in psychodynamic psychotherapy is necessary.

Data are presented about the revealing, analysis and psychodynamic of these clients who occured to be beyond the formal psychiatric diagnose, because they have not enough symptoms for formal psychiatric diagnose or their symtomatology is relatively mild they were rejected or mistakenly diagnosed by psychiatrists. These two choices lead to negative consequences: remaining without necessary help or get the label of an insane person. The data are present as well on psychodynamic of addictions (particularly, Internet misuse) and personality disorders (borderline and narcissistic), and psychodynamic methods of the psychotherapy are proposed.

The analysis of our clients, 35 women of 22–45 ages, have revealed the major domains of borderline personality disorder (BPD). The constructs of impulsivity included sensation seeking, risk-taking, lack of planning, inability to delay gratification, insensitivity to consequences of actions for oneself and others. It has been found that in many cases BPD was associated with and included mainly non-chemical process addictions. The development of shopping addiction was most typical among inhabitants of big towns and cities and correlated with a severe disorder of other positive motivations and marked identity's difficulties. The prototype of BPD in the childhood and adolescent periods was "conduct disorder" (according to DSM- IV-TR with dysphoric, antisocial or histrionic behavior. Clients revealed a tendency to feel privileged and entitled and expects preferential care and treatment. They had an exaggerated sense of self-importance; tended to be critical of others and controlling, competitive, often angry and hostile. They had little empathy, seemed unable to understand

or respond to other's needs and feelings; tended to be arrogant, angry and hostile, and to be a center of attention. Primary psychological defense mechanisms included splitting and projective identification. A capacity for reality testing was relatively intact but might be temporarily disturbed, especially in high arousal situations. Interpersonal relationships were marked by rapid shifts from idealization to denigration that included typical transference psychodynamic.

Our studies have generally confirmed the validity of the overt traits of Narcissistic Personality Disorder (NPD), as defined in DSM-5, such as grandiosity, grandiose fantasy, need for an admiration, desire for uniqueness, and arrogant, haughty behavior. However, it was found that NPD was divided on subtypes that depended on the level of its severity. At the highest functioning level, clients were able to achieve the admiration necessary to gratify their narcissistic needs. These clients have functioned successfuly in usual everyday circumstances but were highly sensative and susceptible to breakdowns as their desires for omnipotency go unfullfilled. The middle level clients had a grandiose sense of self and had not true intimacy. They had often temporarily suicidal ideations. We observed one patient, woman of 34-years, with Kernberg's [9] malignant narcissism which took pleasure in her aggression and sadistic tendencies. In general it was possible to observe two types of NPD: an overt form also referred to as thick-skinned; and a covert form also referred to as thin-skinned [10; 11]. The overt type was characterized by arrogance, attention seeking, little observed anxiety. These clients as antisocial persons could be socially charming despite being oblivious of others' needs and interpersonally exploitative. In contrast, the covert group was inhibited, hypersensitive to others' evaluations and manifested outwardly modest behavior. These different subtypes of NPD are not reflected in the current official diagnostic systems.

Psychodynamic psychotherapy (PDT) operates on interpretative-supportive continuum [12]. Interpretative interventions activate the client's insight about their repetitive interpersonal conflicts [13]. Supportive interventions enhance the client's ego functions, in case when they have not been sufficiently developed or temporarily not accessible due to acute traumatic events. In our experience effecive PDT must include attunement and empathic understanding of deep unconscious influences on the consciousness, manifested in dreams, day dreams, unconscious fantasies, and reveries. The analysis of these phenomena leads in many cases to an overwhelming the fragmentation and to the formation of more cohesive identity with beneficient therapeutic effect.

References

1. Skodol, A. (2012) Personality Disorders in DSM-5. Annual Review of Clinical Psychology, 8; 317–344.

2. Allen, B. (2003) Personality Theories. Developmental Growth and Diversity. Boston, New York. Western Illinois University.

3. Gabbard, G. (2004) Long-Term Psychodynamic Psychotherapy. Washington, DC. American Psychiatric Publishing.

4. Luyten, P., Mayes, L., Blatt, S., Target, M., Fonagy, P. (2013) Theoretical and Empirical Foundations of Contemporary Psychodynamic Approaches. In P. Luyten et al. (Eds.) Handbook of Psychodynamic Approaches to Psychopathology. New York, London. Guilford Press; pp. 3–26.

5. Blatt, S., Luyten, P. (2010) Reactivating the Psychodynamic Approach to the Classification of Psychopathology. In T. Millon, R.Krueger, F. Simonsen (Eds.) Contemporary Directions in Psychopathology: Scientific Foundation of the DSM-V and ICD-11 (pp. 483–514). New York. Guilford Press.

6. Costa, P., Mc Ccrae, R. (2010) Bridging the Gap with the Five-Factor Model. Personality Disorders, 1; 127–130.

7. Westen, D. (1998) The Scientific Legacy of Sigmund Freud: Toward a Psychodynamically Informed Psychological Science. Psychological Bulletin, 124; 333–371.

8. Westen, D., Gabbard, G. (2002) Developments in Cognitive Neuroscience: II. Implications for Theories of Transference. Journal of American Psychoanalytical Association, 50; 99–134.

9. Kernberg, O. (1975) Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York. Jason Aronson.

10. Bateman, A. (1998) Thick- and Thin-Skinned Organizations and Enactment in Borderline and Narcissistic Disorders. International Journal of Psychoanalysis, 79; 13–25.

11. Britton, R. (2000) Hyper-Sensitivity and Hyper-Objectivity in Narcissistic Disorders. Fort Da: The Journal of the Northern California Society for Psychoanalytic Psychology, 6; 18–23.

12. Gunderson, J., Gabbard, G. (1999) Making the Case for Psychoanalytic Therapies in the Current Psychiatric Environment. Journal of the American Psychoanalytic Association, 47; 679–704.

13. Luborsky, L. (1984) Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. Manual for Supportive-Expressive Treatment. New York. Basic Books.

СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА

О. А. Лаврентьева

Новосибирский государственный педагогический университет
г. Новосибирск
loa23@mail.ru

SOCIO-PEDAGOGICAL SUPPORT OF AN AUTISTIC CHILD

O. A. Lavrentyeva

В настоящее время наблюдается увеличение количества проявлений аутичности. Особенно часто стала фиксироваться аутичность в дошкольном возрасте. Все это приводит к обострению внимания науки к данному феномену, обуславливает необходимость изучения причин и способов помощи таким детям.

Аутизм – это состояние замкнутости, необщительности, стремление уйти от контактов, потребность жить внутренней фантастической жизнью, отделенной от внешнего реального мира.

Педагогическая задача заключается в том, чтобы выявить специфические методы и средства воспитания и обучения аутичного ребенка. Актуальность педагогического аспекта проблемы связана с тем, что аутичные дети с большим трудом включаются в традиционные формы образования и воспитания.

Одним из перспективных направлений разрешения данной проблемы является разработка идеи комплексного педагогического сопровождения. Авторами этой технологии являются петербуржские ученые Е. И. Казакова и Л. М. Шипицына [1; 2].

Исходным положением для формирования теории и практики комплексного сопровождения стал системно-ориентационный подход, согласно которому сопровождение понимается как выбор и освоение субъектом развития тех или иных инноваций. Каждая ситуация выбора порождает множественность вариантов решения, опосредованных некоторым ориентационным полем развития.

Под сопровождением понимается «метод, обеспечивающий создание условий для принятия субъектом развития оптимальных решений в различных ситуациях жизненного выбора. Ситуации жизненного выбора – это множественные проблемные ситуации, при разрешении которых субъект определяет для себя путь прогрессивного или регрессивного развития» [3. С. 12]. В теории сопровождения важным положением выступает утвер-

ждение, что носителем проблемы развития ребенка в каждом конкретном случае выступает и сам ребенок, и его родители, и педагоги, и ближайшее окружение ребенка.

Анализ литературы позволил нам выделить наиболее эффективные способы педагогического сопровождения аутичного ребенка. Так, ведущие московские специалисты К. С. Лебединская и О. С. Никольская в своих работах рассказывают о таком способе педагогического сопровождения, как лечебное воспитание. Под лечебным воспитанием авторы понимают «постепенное осмысление вместе с ребенком каждодневной жизни, побуждение его к более активному взаимодействию, помощь в освоении им тех форм жизни, в которых эта форма может быть реализована»[4. С. 83] лечебное воспитание предполагает установление эмоционального контакта, развитие активного и осмысленного отношения к миру, развитие социально-бытовых навыков. Формами педагогического сопровождения при лечебном воспитании выступают игры рядом, пальчиковая куклотерапия, совместное рисование, холдинг-терапия и т. д.

Лечебное воспитание заключается не в создании «правильных» форм поведения, а в настойчивом и последовательном блокировании неэффективных. Если блокировать неэффективные формы поведения, ребенок будет вынужден искать другие, часть из которых, наверняка, станут более конструктивными. Это будет способ поведения, самостоятельно найденный ребенком, а не навязанный ему извне. Он должен сам научиться искать и находить те формы поведения, которые не вызывают обратной негативной реакции общества, ведь в реальном мире не всегда рядом с ним будет советчик, говорящий ему: «делай так».

Английские специалисты Джульетта Алвин и Эриел Уорик пишут о педагогическом сопровождении детей через музыкотерапию [5]. Музыкальная терапия не может излечить аутизм, но с ее помощью педагог может взаимодействовать с ребенком. Одна из причин притягательности музыки, заключается в том, что она не требует участия речи, столь трудной для большинства людей с аутизмом. Другая причина заключается в том, что музыка – тропинка в мир чувств и эмоций – мир, который, как представляется, чужд человеку с аутизмом. Авторы предлагают использовать музыку в качестве интегрирующего воздействия, для объединения интеллектуальных, эмоциональных, физических и социальных фактов, непосредственно влияющих на ребенка на уровне его интеллектуального и эмоционального развития.

Интеллектуальное развитие при использовании музыки связано с развитием музыкальной памяти, внимания к тембру звука, поиску гармонии звуков. Эмоциональное развитие обеспечивается переживаниями, ассоциирующимися с музыкальным образом. Кроме того, музыка для аутичного – это способ уйти от реальности, изолироваться, защититься от кого бы

то ни было вторжения. Поэтому педагог так должен сопровождать ребенка при музыкотерапии, чтобы ребенок начал воспринимать действительность и ощущать себя в безопасности. Важную роль музыкальной свободы играет окружающая обстановка. Большое внимание оказывает расположение мебели и других предметов, которыми предполагается пользоваться. Любые изменения в обстановке, изменение порядка могут вызвать панику, вспышку неуправляемого раздражения или же заставить ребенка уйти в себя.

Важным аспектом в музыкоперапии является физический контакт. Дети с аутизмом по-разному реагируют на физическое соседство взрослых. Некоторые из них сопротивляются тому, чтобы их трогали. Другие дети нуждаются в физическом контакте. Это необходимо учитывать, прежде чем налаживать с ребенком какие бы то ни было отношения. Отклик на физическую потребность может дать музыкальный опыт, например, когда педагог, играя на фортепьяно или напевая, просто держит или мягко качает ребенка на коленях. Колебания, окружающие ребенка, могут происходить в его подсознании. Если он воспринимает их, то и физический контакт осуществляется продуктивнее.

Питер Сатмари, автор книги «Дети с аутизмом», упоминает о том, что слишком часто родителями движет желание изменить аутичного ребенка, а не желание его понять [6]. Реальный мир и обычные люди не ставят перед собой задачу понять аутичного ребенка. Поэтому хотя бы в микро социальном окружении ребенок может рассчитывать на большее понимание. Это повысит уровень его комфорта и сделает более доступным педагогическое воздействие. Для этого необходимо создавать специальные группы из родителей аутичных детей и проводить с ними обучающие семинары. Это еще одно средство педагогического сопровождения аутичного ребенка.

В качестве тем обсуждения с родителями можно предложить следующие: «Психологические особенности аутичного ребенка», «способы взаимодействия и понимания», «как любить аутичного ребенка» и др. В программу семинара следует включить обмен опытом семейного воспитания аутичного ребенка, тренинги эмпатии, упражнения на распознавание символов поведения аутичного ребенка.

Итак, аутичный ребенок требует постоянного и систематического сопровождения со стороны специалистов и родителей. Ведущими направлениями социально-педагогического сопровождения выступают: 1) организация социально педагогического пространства; 2) музыкотерапия; 3) обучающие программы для родителей.

Список литературы

1. Комплексное сопровождение и коррекция развития детей-сирот: социально-эмоциональные проблемы / Под ред. Л. М. Шипицыной, Е. И. Казаковой. СПб., 2000.

2. *Шипицына Л. М.* Специальная психология в решении задач инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья // Особые дети в обществе. 2015. С. 256–260.

3. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребенка: Пособие для учителя –дефектолога / Под ред. Л. М. Шипицыной. М.: ВЛАДОС, 2003.

4. *Никольская О. С., Баенская Е. Р.* Детский аутизм как системное нарушение психологического развития ребенка // Вопросы психологии. 2017. С. 17–28.

5. *Алвин Д., Уорик Э.* Музыкатерапия для детей с аутизмом. СПб., 2008. 208 с.

6. *Сатмари П.* Дети с аутизмом. СПб.: Питер, 2005. 224 с.

ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Т. Ю. Ласовская

Новосибирский государственный медицинский университет
г. Новосибирск
Las121268@mail.ru

PERSONALITY DISORDERS IN THE MODERN WORLD

T. Yu. Lasovskaya

Под личностным расстройством понимается неадаптивный паттерн поведения, формирующийся в подростковом возрасте, сохраняющийся в течение всей жизни, и приводящий к снижению эффективности функционирования в социуме [1].

Психозы, тревога, депрессия, нарушения пищевого поведения, сексуальные расстройства и др. расстройства по I оси (DSM-IV), чаще случаются на фоне личностных расстройств. Пациенты, имеющие не один, а несколько клинических синдромов, чаще имеют личностные расстройства. Даже если сам пациент с личностным расстройством не имеет нарушений по I оси, он испытывает трудности в жизни (установление интимных контактов, управление агрессией, проблемы самоутверждения, недостаток эмпатии). Например, лица с расстройствами личности в 17–27 лет достоверно чаще конфликтуют с партнерами по романтическим отношениям. Конфликты длительные, постоянные, непрерывные [2; 3]. Также для лиц с расстройствами личности характерны конфликты с начальством на работе – они встречаются в 62 % случаев. В то время как среди лиц без личностных расстройств конфликты на рабочем месте встречаются только в 11 % случаев [4].

По данным Американской психиатрической ассоциации 2008 года, в общей популяции личностные расстройства диагностируются в 10 % случаев [3]. Широкомасштабное исследование, проведенное в Китае, показало, что из 3,075 психиатрических пациентов амбулаторного звена 71,3 % имеют расстройства личности [5].

Необходимо помнить, что среди отдельных групп пациентов, распространенность личностных расстройств выше, чем общей популяции (см. таблицу).

Личностные расстройства эго-синтонны. Это означает, что причиной обращения такого пациента является что-то другое, например аддикция, депрессия, конфликтные взаимоотношения, невозможность удержаться на работе и др. Однако, большинство специалистов сферы психического здо-

ровья не обращают внимания на особенности личности пациента, работая только с заявленной проблемой.

Распространенность личностных расстройств
в отдельных группах пациентов

Группы пациентов	Имеют расстройства личности, %	Авторы исследования, год
Хронические идиопатические боли в области лица	15	Aghabegi B., Feinman C., Harris M., 1992 [6]
Нарушения пищевого поведения	29,5	Godt K., 2008 [7]
Лица, совершившие завершенный суицид	31–62	Suominen K. H., 2000 [8]
Булимия (стационар и амбулаторные)	32,5	Ames-Frankel J. et al., 1992 [9]
Нервная анорексия	34	Link T. M. et al., 2017 [10]
Наркоманы (кокаин)	36,7	Lorea I. et al., 2009 [11]
Патологические гэмблеры	40–42	Fernandes-Montalvo J., 2004 [12]
Лица, поступившие в стационар с ипохондрическим синдромом	59,7	Fallon B. A. et al., 2012 [13]
Пациенты с хронической мигренью	81	Kayhan F. et al., 2016 [14]
Геи, лесбиянки и транссексуалы с химическими аддикциями	93,8	Grant J. E. et al., 2011 [15]

Наличие любого личностного расстройства является фактором риска суицидального поведения. Среди лиц, совершивших суицидальные попытки, до 77 % страдали личностным расстройством. Самый высокий риск повторения суицидальной попытки имеют также лица с личностными расстройствами [16; 17].

Список литературы

1. *Widiger T. A.* Personality disorder diagnosis // World Psychiatry. 2003. Oct; 2(3): 131–135.

2. *Chen H. et al.* Adolescent personality disorders and conflict with romantic partners during the transition to adulthood // J. Pers. Dis. 2004. Dec; 18 (6): 507–525.

3. *Simonsen E., Ronningstam E., Millon T.* A synopsis of the WPA educational program on personality disorders // World Psychiatry. 2008; 7 (2): 119–125.

4. *Vereycken J. et al.* Authority conflicts and personality disorders // J. Pers. Disorderd. 2002. Feb; 16 (1): 41–51.

5. *Zhang T. H. et al.* A cross-sectional survey on personality disorder in mental disorder outpatients in Shanghai // Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi 2010 Aug; 31 (8): 933–937.

6. *Aghabegi B., Feinman C., Harris M.* Prevalence of post-traumatic stress disorder in patients with chronic idiopathic facial pain // Br J Oral Maxillofac Sur. 1992 Dec; 30 (6): 360–364.

7. *Godt K.* Personality disorders in 545 patients with eating disorders // Eur eat Disord Rev. 2008 Mar; 16 (2): 94–99.

8. *Suominen K. H. et al.* Suisidal attempts and personality disorders // Acta Psychiatr Scand. 2000 Aug; 102 (2): 118–125.

9. *Ames-Frankel J. et al.* Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa: clinical correlates and changes with treatment // J Clin Psychiatry. 1992 Mar; 53 (3): 90–96.

10. *Link T. M. et al.* Treatment outcome in female in-patients with anorexia and comorbid personality disorders prevalence // Psychother Psychosom Med Psychol. 2017 May. 16.

11. *Lorea I. et al.* Cocaine addiction and personality disorders: a study with the MCMI-II // Adicciones. 2009; 21 (1): 57–63.

12. *Fernandez-Montalvo J., Echeburua E.* Pathological gambling and personality disorders: an exploratory study with the IPDE // J Pers Dis. 2004 Oct; 18 (5): 500–505.

13. *Fallon B. A. et al.* Personality disorders in hypochondriasis: prevalence and comparison with two anxiety disorders // Psychosomatics. 2012. Nov-Dec; 53 (6): 566–574.

14. *Kayhan F., Ilik F.* Prevalence of personality disorders in patients with chronic migraine // Compr. Psychiatr. 2016. Jul; 68: 60–64.

15. *Grant J. E. et al.* Personality disorders in gay, lesbian, bisexual, and transgender chemically dependent patient // Am J Addict. 2011. Sep-Oct; 20 (5): 405–411.

16. *Henriksson M. M., Aro H. M., Marttunen M. J.* Mental disorders and comorbidity in suicide // Am J Psychiatry 1993; 150: 935–940.

17. *Brent D. A., Johnson B. A., Perper J.* Personality disorder, personality traits, impulsive violence and completed suicide in adolescents // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994; 33: 1080–1086.

СУБКЛИНИЧЕСКИЕ ЧЕРТЫ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И СМЫСЛОВАЯ СФЕРА СТУДЕНТОВ ФИЗИКО-МАТЕМАТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

С. Б. Лещинская

Национальный исследовательский
Томский государственный университет, г. Томск
s_leschins94@mail.ru

SUBCLINICAL AUTISTIC TRAITS, EMOTIONAL INTELLIGENCE AND LIFE-MEANING SPHERE IN STUDENTS OF PHYSICAL AND MATHEMATICAL FACULTIES

S. B. Leshchinskaya

С каждым годом частота встречаемости аутистических расстройств и субклинических аутистических черт возрастает [1], что делает их изучение все более актуальным. По статистике, глубокий аутизм встречается только у одного человека из тысячи [2]. Как правило, в том числе в образовательных учреждениях, встречаются дети и молодые люди, имеющие лишь отдельные аутистические признаки, степень выраженности которых не приводит к явной дезадаптации.

Традиционный взгляд на аутизм рассматривал его как самостоятельное расстройство, однако исследования последних 20 лет показывают, что расстройства аутистического спектра являются крайним полюсом континуума аутистических черт, распределенных в популяции и присущих здоровым людям [3]. Часто об аутистических чертах у здоровых людей говорят в связи с так называемым расширенным фенотипом аутизма (broad autism phenotype), что предполагает более сильную выраженность характерных для аутизма симптомов у родственников людей, больных аутизмом [4]. Constantino отмечает, что в основе аутистических черт здоровых людей и расстройства аутистического спектра как клинического диагноза лежат сходные генетические и средовые факторы [5], однако некоторые исследователи полагают, что клинические формы аутизма, при которых наблюдается значительное снижение интеллекта, могут находиться за гранью этого спектра [6]. Разнообразие проявлений он объясняет сложным взаимодействием различных параметров: когнитивные способности, уровень тревожности и т. д., что составляет уникальный профиль адаптации индивида к среде [5].

В зарубежных исследованиях была выявлена высокая распространенность не диагностированных аутистических черт у студентов университетов и колледжей [7]. Несмотря на дефицит социальных навыков и эмоционального интеллекта, необычные интересы и высокую ригидность, такие молодые люди могут обладать специфическими интеллектуальными преимуществами перед своими ровесниками [8]. Было показано, что у многих студентов, демонстрирующих особые успехи в точных науках, аутистические черты заострены, что связано с особой предрасположенностью аутичных людей к манипуляциям с числами и формулами. При этом они испытывают трудности в освоении гуманитарных дисциплин, а также во взаимодействии с преподавателями и сверстниками [7]. В исследованиях было показано, что таким студентам свойственны снижение удовлетворенности процессом обучения, повышенная тревожность, подверженность давлению со стороны окружения и агрессивные вспышки, которые могут быть вызваны ощущением неудовлетворенности и неодобрения со стороны сверстников [7], что подчеркивает важность изучения психологических особенностей таких студентов с целью создания программ психологической поддержки и психокоррекционного вмешательства В России подобных исследований практически не проводилось, что делает разработку этой проблемы еще более актуальной.

Эмоциональный интеллект аутичных людей, как «способность воспринимать свои и чужие чувства и эмоции, различать их и использовать эту информацию для направления своих мыслей и действий» [9], активно изучается за рубежом ввиду того, что нарушения социального взаимодействия и эмоциональной сферы являются основными аутистическими признаками. П. В. Волков отмечает, что и при не столь выраженных аутистических чертах, когда человек на первый взгляд не имеет выраженного коммуникативного дефицита, ему присущ недостаток эмпатии и способности выражать свои мысли и чувства [2]. Отрицательная взаимосвязь между эмоциональным интеллектом и расстройством аутистического спектра была выявлена в том числе и у студентов с недиагностированным аутизмом в рамках зарубежных исследований [10].

Исследований смысловой сферы у людей с аутистическими чертами практически не проводилось как в нашей стране, так и за рубежом. При этом, по Д. А. Леонтьеву, смысловая сфера личности обеспечивает «смысловую регуляцию целостной жизнедеятельности субъекта во всех ее аспектах» [5], и даже при невысоких интеллектуальных способностях, отмечает С. А. Богомаз, наличие высокой степени осмысленности жизни способствует большему благополучию, нежели обладание высоким интеллектом, но отсутствие смысла жизни [11]. Единственное известное на момент написания работы исследование смысложизненных ориентаций было проведено на выборке подростков, степень аутизации которых была диаг-

ностирована на основе методики выявления стратегии психологической защиты в процессе коммуникации и общения В. В. Бойко, «Теста определения уровня эмпатических способностей», подросткового опросника акцентуаций характера «ПДО» [12]. С помощью «Теста смысложизненных ориентаций» Д. А. Леонтьева в этом исследовании были получены более низкие показатели по сравнению со средним значением, приводимом в литературе. Было установлено, что для аутизированных подростков характерны завышенные показатели (34,5 балла) по шкале «Локус контроля – я» в сочетании с низкими показателями по шкале «Локус контроля – жизнь» [12].

Мной было проведено исследование взаимосвязи субклинических аутистических черт студентов физико-математических специальностей с их эмоциональным интеллектом и смысложизненными ориентациями. Было выдвинуто предположение о том, что студенты физико-математических специальностей характеризуются повышенным уровнем аутистических черт, при этом студенты с более выраженными аутистическими чертами имеют сниженный уровень эмоционального интеллекта и сниженную степень осмысленности жизни.

Выборку составили 135 случайно выбранных студентов (из них 69 девушек) физико-математических и компьютерных специальностей высших учебных заведений: 27 студентов г. Томска (НИ ТГУ, НИ ТПУ, ТУСУР, ТГПУ) и 108 студентов г. Санкт-Петербурга (ИТМО, СПбГУ). Возраст респондентов находится в диапазоне от 17 до 25 лет (M = 20; SD = 1,9).

Методики:

1) опросник Autism Spectrum Quotient (AQ) в переводе на русский язык для скриннинговой диагностики аутистических черт у здоровых людей. 6 шкал: навыки общения (НО), переключение внимания (ПВ), внимание к деталям (ВД), коммуникация (К), воображение (В), коэффициент аутичности (AQ) [8];

2) опросник эмоционального интеллекта ЭмИн Д. В. Люсина. Шкалы: понимание чужих эмоций (МП), управление чужими эмоциями (МУ), понимание своих эмоций (ВП), управление своими эмоциями (ВУ), контроль экспрессии (ВЭ), эмоциональный интеллект (ЭИ), межличностный эмоциональный интеллект (МЭИ), внутриличностный эмоциональный интеллект (ВЭИ), понимание эмоций (ПЭ), управление эмоциями (УЭ) [13];

3) тест смысложизненных ориентаций (СЖО, Д. А. Леонтьев). Шкалы: цели в жизни, процесс жизни, результативность жизни, локус контроля, суммарный показатель осмысленности жизни [14].

Статистическая обработка данных была произведена с использованием статистического пакета IBM SPSS Statistic 17.0.

Было выявлено, что среднее значение AQ по выборке 21,46 б., что превышает среднее значение AQ у здоровых людей, приводимое в литературе

(14–16 б.). При этом нормальное значение AQ было выявлено у 92 студентов, повышенное – у 40 и высокое – у 3. Кроме того, при сравнении полученного среднего значения по шкалам теста смысложизненных ориентаций с результатами, которые приводятся в литературе [14], было обнаружено снижение показателей по тесту СЖО, но только среди юношей. При анализе средних значений по тесту ЭмИн было выявлено, что в среднем по выборке значения по шкалам находятся в пределах низких значений или на нижней границе средних.

Результаты корреляционного анализа представлены в табл. 1 и 2. Значимые корреляции выделены. Отмечается значимая корреляция шкал «МП», «МУ», «ВП», «МЭИ», «ВЭИ», «ПЭ», «УЭ» со всеми шкалами теста AQ, причем со шкалой «Внимание к деталям» корреляция является положительной, тогда как с остальными шкалами – отрицательной. «ВУ» отрицательно связано со всеми шкалами AQ, кроме «Внимания к деталям», а «ВЭ» отрицательно коррелирует только со шкалами «Переключаемость» и «Коммуникация». Наличие этих корреляций может быть связано с тем, что трудности в эмоциональном интеллекте являются специфически аутистическими признаками. Именно «закрытость», «замкнутость» человека и трудности в установлении контактов рассматриваются в качестве одной из составляющих аутистического сипмтомокомплекса, что выражается в том числе и в вопросах методики, использованной для диагностики аутичности.

Более показательными являются результаты корреляционного анализа теста смысложизненных ориентаций и коэффициента аутичности, в результате которого были выявлены значимые отрицательные взаимосвязи между всеми шкалами обеих методик (см. табл. 2). Более аутизированные студенты менее удовлетворены процессом и результатом своей жизни, имеют внешний локус контроля и не верят в свои способности оказывать влияние на свою жизнь, менее целеустремленны и склонны к снижению степени осмысленности своей жизни. Конечно, можно рассматривать аутистические черты у здоровых студентов как результирующую их жизненного пути, включая отношения с окружающими, семейное окружение и т. п., и в этом ноогенные неврозы по В. Франклу, характеризующиеся ощущением бессмысленности жизни, или в более мягкой форме, снижением степени удовлетворенности жизнью, могут провоцировать замкнутость, нежелание общаться и уход в себя. Однако использованный опросник выделяет характерные аутистические черты, включающие не только затруднения в коммуникации, но и особенности воображения, внимания, деятельности, что вряд ли может изменяться спонтанно или под воздействием психотравмирующих факторов. Даже субликинические аутистические черты, по данным зарубежных исследований, являются стабильными и в высокой степени генетически обусловленными. Кроме того, по С. Мадди,

воображение, суждение и символизация являются тремя составляющими поиска смысла жизни [15], а трудности в воображении и символизации свойственны аутичным людям.

Таблица 1

Корреляционный анализ (ЭмИн и AQ)

Переменные		AQ	Соц_Нав	Перекл.	Вним. к дет.	Коммуник.	Вообр.
МП	*R*	–0,501 **	–0,628 **	–0,274 **	0,296 **	–0,477 **	–0,399 **
	p	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000
МУ	*R*	–0,539 **	–0,619 **	–0,328 **	0,300 **	–0,521 **	–0,413 **
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
ВП	*R*	–0,335 **	–0,316 **	–0,233 **	0,175 *	–0,402 **	–0,218 *
	p	0,000	0,000	0,006	0,042	0,000	0,011
ВУ	*R*	–0,488 **	–0,429 **	–0,387 **	0,146	–0,446 **	–0,286 **
	p	0,000	0,000	0,000	0,091	0,000	0,001
ВЭ	*R*	–0,132	–0,060	–0,222 **	0,084	–0,249 **	0,059
	p	0,128	0,491	0,010	0,333	0,004	0,498
МЭИ	*R*	–0,552 **	–0,664 **	–0,318 **	0,317 **	–0,529 **	–0,432 **
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
ВЭИ	*R*	–0,436 **	–0,372 **	–0,376 **	0,187 *	–0,499 **	–0,213 *
	p	0,000	0,000	0,000	0,030	0,000	0,013
ПЭ	*R*	–0,516 **	–0,590 **	–0,309 **	0,292 **	–0,535 **	–0,384 **
	p	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
УЭ	*R*	–0,527 **	–0,518 **	–0,411 **	0,246 **	–0,545 **	–0,309 **
	p	0,000	0,000	0,000	0,004	0,000	0,000

Таким образом, даже при опросе студентов без диагностированного расстройства аутистического спектра, успешно обучающихся в университете, было выявлено 30 % (40 чел.) студентов с повышенным уровнем аутичности и 2 % (3 чел.) – с высоким. Это подчеркивает проблему важности изучения аутистических черт и их диагностики в студенческой среде. Средний балл по тесту AQ на выборке студентов технических и математических специальностей был выше, чем средние значения, приводимые в литературе.

Таблица 2

Корреляционный анализ (СЖО и AQ)

Переменные		СЖО	Цели	Процесс	Результат	Локус_я	Локус жизнь
AQ	*R*	–0,438 **	–0,306 **	–0,458 **	–0,415 **	–0,386 **	–0,418 **
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Соц_Нав	*R*	–0,456 **	–0,307 **	–0,490 **	–0,443 **	–0,397 **	–0,396 **
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Перекл.	*R*	–0,343 **	–0,251 **	–0,340 **	–0,357 **	–0,284 **	–0,363 **
	p	0,000	0,003	0,000	0,000	0,001	0,000
Вним. к дет.	*R*	0,279 **	0,240 **	0,249 **	0,305 **	0,217 *	0,219 *
	p	0,001	0,005	0,004	0,000	0,011	0,011
Коммуник.	*R*	–0,377 **	–0,309 **	–0,361 **	–0,346 **	–0,309 **	–0,349 **
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Вообр	*R*	–0,376 **	–0,274 **	–0,374 **	–0,352 **	–0,366 **	–0,323 **
	p	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000

Полученная в нашем исследовании отрицательная взаимосвязь между эмоциональным интеллектом и выраженностью аутистических черт согласуется с результатами зарубежных исследований [16]. В данном исследовании было выявлено, что, при наличии отрицательной корреляции по всем прочим шкалам, эмоциональный интеллект положительно связан с вниманием к деталям. Вероятно, это связано с тем, что в процессе общения люди «считывают» эмоциональное состояние собеседника по таким незаметным деталям, как поза, тембр голоса, взгляд, интонация и т. д., и человек, обращающий внимание на незначительные детали, может лучше понять эмоции другого человека, как и свои собственные. Управление эмоциями и эмоциональный интеллект в целом в нашем исследовании были в большой степени связаны не только с вниманием, но и с коммуникативными навыками, умением и желанием общаться. Наличие разнообразных взаимосвязей между эмоциональным интеллектом и аутистическими чертами согласуется с зарубежными исследованиями и теоретическими представлениями.

Кроме того, выявлено и снижение осмысленности жизни, также связанное с дефицитом воображения и затруднениями в общении. Способность понять смысл в своей жизни, получать удовлетворение как от прошлого опыта, так и от самого процесса жизни тесно связано с воображением как процессом, который позволяет увидеть в своей жизни то, что находится

за рамками непосредственного восприятия и создать смысл своей жизни. Кроме того, внешний локус контроля, по результатам настоящего исследований свойственный студентам с выраженными аутистическими чертами, может быть связан с тем, что эти черты вызывают значительные затруднения в жизни, способствуют трудностям в учебе и личной жизни, но справиться с этим студенты сами не в состоянии. Эти черты настолько стабильны, что студенты могут считать себя не в силах изменить их.

Такие особенности, несомненно, могут способствовать появлению не только объективных трудностей в обучении, но и субъективных затруднений, которые могут быть связаны с невозможностью устанавливать доверительные отношения с окружающими, непониманием со стороны сверстников, что может в итоге приводить к ощущению бессмысленности жизни.

Полученные результаты подчеркивают возможное отрицательное влияние заостренных аутистических черт студентов высших учебных заведений на их психологическое здоровье. Вероятно, субклинические аутистические черты являются результатом сложного взаимодействия биохимических, нейрофизиологических, социальных и др. причин и являются достаточно стабильными, что делает невозможным спонтанное их изменение. Поэтому разработка тренинговых мероприятий и доступность психологической помощи могла бы внести неоценимый вклад в повышение качества жизни таких студентов и помощь им в адаптации в обществе.

Список литературы

1. *Филиппова Н. В., Барыльник Ю. Б.* Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 3. С. 96–101.

2. *Волков П.* Разнообразие человеческих миров. М.: Аграф, 2000. 512 с.

3. *Constantino J. N., Todd R. D.* Autistic traits in the general population: a twin study // Arch Gen Psychiatry. 2003. № 60 (5). P. 524–30.

4. *Maxwell C. R. et al.* The Broad Autism Phenotype Predicts Child Functioning in Autism Spectrum Disorders // Journal of Neurodevelopmental Disorders. 2013.

5. *Constantino J. N.* The quantitative nature of autistic social impairment // Pediatr Res. 2001. № 69. P. 55R–62R.

6. *Ruzich et al.* Measuring autistic traits in the general population: a systematic review of the Autism-Spectrum Quotient (AQ) in a nonclinical population sample of 6,900 typical adult males and females // Mol Autism. 2015. № 14. 6:2.

7. *White S. W., Ollendick T. H., Bray B. C.* College students on the autism spectrum: prevalence and associated problems // Autism. 2011. № 15 (6). P. 683–701.

8. *Baron-Cohen S. et al.* The Autism Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome / High Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2001. № 31. P. 5–17.

9. *Базарсадаева Э. Ж.* К вопросу об истории изучения эмоционального интеллекта // Вестн. БГУ. 2013. № 5. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-ob-istorii-izucheniya-emotsionalnogo-intellekta (дата обращения 07.06.2017)

10. *Ghasempour A. et al.* Predicting Autism Spectrum Disorders on the Basis of Emotional Intelligence Among University Students // Health Scope. 2015. № 4.

11. *Богомаз С. А.* К проблеме соотношения интеллектуальной и смысловой систем регуляции жизнедеятельностью // Психология способностей: Современное состояние и перспективы исследований: Материалы науч. конф., посвящ. памяти В. Н. Дружинина М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005.

12. *Абакумова И. В., Кузенко С. С.* Диагностика смысловой сферы аутистов // Северо-Кавказский психологический вестник. 2008. № 1. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-smyslovoy-sfery-autistov (дата обращения 07.06.2017)

13. *Люсин Д. В.* Новая методика для измерения эмоционального интеллекта: опросник ЭмИн // Психологическая диагностика. 2006. № 4. С. 3–22.

14. *Леонтьев Д. А.* Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). М.: Смысл, 1992.

15. *Maddi S. R.* The search for meaning / M. Page (ed.). Nebraska symposium on motivation. 1970. P. 137–186.

16. *Gökçen E. et al.* Sub-threshold autism traits: The role of trait emotional intelligence and cognitive flexibility // British Journal of Psychology. 2014. № 105. P. 187–199.

НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ В УСЛОВИЯХ БОЛЕЗНИ: ОБЗОР ОСНОВНЫХ МЕТОДИК ИССЛЕДОВАНИЯ

А. А. Лифинцева, *Т. Д. Деркач*, *Н. Штолде*, *А. Ю. Березовская*

Балтийский федеральный университет им. И. Канта
г. Калининград
aalifintseva@gmail.com

THE PHENOMENON OF THE UNCERTAINTY IN ILLNESS: OVERVIEW OF THE MAIN PSYCHODIAGNOSTIC INSTRUMENTS

A. A. Lifintseva, *T. D. Derkach*, *N. Stolde*, *A. Yu. Berezovskaya*

Достаточно актуальной на сегодняшний день является изучение феномена неопределённости в условиях болезни. Медицинский персонал, а также специалисты помогающих профессий (клинические психологи, социальные работники) стараются снизить неопределенность, которая возникает у пациентов в период болезни. В науке, особенно отечественной, отмечается дефицит исследований, касающихся изучения проблемы толерантности к неопределенности в условиях болезни. Большая проблема связана также и с отсутствием соответствующих психодиагностических методик для изучения этого феномена. Когда неопределенность болезни оценивается пациентом с соматической или психической патологией как угроза, то такая ситуация может привести к ряду негативных следствий таких, как: снижение качества жизни, увеличения вероятности инвалидизации, сроков лечения и реабилитации. Следствием может являться также утяжеление течения болезни, появление дополнительной симптоматики. Помимо этого, оказывается влияние и на социальные аспекты жизнедеятельности человека, его социальную активность, а также взаимодействие в семье. Так, исследования значимых аспектов толерантности к неопределенности в условиях болезни могут дать нам ответ, как помочь людям не только справиться с острой и хронической болью, но и в первую очередь потенциально улучшить их психическое, а следствием и физическое здоровье.

Неопределенность присуща любому человеческому опыту, но особое значение она приобретает, когда человеку угрожает опасность или он находится в ситуации хронического заболевания. Теория неопределенности в условиях болезни была впервые предложена Мерле Мишель как способ понять адаптацию пациентов в ситуации острых заболеваний. Изначально М. Мишель в понятие неопределенности вкладывала такие составляющие, как: сложный когнитивный стресс, чувство утраты контроля, восприятие

состояния или незнание того, что меняется со временем. Впоследствии концепция была уточнена и неопределенность стала обозначаться «…невозможность определить значение событий, связанных с болезнью», которые происходят в ситуациях, когда человек, принимающий решения, не может присвоить определенные значения объектам и событиям или не может точно предсказать результаты из-за того, что отсутствуют необходимые «подсказки»». Следствием доработки концепции стало описание М. Мишель четырех ключевых факторов, детерминирующих неопределенность в условиях болезни: двусмысленность в отношении состояния болезни; сложность лечения и системы здравоохранения; отсутствие информации о диагнозе или тяжести заболевания; непредсказуемость развития болезни и её прогноз. Эти четыре фактора были включены М. Мишель в ее диагностическую шкалы изучения неопределенности в условиях болезни [1–4].

Шкала, разработанная М. Мишель, используется для измерения неопределенности пациента в ситуационном опыте его болезни. Шкала М. Мишель (MUIS, Mishel Uncertainty in Illness Scale) – это опросник, состоящий из 15 пунктов, разбитых на три категории: в отношении общества в целом, в отношении взрослого-больного, а также для родителей, чьи дети проходят лечение. Так, целью опросника является оценка пациентами, проходящими активный курс лечения, наличия / отсутствия неопределенности в симптоматике, диагностике, лечении, отношении с медицинским персоналом и планировании своего будущего. В исследованиях, посвященных разработке данной шкалы, наблюдается факторная надежность, варьирующаяся от 0,71 до 0,91, причем наиболее сильными факторами выступают фактор неоднозначности и фактор сложности [4; 5].

На основании опросника MUIS были разработаны опросники для разных контекстов. Для больных – взрослых, не подвергнутых госпитализации, была разработана методика MUIS-C, включающая 23 позиции, по четырем основным факторам для оценки неопределенности. Для оценки толерантности к неопределенности в семьях, где дети подвергаются болезни, была разработана версия «Восприятие родительской шкалы неопределенности (PPUS)». Методика состоит состоящая из 31 пункта, базирующаяся на 4-х основных факторах, помимо которых введена еще одна шкала, предназначенная для оценки родительской неуверенности в отношении болезни ребенка. При дальнейших исследованиях была выделена еще одна версия MUIS, а именно PPUS-FM, предназначенная для оценки неопределённости у всех членов семьи, в которой находится больной-взрослый. Таким образом, Шкала Мишель (MUIS) является наиболее широко используемым опросником для изучения неопределенности в болезни [5].

Концепция М. Мишель нашла свое развитие в работах ее последователей. Так, Б. Хилтон предложил альтернативное определение неопределённости в условиях болезни, где «…неопределенность является особым ког-

нитивным состоянием, которое варьируется от чувства, чуть менее уверенного к неясности. Неопределённость меняется с течением времени и сопровождается угрожающими или положительными эмоциями». Основываясь на своей теории, Б.Хилтон разработал опросники для измерения неопределенности в условиях болезни – «Неопределённость: стресс-шкала (USS, Uncertainty Stress Scale)». Представления о том, как неопределенность связана с эмоциональным коррелятом, отчетливо видны в конструкции опросника. Хилтон исследует неопределенность как результат стресса. Шкала состоит из трех частей. Часть А включает в себя вопросы, отвечая на которые, респондент оценивает уровень неопределённости, связанный с состоянием здоровья. В части В находятся вопросы, связанные с уровнем стресса. Часть С состоит из четырех 10-сантиметровых шкал: неопределённость, стресс, угрозы и личные позитивные аспекты респондента. Используя шкалу «Неопределённость: стресс-шкала (USS)», респонденты оценивают неопределенность в ситуации болезни и стресс, который, как они считают, вызван в каждой ситуации [6; 7].

К сожалению, в отечественной клинической психодиагностике мы не обнаружили не одного инструмента, позволяющего изучать и описывать состояние неопределенности у пациентов с различными заболеваниями. На сегодняшний день можно сделать вывод о том, что шкала М. Мишель (MUIS) является максимально полным инструментом для изучения неопределённости в условиях болезни. В связи с этим важнейшей задачей практики психологической диагностики является адаптация данной шкалы в русскоязычной популяции или разработка новой методики, позволяющей анализировать различные аспекты неопределенности у больных с соматическими заболеваниями.

Список литературы

1. Mishel, M. H.: Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. Image J Nurs Sch 1990, 22: 256–262.
2. Mishel, M. H.: The measurement of uncertainty in illness. Nurs Res 1981, 30: 258–263.
3. Mishel, M. H.: Uncertainty in chronic illness. Annu Rev Nurs Res 1999, 17: 269–294.
4. Mishel, M. H.: Uncertainty in illness. Image J Nurs Sch 1988, 20: 225–232.
5. Mishel, M. H.: Uncertainty in Illness Scale Manual. Chapel Hill, NC: University of North Carolina School of Nursing; 1997.
6. Hilton, B. A. (1992). Perceptions of uncertainty: Its relevance to lifethreatening and chronic illness. Critical Care Nurse, 12 (2), 70–73.
7. Hilton, B. A. (1994). The uncertainty stress scale: Its development and psychometric properties. Canadian Journal of Nursing Research, 26 (3), 15–30.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: СКРИНИНГ, РЕГИОНАЛЬНЫЙ РЕГИСТР. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ

В. А. Макашева

Новосибирский областной детский
клинический психоневрологический диспансер, г. Новосибирск
v.a.makasheva@gmail.com

AUTISM MORBIDITY: SCREENING, REGIONAL REGISTRATION. THE ROLE OF A MEDICAL PSYCHOLOGIST IN THE PROCESSES OF DIAGNOSTIC & REHABILITATION

V. A. Makasheva

Сегодня в Российском сообществе семей, в которых есть дети с расстройством аутистического спектра (РАС), сформирован медико-социальный запрос на получение эффективной лечебно-диагностической и реабилитационной помощи, основанной на принципах доказательности, в условиях системности и преемственности специалистов учреждений здравоохранения, образования, социальной защиты – запрос высокого напряжения и накала. Значительно обостряет ситуацию проблема раннего выявления и доказательного установления диагноза из-за отсутствия ясной государственной инфраструктуры, единой методической базы, достоверной информации о результатах применяемых медицинских технологий. Диагностический процесс часто несет печать субъективности, а некоторые лечебно-коррекционные методы, распространенные особенно в частной медицинской практике, не только не эффективны, но и вредны, не говоря уже о расходовании со стороны семей не только ресурса в форме финансов, но прежде всего, доверия и времени.

Актуальность своевременной и достоверной диагностики РАС определяется значительным медико-социальным и экономическим бременем заболевания, обусловленным ранним началом, большой доли инвалидизации, значительной социально-психологической нагрузкой на семью. С другой стороны, установленный диагноз РАС – обычно «длинною в жизнь», а иные психические заболевания (шизофрения, депрессивные эпизоды, эпилептические судороги и т. д.) в ряде случаев «наслаиваются» на специфическую картину психического дизонтогенеза, что требует соответствующих знаний психиатров и медицинских психологов – факт, до сих пор, по-видимому, не принятый в практике российской психиатрии.

Спектр заболеваний РАС представляет существенную статью расходов для государства, так как ребенок и его законные представители приобретают ряд прав и государственных гарантий, связанных с диагнозом и обязательных для исполнения не только органами и учреждениями системы здравоохранения, но и образования, социальной защиты.

В связи с этим, оптимальный результат используемых ресурсов семьи, сообщества, государства может быть получен только в случае установления достоверного, максимально полного полифункционального диагноза. Диагностический поиск должен включать доказательные научные методы, рекомендованные экспертным сообществом, тем более что эпидемиологические исследования демонстрируют неуклонный рост распространенности РАС [1], включая данные таких авторитетных источников, как Центры по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for Disease Control and Prevention, USA, www.cdc.gov). Среди множества эпидемиологических исследований последних лет интерес представляет углубленное исследование детей от 7 до 12 лет, проведенное в 2010–2011 годах в Южной Корее, которое показало распространенность РАС 1 на 38 детей, или 2,6 % от всей группы [2]. Ряд исследователей убедительно доказывают, что актуальный уровень регистрируемого роста заболеваемости имеет истинный характер и не может быть обоснован исключительно за счет сопутствующих факторов, таких как изменение диагностических паттернов, более ранний возраст на момент установления диагноза, рост информированности населения и медицинского персонала, доступность медицинских услуг (Blumberg, 2013).

В ряде стран популяционный скрининг РАС проводится в рамках определенных программ и в период их действия. Тотальный скрининг РАС в 18 и 24 месяца проводится в Японии, скрининг целевых групп, например, в Великобритании, где обследуются только те дети, чьи семьи или врачи выявляют признаки аутизма. Также обстоит ситуация в США: при посещении педиатра возможны дополнительные исследования, если ребенок в группе риска в связи, например, с задержанным психическим или речевым развитием.

Мнение о большей эффективности проведения скрининга РАС в предварительно выявленной группе риска поддерживают исследователи в выводах, сделанных по результатам обзора, согласно которому на сегодняшний день более 70 000 детей были проверены на РАС в Европе с использованием 18 различных скрининг процедур [3].

Следует выделить три инструмента для скрининга РАС, которые прошли межкультурную адаптацию, переведены на многие языки и исследованы в разных странах, тем не менее, их психометрические свойства далеки от идеальных (Fuentesetal, 2014).

Модифицированный скрининг тест на аутизм для детей раннего возраста, применяется с 16 до 30 месяцев (Modified Checklist for Autism in Toddlers M-CHAT; Robins, Fein, Barton, Green, 2001). Минусы: при скрининге выявляет часть детей, у которых не оказывается РАС (ложно позитивные) и часть детей с РАС не выявляются (ложно негативные).

Детский Тест Синдрома Аспергера (Childhood Autism Spectrum Disorders Test CAST, на сайте Autism Research Centre of the University of Cambridge, http://psychology-tools.com/ cast/) для детей 4–11 лет.

Социально – коммуникативный опросник для заполнения родителями детей с четырёх лет, при этом интеллектуальный возраст не должен быть менее двух лет (Social Communication Questionnaire, SCQ; Berument, Rutter, Lord, Pickles, Bailey, 1999).

Среди инструментов раннего скрининга РАС наиболее распространена методика M-CHAT, которая используется в Великобритании, США (выбрана AAP), а также используется и валидизирована в разных странах мира, включая Испанию, Южную Корею, Турцию и страны Юго-Восточной Азии [4–8]. Отчет из Швеции в отношении скрининга 3 999 детей с применением M-CHAT у 2,5 летних детей в центрах здоровья ребенка в Гётеборге: пятьдесят четыре ребенка были клинически оценены, у сорока восьми подтвержден диагноз ASD, трое имели тяжелые языковые расстройства, и трое (6%) были классифицированы как имеющие нормальное развитие [9].

Методика M-CHAT имеет чувствительность 0,87, специфичность 0,99, прогностическая ценность положительного результата 0,11–0,5, а отрицательного 0,99–2. Это означает, что отрицательный результат означает отсутствие РАС с вероятностью 99 %, а положительный подтвердится у 1–5 из 10 скрин-положительных детей.

В Новосибирском тотальном скрининг исследовании M-CHAT, проведенном нами [10; 11], прогностическая ценность положительного результата была выше – 0,25, т. е. РАС подтверждался у каждого четвертого скрин-положительного ребенка. Всего в группу риска попало 4 % обследованных детей. Кроме указанного выше результата, нами была установлена высокая чувствительность и специфичность методики M-CHAT (1 и 0,97 соответственно) и высокая прогностическая ценность отрицательного результата (1).

Полученные результаты позволили нам рекомендовать скрининг к широкому применению в России для выявления группы риска РАС и нарушений психического развития детей. Одновременно мы показали низкую диагностическая ценность скрининг методики «Анкета для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей в возрасте 16–24 месяцев» (далее – Анкета), разработанной в 2014 году

по поручению Минздрава России отделом детской психиатрии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» ФАНО России [12]. По результатам скрининга методом Анкеты из всех детей педиатрического приема, т. е. общепопуляционной группы, 70 % попали в группу риска РАС, что указывает на отсутствие специфичности данного инструмента. Таким образом, мы обосновали возможность использования удобного короткого скрининг инструмента M-CHAT для решения задачи раннего выявления РАС, и убедились в невозможности использовать с этой целью Анкету.

В результате исследования мы показали, что проведение скрининга методикой M-CHAT с поэтапным применением уточняющих методик ADOS и ADI-R с их высокой клинической ценностью как диагностических инструментов способствует выявлению патологии на раннем этапе и установлению развернутого клинического диагноза. Важно, что результатом диагностической процедуры является полифункциональный диагноз, включающий целостный анализ психической деятельности ребёнка во взаимосвязи её структурных компонентов, отражающий качественные и количественные нарушения в сфере общения и социального взаимодействия, игры, поведения, особенности развития когнитивных и исполнительных функций, зону ближайшего развития.

Диагноз, который содержит указанные составляющие, а также психические ресурсы развивающейся личности, ее интересы, основные склонности, достижения и т. д., является основой для выбора и планирования индивидуально направленных средств и методов комплексного лечения пациента, определения объёмов лечебно-реабилитационных мероприятий по единым целям и задачам для специалистов заинтересованных ведомств и учреждений. Такой подход улучшает медико-социальный прогноз и снижает уровень инвалидности, способствует интеграции детей в социальную среду. Применение диагностического алгоритма, последовательность этапов от скрининга до оказания помощи детям предоставляет возможность сберечь финансовые и временные ресурсы задействованных служб [13].

Таким образом, несмотря на то, что существует ряд инструментов для проведения общих скрининг исследований в отношении нарушений психического развития у детей и специфических – для выявления заболевания в разных возрастных группах, остается открытым вопрос, должен ли скрининг на РАС стать обязательным в мировом масштабе [14].

Основания для сомнений следующие. Во-первых, психометрические свойства скрининг инструментов далеко не идеальны – например, M-CHAT дает определенный процент ложноположительных случаев, т. е. когда на самом деле РАС отсутствуют; с другой стороны, это хорошо, поскольку опросник позволяет выявить детей, нуждающихся в помощи вследствие других нарушений психического развития. Во-вторых, наличие

ложно отрицательных случаев: дети, страдают расстройством, но не выявляются с помощью скрининг инструментов (не существует скрининг инструментов с идеальной чувствительностью и специфичностью).

В то же время, ряд экспертов считают, что скрининг необходимо проводить, потому что раннее вмешательство с доказанной эффективностью (например, ранняя поведенческая психотерапия) серьезно улучшает прогноз для детей с РАС (Dawson et al., 2010; Howlin, Magiati, & Charman, 2009; Ospina et al., 2008; Rogers & Vismara, 2008).

В Новосибирской области мониторинг детей с РАС и формирование регистра ведется в соответствие с региональной системой контроля заболеваемости. До начала проведения тотального скрининга РАС, на 01.01.2015, абсолютное число детей с заболеванием составляло 117 человек с ежегодным выявлением порядка 18 человек.

На 01.01.2016 под наблюдением психиатров состояло уже 343 человека, за год впервые установлен диагноз 67 детям. За 2016 год в сравнении с 2015 годом показатели первичной заболеваемости РАС возросли в 2,5 раза, с 1,29 до 3,14, на 10 000 соответствующего населения, а общей заболеваемости – на 88 %, с 6,62 до 12,48.

К 01.07.2017 регистр насчитывает 647 человек, с впервые выявленными за 6 мес. 49 человек. За указанный период численность детского населения региона увеличилась незначительно – с 518 325 до 536 870 человек. Показатель общей заболеваемости РАС на территории в настоящее время составляет 13,06 на 10 тыс. соответствующего населения, первичной заболеваемости 3,14.

В нозологической структуре регистра РАС на 01.07.2017 доля диагнозов с детским аутизмом, шифры F84.0 – F84.1, составила 73,1 % (473 человека), аутизмом Аспергера (F84.5) – 6,3 % (41 человек), остаточная категория диагнозов (F84.8) – 20,6 %.

Следует отметить позитивную тенденцию последних лет в регионе более раннего установления диагноза. Доля детей с впервые выставленным диагнозом (ВУД), шифры F84.0-F84.1, составила по возрастам: до 3-х лет включительно 30 % в 2015 году и 31,2 % на 01.01.2017, в возрасте от 4-х до 7-ми лет 43,3 % в 2015 году и 62,4 % на 01.01.2017.

Характерные для РАС симптомы, социальные нарушения и нарушения общения, ограниченные и повторяющиеся действия, поведение и интересы, являются общими чертами индивидуального развития и проявляются во всех ситуациях, хотя могут варьировать по степени выраженности. Обычно они заметны уже на первом году жизни, а к третьему году становятся очевидными. Аутизм – спектральное расстройство, это означает, что симптомы заболевания, уровень способностей, а также другие характеристики встречаются в самых различных комбинациях и имеют различную степень выраженности. Основные критерии установления диагноза: дефи-

цит социально-эмоциональных навыков вплоть до полного отказа от социальных взаимодействий, например, дефицит невербальной коммуникации; стереотипии в поведении, интересах, деятельности.

У детей к 2-м годам, или несколько позже, может быть достаточно оснований для установления диагноза только в том случае, если у ребенка сохранный уровень когнитивного и речевого развития. Тем не менее, в большинстве случаев окончательный диагноз РАС врачи в регионе устанавливают в более старшем возрасте, после 3-х лет. Эта практика подтверждается и в других странах.

Поскольку задержка в установлении диагноза может привести к тому, что ребенок своевременно не получает помощи, в которой нуждается, в ряде стран психологическая помощь до 3-х лет и педагогическая старше 3-х лет предоставляется в соответствие с результатами скрининг исследования, т. е. с подозрением на РАС. Представляется обоснованным внедрение такой же практики в России. Медицинское сопровождение пациентов, суть – коррекционная работа – начинается с момента установления диагноза или при определении ребенка в группе риска по заболеванию.

Лечение предполагает немедикаментозную терапию. Доказали свою эффективность и применяются в Европе и США: тренинги выработки социальных навыков; когнитивно-поведенческая терапия; поведенческая терапия – прикладной анализ поведения, АВА. Ведущие оси лечения – подбор психологической помощи, соответствующего образования и представление необходимой поддержки родителям. Поведенческие программы, проводимые дома и в школе, могут уменьшить вспышки гнева, агрессивные реакции, страхи и ритуалы, а также способствовать более нормальному развитию. Психотропные препараты не излечивают ключевые симптомы аутизма, но иногда могут смягчить сопутствующие симптомы, если используются по специфическим показаниям в составе интегрированного комплекса психологического и образовательного воздействия [15].

Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения в сочетании с нейропсихологической и психолого-педагогической коррекцией, социальной работой с пациентом и его семьей является одним из основополагающих принципов курации аутистических расстройств у детей.

Медицинская реабилитация должна начинаться сразу при установлении диагноза, на раннем этапе формирования аутистических расстройств, в физиологически благоприятные для развития ребенка сроки (от 2-х до 7-ми лет – период активного онтогенеза), продолжаться в последующие годы (8–18 лет) и проводиться командой специалистов (детские психиатры, врачи ЛФК, психологи, логопеды, дефектологи, и др.).

В региональной системе сопровождения ребенка с РАС на основе полного клинического диагноза формируется реабилитационная программа

с учетом основных ресурсов ребенка и его семьи. Основные направления специальной реабилитации: справляться с поведенческими и эмоциональными проблемами, которые влияют на развитие; способствовать социальному и коммуникативному развитию ребенка с аутизмом; развивать интересы и особые способности, которые проявляют многие дети с аутизмом; развивать адаптивные способности и усиливать когнитивные и аффективные функции с тем, чтобы повысить уровень адаптации; оказывать поддержку и предоставлять полную информацию семьям и специалистам, чтобы помочь им справиться с возникающими трудностями и принимать решения, отвечающие потребностям ребенка.

Программа помощи или маршрутная карта (далее – Программа) составлена индивидуально, с учетом личных характеристик ребенка, уровня его развития, сопутствующих нарушений и условий жизни, также важно, чтобы в Программу был включен график проведения встреч, на которых оценивается эффективность программы.

В зависимости от возраста ребенка основные направления Программы значительно меняются. Так, на этапе раннего детства профессиональное вмешательство содействует, насколько это возможно, нормальному процессу развития ребенка. Как только диагноз установлен, необходимо провести углубленное функциональное обследование ребенка, и как можно раньше приступить к реализации индивидуальной программы, разработанной специально для него. Особое внимание – основным элементам жизни ребенка этого возраста: питание, приучение к гигиене, сон.

Дети школьного возраста должны иметь широкий выбор разнообразных программ обучения. Для каждого ребенка необходимо найти оптимальный вариант, учитывающий условия проживания и имеющиеся ресурсы (материальные, информационные, организационные), поэтому сформирована база данных по учреждениям и специалистам в муниципалитетах области. Применение видеотехники и информационных технологий, специальные программы, структурирование времени и пространства, частичное участие ребенка, поддержка сверстников могут положительным образом повлиять на обучение аутичного ребенка.

На этапе подросткового и молодого возраста индивидуальная программа должна быть направлена на совершенствование функций, необходимых для участия в обычной жизни общества. Очень важно, чтобы индивидуальная программа всегда основывалась на фактическом возрасте человека в настоящий момент и в будущем и учитывала все ограничения, связанные с уровнем его умственного развития.

В Новосибирской области продолжается проведение тотального скрининга детей в отношении РАС, однако в настоящее время по поручению МЗ РФ его инструментом является «Анкета для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, риска возник-

новения расстройств аутистического спектра у детей в возрасте 16–24 месяцев», которая, как мы показали в ранее проведенном исследовании, низко специфична для РАС. В то же время, своевременное выявление детей с разными формами психического дизонтогенеза способствует получению ими и их семьями необходимой консультативной и коррекционной помощи и улучшает состояние психического здоровья населения.

Согласно рекомендациям, составленным Центрами контроля и превенции заболеваемости совместно с ассоциацией педиатров (AAP) США по организации и проведению скрининг исследований РАС, с точки зрения медицинской и экономической эффективности целесообразнее сначала проводить скрининг «широкий» для выявления детей с общими нарушениями (проблемами) психического развития, а затем уже в целевой группе специфический для РАС, как это делают, например, в штате Нью-Йорк в возрастных группах 9, 18, 30 месяцев жизни.

По требованию AAP, если не проводится тотальный скрининг, то обязательно его проведение в группах риска, например, при озабоченности родителей относительно нарушений в общении, социализации или других поведенческих проблем. Абсолютными показаниями для направления к специалистам являются отсутствие лепета к году, жестов (указательных, махать «пока-пока» и др.) к возрасту 12 месяцев, ни единого слова к возрасту 16 месяцев, отсутствие спонтанных (а не просто эхолаличных) фраз из двух слов к возрасту 24 месяца и любая утрата речевых или социальных навыков в любом возрасте. Кроме того, скрининг на РАС обязательно должен быть проведен в отношение детей, чьи родители сообщают, что их дети, кажется, находятся в собственном мире или испытывают недостаток в социальных реакциях, прекратили разговаривать в течение последних нескольких недель после того, как их речь была уже довольно развита. Отсутствие реакции на голоса родителей или стабильное непонимание слов из контекста к возрасту 2-х лет (при нормальном моторном развитии), также идентифицировало детей с расстройствами аутистического спектра в возрасте 2-х лет. В любом случае, задача выявления (распознавания аутистических симптомов и синдромов), а также большей части сопровождения детей, особенно в возрасте до 3 лет, в США ложится на педиатров.

В Новосибирской области скрининг по методике Анкеты проводится также педиатрами, дальнейшие диагностические этапы в группе риска (до консультации психиатра) осуществляются медицинскими психологами.

Нашими исследованиями подтверждено значение стандартизованной полуструктурированной методики ADOS в диагностике заболевания, которая позволяет выявлять количественные и качественные изменения психической сферы детей по аутистическому типу, проводить дифференци-

альную диагностику аутистических нарушений с задержанным типом психического дизонтогенеза и другими нарушениями психического развития, сопровождающихся трудностями в коммуникативной сфере ребёнка. В клинической практике методика помогает конкретизировать цели психокоррекционных мероприятий, разрабатывать практические рекомендации по развитию ребёнка для специалистов различных заинтересованных ведомств, а также родителей.

Таким образом, в процессе установления диагноза РАС медицинский психолог проводит (организует) скрининг детского населения на территории проживания, далее – формирует сравнительную диагностическую оценку в пато- и нейропсихологическом обследовании ребенка, включая ADOS, и квалифицирует психическое расстройство на симптоматическом и синдромальном уровнях. В реализации системного подхода этот специалист интегрирует в отношении ребенка весь объем информации, связанный с развитием личности, психических сфер и функций, когнитивного потенциала и социальной ситуации развития.

Внедрение скрининг исследований групп риска РАС требует одновременного формирования ясной и конкретной системы диагностики, лечебно-реабилитационных, социально-педагогических мер, соответствующего информационного обеспечения семей с детьми, страдающими аутизмом, что может и должно стать опорой для продуктивного функционирования семьи в трудный период принятия диагноза и конструктивных изменений. В этой парадигме нами и формировалась региональная модель психологического сопровождения детей с РАС. На всех этапах диагностики, лечения и реабилитации ребенка с РАС роль медицинского психолога одна из основных, однако в любом возрасте пациента с РАС участие врача психиатра в сопровождении необходимо, принимая во внимание тяжесть патологии и биологическую составляющую в патогенезе заболевания.

Список литературы

1. *Schieve LA et al.* Have secular changes in perinatal risk factors contributed to the recent autism prevalence increase? Development and application of a mathematical assessment model. Ann Epidemiol 2011; 21: C. 930–945.

2. *Young Shin Kim, M.D et al.* “Prevalence of Autism Spectrum Disorder in a Total Population Sample,” American Journal of Psychiatry, May, 9, 2011.

3. *Patricia Garcı´a-Primo, Annika Hellendoorn et al.,* Screening for autism spectrum disorders: state of the art in Europe, Eur Child Adolesc Psychiatry (2014) 23:1005–1021.

4. *Canal-Bedia R., García-Primo P., Martín-Cilleros M.V., et al.* Modified checklist for autism in toddlers: cross-cultural adaptation and validation in

Spain. Journal of autism and developmental disorders. 2011; Vol. 41(10): 1342-51.

5. *Haglund N. et al.* The Observation Scale for Autism (OSA): A New Screening Method to Detect Autism Spectrum Disorder before Age Three Years // Journal of Intellectual Disability-Diagnosis and Treatment. 2016. Т. 3, №. 4. С. 230–237.

6. *Seung H., Ji J., Kim S. J., et al.* Examination of the Korean Modified Checklist of Autism in Toddlers: Item Response Theory. Journal of autism and developmental disorders. 2015; Vol. 45(9). P. 2744-57.

7. *Kara B., Mukaddes N. M., Altınkaya I., et al.* Using the Modified Checklist for Autism in Toddlers in a well-child clinic in Turkey: Adapting the screening method based on culture and setting. Autism. 2014; Vol. 18 (3): 331-8.

8. *Koh H. C., Lim S. H., Chan G. J., et al.* The Clinical Utility of the Modified Checklist for Autism in Toddlers with High Risk 18–48 Month Old Children in Singapore. Journal of autism and developmental disorders. 2014; Vol. 44(2): 405–416.

9. *Gudrun Nygren, et al.* A new screening programm for autism in a general population of Swedish toddlers, March 2012.

10. *Макашева В. А. и др.* Раннее выявление расстройств аутистического спектра // Рос. психиатр. журн. 2016. № 6. С. 4–10.

11. *Макашева В. А. и др.* Организация психиатрической помощи детям с расстройствами аутистического спектра: популяционный скрининг, многокомпонентная реабилитационная система // Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации: Сб. материалов Всерос. конф. по детской психиатрии и наркологии. 2016. С. 243–2424.

12. *Симашкова Н. В., Макушкин Е. В.* Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение // Клинические рекомендации. Казань, 2015.

13. *Rogers S. J., Vismara L. A.* Evidence-based comprehensive treatments for early autism. J Clin Child Adolesc Psychol 2008; 37: 8–38.

14. *Fuentes J., Bakare M., Munir K., Aguayo P., Gaddour N., Öner Ö.* Autism spectrum disorder (edition in Russian, Dolenko O, Martsenkovskyi D, ets. in Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2014.

15. *Lord C. and Bailey A.* (2002) Autism spectrum disorders. In: Rutter M. and Taylor E. (eds.) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 636–663.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ И МОЛОДЕЖИ В РОССИИ – ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, РЕГИОНАЛЬНАЯ СПЕЦИФИКА

В. А. Макашева

Новосибирский областной детский клинический
психоневрологический диспансер, г. Новосибирск
v.a.makasheva@gmail.com

CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH IN RUSSIA – THE MOST IMPORTANT INDICATORS, REGIONAL SPECIFICITY

V. A. Makasheva

Понятие психического здоровья (ПЗ) в научном сообществе остается весьма неопределенным [1]. Отсутствие психического расстройства – условие необходимое, но не достаточное и дополняется позитивным аспектом. В отношении детей позитивное ПЗ может быть определено как совокупность таких составляющих, как психофизическое развитие и продуктивная деятельность в соответствии с хронологическим возрастом и успешная социально-психологическая адаптация, что подразумевает определенную толерантность к нагрузкам, процессу роста, сопротивляемость неблагоприятным воздействиям. В популяционном аспекте актуальное состояние психического здоровья детско-подросткового населения (ПЗДП) на территории принято оценивать через ряд показателей психического неблагополучия, которые включают не только заболеваемость психическими расстройствами, инвалидность, но и смертность от внешних причин, распространенность суицидов, уровень правонарушений и населения – жертв правонарушений в возрастной группе. Основным инструментом служит эпидмониторинг и динамический статистический анализ показателей.

Известно, что роль благополучной социальной среды для формирования ПЗДП ведущая: качество жизни сообщества является важнейшим фактором профилактики психических расстройств, в то время, как бедность и безработица, распавшиеся семьи, преступность, семейное насилие – сильные факторы риска эмоциональных и поведенческих нарушений [2]. Получены убедительные данные о том, что психические расстройства у детей и подростков вносят решающий вклад в глобальное бремя заболеваний в мировом масштабе [3–5].

Принимая во внимание ухудшение социально-экономической ситуации в России, крупные миграционные потоки, регистрируемую отрицательную

динамику показателей ПЗДП во многих регионах страны, особенно Сибирском и Дальневосточном федеральных округах [6–8], важно своевременно сформировать необходимые ресурсы, включая подготовленных специалистов, технологии, финансы, для сохранения ПЗДП, тем более что постоянно растет база научных доказательств социально-экономической результативности профилактики психических расстройств и лечебных вмешательств (ВОЗ, 2006).

В 2015 году группа экспертов важнейшего в области ПЗ научного европейского проекта «A Roadmap for Mental Health Research in Europe», стартовавшего в 2013 году, разработала и опубликовала «дорожную карту» с шестью рекомендуемыми научными направлениями наивысшей степени значимости на ближайшие 5–10 лет – крупнейший научный обзор по приоритетности исследований. Первое из шести основных направлений – исследования в области профилактики психических расстройств и укрепления психического здоровья детей, подростков и молодежи, поскольку именно эти исследования высоко перспективны и актуальны для благополучного настоящего и будущего общества [9].

Изучая заболеваемость психическими расстройствами и частоту суицидов у детей и подростков в Российской Федерации (РФ) с помощью факторного анализа мы установили, что первый фактор – Региональный – определяет более 67 % разнообразия и включает все показатели учтенной заболеваемости с высокими положительными весами [10].

В отношении суицидов региональные особенности также имели решающее значение, так как все показатели суицидальной смертности коррелировали между собой. Региональный фактор определял 67 % разнообразия и включал все показатели суицидальной смертности с высокими положительными весами.

Нами установлена следующая связь учтенной заболеваемости с частотой суицидов. В пяти округах (Центральном, Северо-Кавказском, Приволжском, Уральском и Дальневосточном) корреляции были положительными, и хотя в каждом отдельном округе не достигали статистической значимости, на этой территории в целом учтенная заболеваемость психическими расстройствами была положительно и достоверно связана с частотой завершенных суицидов среди детей, подростков и молодых людей ($r = .46$, $p = .001$). В Сибирском федеральном округе (СФО) между этими показателями также имелась достоверная связь, но она была отрицательной ($r = –.47$, $p = .02$); в Северо-Западном округе взаимосвязь заболеваемости с частотой суицидов также была отрицательной, но недостоверной ($r = –.26$, $p = .43$), а в Южном федеральном округе эти показатели были мало связаны друг с другом ($r = –.06$, $p = .91$). Это подтверждает обнаруженную ранее закономерность по Сибирскому федеральному округу [7]

и ставит вопрос об источниках столь выраженных различий федеральных округов.

Полученные результаты позволяют полагать, что на большей части РФ, включающей 72 субъекта, учтенная заболеваемость среди детей и подростков отражает действительный уровень проблем психического здоровья и её повышение является признаком неблагополучия, так как ему сопутствует повышение частоты самоубийств среди детей и подростков и молодых людей. В десяти наиболее неблагополучных регионах, напротив, высокому уровню суицидальной смертности сопутствует низкий уровень учтенной заболеваемости психическими расстройствами, он особенно низок в шести регионах с наиболее высокой частотой суицидов (за исключением Чукотского автономного округа): Республике Саха (Якутии), Ненецком автономном округе, Забайкальском крае и в Республиках Бурятия, Тыва и Алтай. Статистические данные в Чукотском автономном округе указывают, что на этой территории наиболее высокая суицидальная смертность детей, подростков и молодых людей сочетается с третьим по величине уровнем учтенной заболеваемости психическими расстройствами детей и подростков.

Учитывая имеющиеся данные, указывающие на рост суицидов и общей смертности в возрастных группах 18–19 лет, нами проведен дальнейший анализ смертности в группе 15–19-летних. В Российской Федерации общий уровень смертности населения в этой группе остается стабильным с 2011 года и составляет 0,8 на 1 000 населения за 2015 год. В федеральных округах регистрируются благополучные территории, где уровень смертности ниже среднероссийского: Северо-Кавказский (0,4) в 2 раза, в 1,3 раза Центральный (0,6) и Крымский (0,6). Неблагополучными территориями являются Сибирский (1,1) и Дальневосточный округа (0,9). В структуре общей смертности на долю девушек приходится около 30 %, СФО несколько выше, а в Новосибирской области (НСО) уже 36 % (рис. 1).

В СФО благополучными территориями с уровнем смертности ниже среднероссийского среди молодежи 15–19 лет являются Новосибирская (0,7), Томская (0,7) области, Алтайский край (0,8); остальные регионы с уровнем смертности превышают среднее значение по РФ, крайне неблагополучные – Республики Алтай (1,8), Тыва (1,8).

Среднероссийский уровень суицидов среди молодежи 15–19 лет составил 10,7 на 100 000 населения за 2015 год. Дальневосточный и Сибирский федеральные округа – неблагополучные территории: показатель завершенных суицидов 22,9 на 100 тыс. и 19,3 соответственно, против 3,3 по Северо-Кавказскому ФО; 5,02 по Центральному; 4,2 по Южному в 2015 г. (рис. 2).

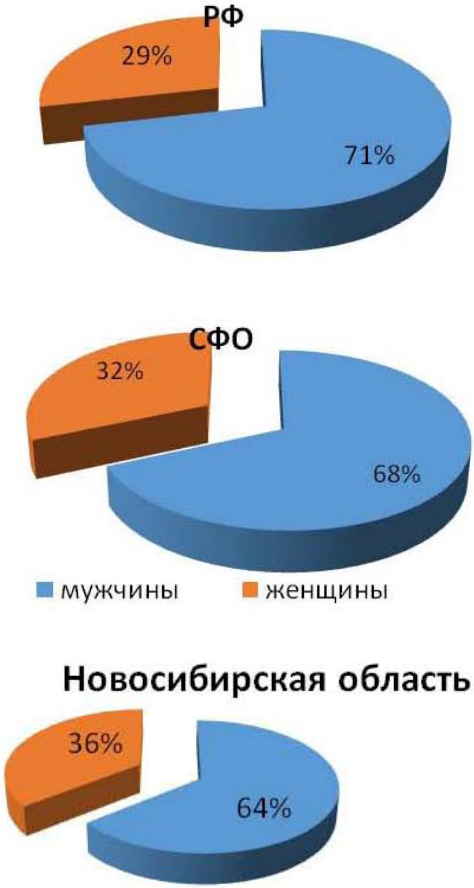


Рис. 1. Гендерное соотношение в структуре общей смертности молодежи 15–19 лет в России, Сибирском федеральном округе, Новосибирской области, 2015 г.

В СФО наиболее неблагополучные территории в возрастной группе 15–19 лет – Республики Алтай (58,9), Бурятия (39,1), Забайкальский край (41,5) Иркутская область (22,1). Высокий уровень распространенности суицидов в административно-территориальных образованиях связан с общим неблагополучием населения на территории проживания (рис. 3).

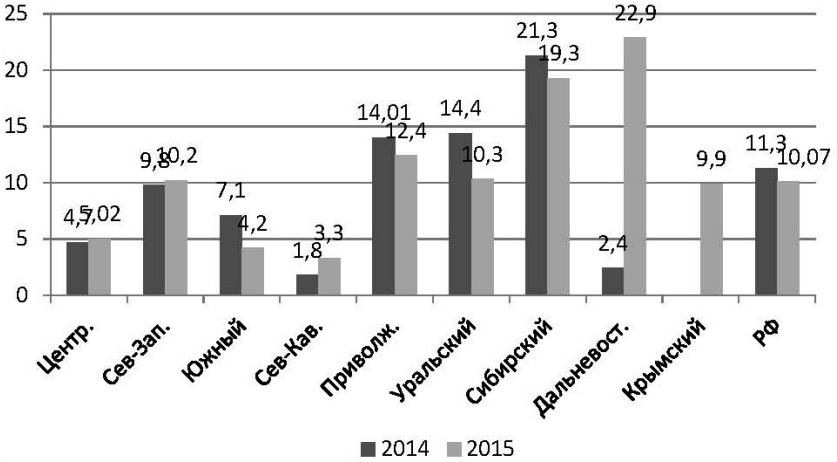


Рис. 2. Динамика смертности от суицидов в России
и по федеральным округам, 15–19 лет,
2014–2015гг., на 100 000 населения

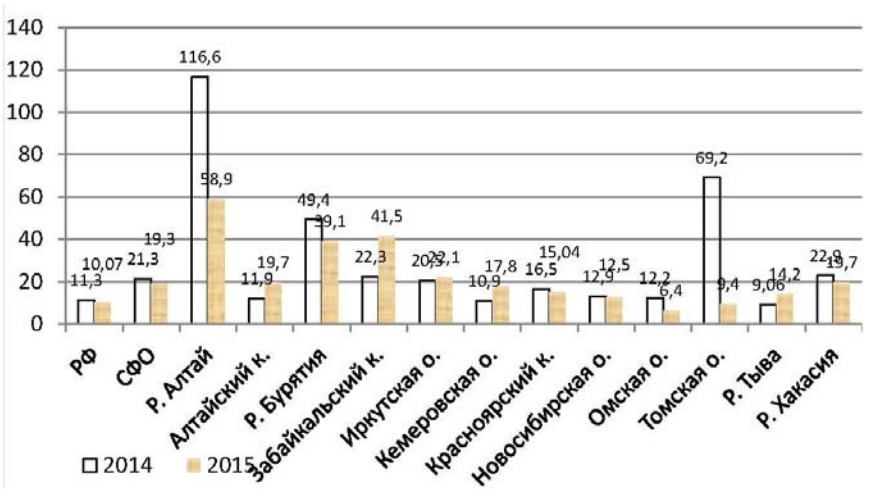


Рис. 3. Динамика смертности от суицидов в субъектах
Сибирского федерального округа, 15–19 лет, 2014–2015 гг., на 100 000 населения

За период 2006–2015 гг. регистрируется снижение показателя суицидов в России на 47,1 %, в СФО – на 46,5 % за счет таких территорий, как Новосибирская область (76 %), Алтайский край, Омская, Кемеровская области (74,5, 76,5, 70 % соответственно).

Потери в подростковом возрасте и среди молодежи сказываются на уровне средней продолжительности жизни, уменьшении числа лиц активного трудоспособного возраста и связанных с этим экономических потерях общества и государства (А. А. Баранов, 2009). Среди причин смерти лидируют травмы и отравления – то, что наряду с суицидами, нужно предотвращать.

Динамика уровня общей смертности и суицидов, в частности, обусловлена социально-экономическими, политическими, этно-культуральными процессами на территориях. Показатели психического неблагополучия в субъектах тем выше, чем ниже качество жизни и хуже социально-экономическое состояние населения, которое определяется миграцией, безработицей, бедностью [11].

Общее неблагополучие людей, увеличение разрыва в показателях плотности городского и сельского населения, повсеместно функционирующие крупные психиатрические стационары с прикрепленными к ним диспансерами, отсутствие оснащенных в кадровом отношении (не только детскими, но и взрослыми психиатрами) специализированных кабинетов амбулаторно-поликлинических учреждений вместе с плохой транспортной доступностью и огромной протяженностью территорий снижают доступность психиатрической помощи детям. Как следствие, низкая выявляемость психических расстройств в наиболее неблагополучных социально-экономических субъектах, с одной стороны, и высокий уровень общей смертности, включая смертность от внешних причин, суицидов [12].

Для снижения распространенности среди населения детско-подросткового возраста таких явлений психического неблагополучия, как суицидов, преступности, буллинга, виктимности, собственно психических расстройств и усиления факторов защиты психического здоровья необходимо увеличить объемы психологической помощи, качество и доступность квалифицированных услуг с применением доказательных методов.

Решение этих задач связано с развитием службы медицинских психологов в России. Медицинский психолог – это основной специалист в системе охраны и формирования ПЗДП, который должен иметь не только соответствующую профессиональную подготовку, но и правовую основу осуществления своей деятельности как самостоятельного и независимого эксперта по ряду вопросов, включая определение образовательного маршрута, проведение психо-социальной коррекции и т. д., а не только выполнять вспомогательные функции, например, в структурах психиатрии или образования, как это происходит сейчас.

Деятельность психологов должна быть развернута в обще соматической системе медициной помощи, образовании, иных службах внутри сообщества, что поможет преодолеть психиатрическую стигму, своевременно и эффективно внедрять профилактические технологии. Доказано, что профилактика и терапия многих психических и поведенческих расстройств в детском и подростковом возрасте эффективна, в том числе в странах с низким и средним уровнем жизни: 1) расстройства детского возраста в ряде случаев предотвратимы (первичная профилактика); 2) они могут иметь более легкие фенотипические проявления, например, не в спектре аутистических расстройств, а в форме синдрома дефицита внимания и гиперактивности (вторичная); 3) достигается формирование индивидуальных психических ресурсов и развитие достаточного уровня социальных навыков (профилактика инвалидизации и других осложнений). Полагаю, что во всех видах профилактики, роль медицинского психолога – ключевая.

В условиях кризиса потребность в психическом здоровье поколения значительно возрастает, учитывая экономическое бремя психических расстройств на сообщество. В отсроченной перспективе психическое здоровье населения молодого и среднего возраста, его когнитивный потенциал, – важнейший ресурс выхода из кризиса.

Организация медицинской психологической помощи, основанная на современных доказательных технологиях, направленная на раннее выявление патопсихологических симптомов и синдромов, своевременную их коррекцию и психосоциальную реабилитацию, ведет к выздоровлению детей и снижению медико-социальных и экономических потерь.

Список литературы

1. *Vaillant G. E.* Positive mental health: is there a cross-cultural definition? // World Psychiatry. 2012. Т. 11, № 2. С. 93–99.

2. ВОЗ. Политика и планы в области охраны психического здоровья детей и подростков. Всемирная организация здравоохранения, 2005. 67 с.

3. *Belfer M. L.* Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe // J Child Psychol Psychiatry. 2008. Vol. 49. P. 226–236.

4. *Costello E. J., Egger H., Angold A.* 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005. Vol. 44. P. 972–986.

5. *Kieling C. et al.* Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action // The Lancet. 2011. Т. 378, № 9801. С. 1515–1525.

6. *Макушкин Е. В., Демчева Н. К., Творогова Н. А.* Психическое здоровье детей и подростков в Российской Федерации в 2000–2012 годах // Обозр. психиатрии и мед. психол. 2013. № 4. С. 10–19.

7. *Макашева В. А., Слободская Е. Р.* Социальное значение детской психиатрии: связь учтенной заболеваемости психическими расстройствами детей и подростков с частотой суицидов в Сибирском федеральном округе // Рос. психиатр. журн. 2015. № 2. С. 38–45.

8. *Гудинова Ж. В., Толькова Е. И., Жернакова Г. Н. и др.* Сравнительная характеристика психических расстройств у подростков в федеральных округах России и в регионах Сибирского федерального округа за 2005–2013 гг. // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 5. URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=21802 (дата обращения 10.08.2015).

9. *Wykes T. et al.* Mental health research priorities for Europe // The Lancet Psychiatry. 2015. Т. 2, № 11. С. 1036–1042.

10. *Макашева В. А., Слободская Е. Р., Варшал А. В., Макушкин Е. В.* Заболеваемость психическими расстройствами и частота суицидов у детей и подростков в Российской федерации // Психиатрия. 2016. № 70. С. 5–14.

11. Рейтинг регионов РФ по качеству жизни. URL: http://vid1.rian.ru/ig/ratings/life_2014.pdf (дата обращения 12.01.2016).

12. *Макашева В. А., Суворова Д. С., Леденева И. Г.* Организация антисуицидальной помощи несовершеннолетним в Сибирском федеральном округе // Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации: Сб. материалов Всерос. конф. по детской психиатрии и наркологии. 2016. С. 241–242.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ О ДИСКРИМИНАТИВНОСТИ И РЕТЕСТОВОЙ НАДЕЖНОСТИ НЕКОТОРЫХ ТЕСТОВ-ОПРОСНИКОВ ДЕПРЕССИИ И БЛИЗКИХ СОСТОЯНИЙ *

М. Е. Мельников [1, 2], *Л. И. Козлова* [1, 2], *Д. Д. Безматерных* [1, 2]
М. Б. Штарк [1, 2], *О. С. Шубина* [1], *К. А. Натарова* [3]

[1] НИИ Молекулярной биологии и биофизики, г. Новосибирск
[2] Новосибирский государственный университет
[3] Международный институт психологии и психотерапии, г. Новосибирск
mikhail-melnikov@mail.ru

THE PRELIMINARY DATA ON THE DISCRIMINATORY POWER AND TEST-RETEST RELIABILITY OF SOME OF INVENTORIES FOR RESEARCHING DEPRESSION AND RELATED STATES

M. E. Melnikov, *L. I. Kozlova*, *D. D. Bezmaternykh*
M. B. Shtark, *O. S.*, *Shubina*, *K. A. Natarova*

Диагноз аффективных расстройств, включая депрессии, выставляется на основании соответствия обследуемого ряду критериев (наличия симптомов заболевания). Однако медицинский диагноз дает лишь очень приблизительное представление о тяжести нарушения. Более детализировано оценить выраженность депрессивной симптоматики и соответствующее снижение качества жизни позволяют шкалы, предназначенные для экспертной оценки (шкала депрессии Гамильтона, шкала Монтгомери-Асберг), и тесты-опросники для самооценки уровня депрессии (опросник депрессии Бека, шкала самооценки депрессии Цунга, госпитальная шкала тревоги и депрессии и др.). Эти методики позволяют дать более детальную оценку, важную, например, для характеристики эффекта лечения или реабилитации пациентов, а также для диагностики субклинических проявлений депрессии. Методики самооценки уровня депрессии – обычно краткие и простые опросники, удобные для многократного проведения с целью отслеживания динамики пациентов. При этом для опросника депрессии Бека именно ретестовая надежность считается наиболее проблемным психометрическим показателем [1].

Целью работы было рассмотрение способности тестов выраженности депрессии и некоторых психологических показателей, ассоциируемых с депрессией (алекситимия, склонность к руминации, нарушения аттач-

* Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда, проект № 14-04-00480.

Авторы благодарят Я. В. Колпакова и Н. В. Сабельникову за предоставленные тексты и ключи разработанных (адаптированных) ими методик.

мента), к различению условно здоровых людей и лиц со сравнительно невыраженными аффективными нарушениями (не достигающими по интенсивности большого депрессивного эпизода), а также ретестовой надежности этих методик. Принимая во внимание небольшую выборку, мы рассматриваем ожидаемые результаты как предварительные.

К исследованию были привлечены 21 участник (6 мужчин и 15 женщин, средний возраст 34,3 ± 9 лет) с диагнозом сравнительно легкого аффективного расстройства (F32.0 депрессивный эпизод легкой степени, F32.1 депрессивный эпизод средней степени, F34.1 дистимия), верифицированным врачом-психиатром. В качестве контрольной группы приглашен 21 условно здоровый доброволец (6 мужчин и 15 женщин, средний возраст 33,8 ± 8,5 лет). Группы не показали значимых различий по половому соотношению, возрасту участников и уровню интеллекта («Прогрессивные матрицы Равена»). В обеих группах исключены тяжелые неврологические и психопатологические нарушения.

Участникам были предложены следующие методики: опросник депрессии Бека, шкала самооценки депрессии Цунга, Торонтская шкала алекситимии (вариант на 26 пунктов), опросник привязанности к близким людям [2], шкала руминации Трейнор с соавт. [3]. Та же батарея была повторена два-четыре месяца спустя. Представители группы депрессии не получали лечения в перерыве между двумя исследованиями. Данные 1 участника с депрессией и 2 здоровых людей оказались некорректными и не вошли в обработку. Еще 2 здоровых людей и 6 лиц с аффективными нарушениями выбыли к моменту второго тестирования.

Математико-статистическая обработка включала *U*-критерий Манна – Уитни, *W*-критерий Уилкоксона, корреляционный анализ ρ Спирмена, построение ROC-кривых. Выполнена в программном пакете IBM SPSS Statistics 21.0.

При первом исследовании лица с аффективными нарушениями демонстрировали достоверно повышенные показатели по большинству из предложенных шкал (табл. 1). Наибольшие показатели статистической значимости получены для шкалы депрессии Бека (BDI), достаточно высокие – для теста Цунга, TAS и шкалы опросника привязанности к близким людям (ОПБЛ), указывающей на выраженность избегающего стиля аттачмента. Ниже приведены показатели качества оценок по этим шкалам как классификаторов (табл. 2, также см. рисунок). Полученные показатели предсказуемы, учитывая данные о высокой чувствительности и избирательности шкал Цунга [4] и Бека [5].

При втором тестировании межгрупповые различия несколько сглаживаются, что может относиться как на счет действительного «сближения» показателей групп, так и на счет уменьшения численности групп вследствие выбывания (см. табл. 1). Наиболее значимыми остаются различия для шкалы самооценки депрессии Цунга и шкалы депрессии Бека.

Таблица 1

Различия показателей психологических тестов (медианы)
между группами условно здоровых испытуемых и лиц с аффективными нарушениями

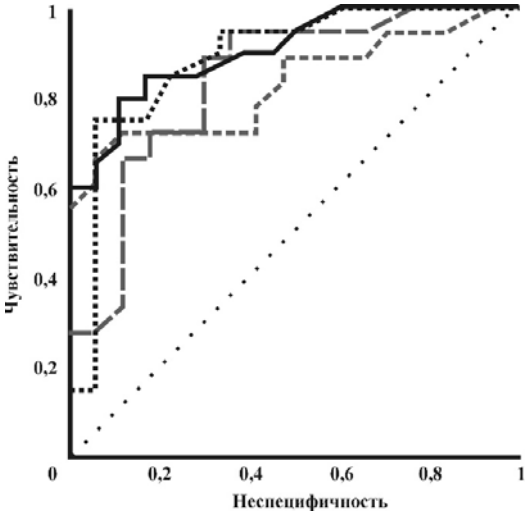
	Цунг	BDI	TAS	ОПБЛ		Руминация			
				Избег.	Трев.	Σ	Рефл.	Разм.	Переж.
При 1-м тестировании									
Здоровые	31,5	2,5	52	36	44,5	43	9,5	9	22
Депрессия	44,5	17	73,5	53	58	52	12	11,5	28
U	40	34	60	51	109,5	71	65,5	100	70
p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,097	0,003	0,002	0,051	0,003
При 2-м тестировании									
Здоровые	30	2	58	31	42	37	8	9	21
Депрессия	42,5	11,5	64	47	52,5	50	12	11	25,5
U	43,5	46	99,5	90,5	134	89	100	92	81
p	< 0,001	< 0,001	0,082	0,041	0,567	0,037	0,088	0,048	0,018

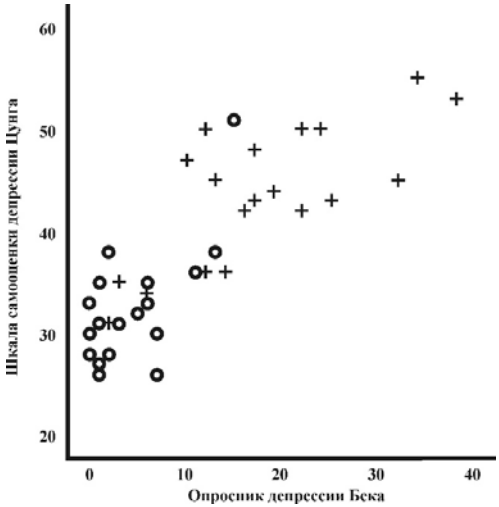
Таблица 2

Характеристики ROC-кривых для самых дискриминативных показателей

	Цунг	BDI	TAS	ОПБЛ
				Избегающий
Площадь под кривой	0,889	0,906	0,83	0,838
p	0,00004	0,00002	0,00085	0,00063
Чувствительность	0,75	0,8	0,667	0,889
Специфичность	0,944	0,899	0,941	0,706

Примечание: чувствительность и специфичность приведены для оптимального решения (максимальная сумма параметров).





Слева ROC-кривые для BDI (сплошная черная), шкалы самооценки депрессии Цунга (пунктир точки черная), TAS (мелкий пунктир серая), шкалы избегающего типа аттачмента (крупный пунктир серая). Справа распределение здоровых людей (окружности) и лиц с аффективными нарушениями (крестики) в двумерном пространстве, образованном результатами BDI и теста Цунга. Хорошо видна возможность классификации на основе этих двух методик с высокой специфичностью

Прояснить изменчивость результатов тестов во времени помогает сравнение результатов 1-го и 2-го измерения внутри каждой группы. В группе условно здоровых участников ни один из показателей достоверно не изменяется, наиболее выраженная тенденция (к снижению показателя) зафиксирована для шкалы переживаний теста руминации ($Z = -1{,}7$; $p = 0{,}096$). В группе лиц с депрессией обнаружено статистически значимое снижение показателей депрессии по шкале Бека ($Z = -2{,}2$; $p = 0{,}028$) и оценок по шкале тревожного аттачмента в тесте ОПБЛ ($Z = -2{,}6$; $p = 0{,}009$). Улучшение состояния участников этой группы может быть связано с процессами спонтанной ремиссии, в том числе, в связи с сезонными факторами (первая регистрация проведена осенью, вторая – зимой), что подтверждают данные о высокой чувствительности теста к клинически значимым изменениям [6]. Однако G. Ahava et al. [7], также обнаружившие снижение баллов BDI на двухмесячном отрезке (примерно на 40 %), но в группе здоровых людей, не подвергавшихся каким-либо воздействиям, склонны относить эти результаты на счет ошибки измерения.

Важный вопрос состоит в том, позволяют ли баллы по рассматриваемым нами тестам при первом измерении предсказать оценки тех же методик при втором. Простейший способ оценить это – измерить корреляционные связи между двумя регистрациями (табл. 3). Напомним, что высокими в этом случае считаются коэффициенты выше 0,8, а приемлемыми – выше 0,7. Таким образом, высоконадежными для условно здоровых людей оказались шкала депрессии Бека и три показателя шкалы руминации. Для лиц с депрессией не обнаружено высоконадежных показателей. Крупный метаанализ [8] данных о психометрических характеристиках BDI-II отражает ту же тенденцию. Для условно здоровых людей r Пирсона в 16 исследованиях варьировался от 0,73 до 0,96. Однако в трех работах с привлечением лиц, страдающих депрессией, коэффициент составлял 0,47 (никакой надежности). В публикации по тесту Цунга впечатляющий $r = 0{,}93$ получен на смешанной выборке здоровых и страдающих депрессией испытуемых, всего 20 человек [4], что завышает результаты. Для TAS (версия на 20 вопросов), проведенной на выборке здоровых подростков, ретестовая надежность на отрезке времени в один месяц оценивалась как 0,87 [9], для взрослых лиц на 3-месячном интервале – как 0,77 [10]. Отличия этих данных от полученных нами могут быть связаны с культуральной спецификой, особенностями перевода опросника на различные языки, разницей в версиях тестов или в статистическом аппарате (в цитированных работах используется более мощный r Пирсона).

Таким образом, полученные нами данные предполагают осторожное использование тестов-опросников выраженности депрессии и связанных с ней состояний и личностных свойств. Все рассмотренные нами методики показали хорошую способность к различению групп условно здоровых

Таблица 3

Взаимосвязь показателей психологических методик, полученных при 1-м и 2-м тестировании, в группах условно здоровых испытуемых и лиц с аффективными нарушениями

		Цунг	BDI	TAS	ОПБЛ		Руминация			
					Избег.	Трев.	Σ	Рефл.	Разм.	Переж.
Здоровые	ρ	***0,748***	**0,88**	0,62	***0,755***	0,628	**0,849**	**0,832**	0,688	**0,873**
	p	0,001	< 0,001	0,01	0,001	0,009	< 0,001	< 0,001	0,003	< 0,001
Депрессия	ρ	0,474	0,654	0,681	0,693	***0,708***	0,686	***0,755***	0,469	0,582
	p	0,075	0,008	0,005	0,006	0,005	0,007	0,002	0,091	0,029

Примечание: полужирным шрифтом выделены показатели с высокой надежностью, полужирным курсивом – с приемлемой надежностью.

людей и лиц с относительно легкими депрессивными нарушениями. Для тестов Бека и Цунга эта характеристика была достаточно высокой при обоих измерениях. Возможно, на основании данных этих методик удастся создать достаточно точный автоматический классификатор. Также было показано, что BDI и тест руминации в приложении к условно здоровым людям имеют приемлемые показатели тест-ретестовой надежности. Однако ни один из использовавшихся нами измерительных инструментов не показал достаточной ретестовой надежности в группе лиц, страдающих аффективными расстройствами.

Таким образом, тест депрессии Бека и тест самооценки депрессии Цунга мы можем рекомендовать для изучения межгрупповых различий здоровых людей и испытуемых с той или иной выраженностью депрессии «в статике». Тест депрессии Бека и тест руминации видятся нам пригодными для динамического исследования здоровых людей на временном отрезке в несколько месяцев. Показатели лиц с аффективными нарушениями по этим методикам слишком изменчивы для того, чтобы проводить динамические измерения в этой когорте, а также для использования в интересах прогноза состояния обследуемых.

Как уже упоминалось выше, причиной полученных результатов может быть спонтанное ослабление симптоматики заболеваний или полная спонтанная ремиссия испытуемых. Хорошим способом проверки этого влияния в будущем стало бы одновременное использование шкал, основанных на экспертной оценке тяжести депрессии (шкала депрессии Гамильтона, шкала Монтгомери – Асберг). Еще одно важное ограничение – небольшие выборки и отсутствие оценок роли выбывания участников после первого тестирования. Таким образом, несмотря на полученные результаты, мы считаем важной дальнейшую разработку темы с учетом необходимости увеличения выборки, контроля выбывания и оценки степени реального изменения уровня депрессивной симптоматики испытуемых.

Список литературы

1. *Yin P., Fan X.* Assessing the Reliability of Beck Depression Inventory Scores: Reliability Generalization across Studies // Educational and Psychological Measurement. 2000. Vol. 60. № 2. P. 201–223.

2. *Сабельникова Н. В., Каширский Д. В.* Опросник привязанности к близким людям // Психологический журнал. 2015. Т. 36, № 4. С. 84–97.

3. *Колпаков Я. В., Ялтонский В. М.* Феномен руминации в структуре тревожно-депрессивных переживаний у лиц молодого возраста // Медицинская психология в России. 2013. № 3.

4. *Fountoulakis K. N., Iacovides A., Samolis S. et al.* Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the zung depression rating scale // BMC Psychiatry. 2001. Vol. 1. 6.

5. *Steer R. A., Cavalieri T. A., Leonard D. M., Beck A. T.* Use of the Beck Depression Inventory for Primary Care to screen for major depression disorders // General Hospital Psychiatry. 1999. Vol. 21. № 2. P. 106–111.

6. *Smarr K. L., Keefer A. L.* Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) // Arthritis Care & Research. 2011. Vol. 63. S. 11. P. 454–466.

7. *Ahava G. W., Iannone C., Grebstein L., Schirling J.* Is the Beck Depression Inventory reliable over time? An evaluation of multiple test-retest reliability in a nonclinical college student sample // Journal of Personality Assessment. 1998. Vol. 70. № 2. P. 222–231.

8. *Wang Y.-P., Gorenstein C.* Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review // Revista Brasileira de Psiquiatria. 2013. Vol. 45. № 4. P. 416–431.

9. *Seo S. S., Chung U.-S., Rim H. D., Jeong S. H.* Reliability and Validity of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale in Korean Adolescents // Psychiatry Investigation. 2009. Vol. 6. № 3. P. 173–179.

10. *Sriram T. G., Chaturvedi S. K., Gopinath P. S., Subbakrishna D. K.* Assessment of alexithymia: psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS) – A preliminary report // Indian Journal of Psychiatry. 1987. Vol. 29. № 2. P. 133–138.

ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕМЕЙНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ РИСКАМИ

О. А. Мишина [1], *О. В. Киселёва* [2]

[1] Новосибирский государственный педагогический университет
г. Новосибирск
moyntins@mail.ru

[2] Новосибирский государственный университет
г. Новосибирск
kiseleva_ov@inbox.ru

FAMILY IDENTITY CHARACTERISTICS OF THE ADOLESCENTS WITS SUICIDAL RISK

O. A. Mishina, *O. V. Kiseleva*

Высокий уровень самоубийств в молодежной среде остается одной из значимых социальных, психологических и медицинских проблем. Согласно опубликованному в 2014 г. докладу ВОЗ [1], вследствие суицида каждые 40 секунд умирает человек. Суициды повинны в 50 % смертей от насильственных причин у мужчин и 71 % у женщин. При этом 20 % самоубийств совершается в подростково-юношеском возрасте; они являются второй по значимости причиной смерти среди 15–19-летних (8,5 %), уступая лишь дорожно-транспортным происшествиям [2].

Наряду с исследованием подростков с различными формами суицидального поведения, важным представляется исследование детей, входящих в так называемую группу «суицидального риска». Под суицидальным риском принято понимать вероятность совершения самоубийства. Данный фактор включает в себя характеристики, которые при своём наличии или отсутствии влияют на склонность индивида к суицидальному поведению. Обнаружение склонности к суицидальному риску позволяет своевременно выявить лиц, которые относятся к группе риска, а также помочь им [3].

Как показывает анализ проведенных исследований [2; 4; 5], к факторам риска совершения суицидов у подростков принято относить индивидуальные (наследственность, физиологические особенности, психическое здоровье, наличие суицидальных попыток, пол), семейные (история семьи, психопатологическая отягощенность, трудности семейного взаимодействия), средовые и демографические (ассоциированные с социальной и экономической неуспешностью, проблемами в школе и др.), а также жизненные стрессоры и некоторые культуральные воздействия. Наиболее предикативные из них – наследственная отягощенность аффективной па-

тологией, случаи суицида в роду и наличие в анамнезе эпизодов аутоагрессии. В то же время, как отмечает А. Г. Амбрумова [2], стойкое чувство эмоциональной привязанности к значимым близким, являющееся составляющим семейной адаптации, можно отнести к антисуицидальным факторам

В представленной работе основное внимание мы сосредоточили на исследовании у подростков с суицидальными рисками семейных факторов, в частности, переживания своей принадлежности к семье, т. е. семейной идентичности. Американский психотерапевт Н. Аккерман [6; 7] под семейной идентичностью понимал содержание и направленность ожиданий, стремлений, ценностей, а также тревог и проблем адаптации, которые разделяют члены семьи или взаимодополняют ими процессы выполнения ролей в семье. Н. В. Лукьянченко рассматривала семейную идентичность «как субъективный образ принадлежности к семейной группе, отражающий характеристики группы и своего функционирования в ней в структурном, эмоционально-оценочном и когнитивном аспектах» [8]. На последнее определение семейной идентичности мы и будем опираться в процессе нашего исследования.

Семейная идентичность – это очень важная часть психологического обозначения индивида в жизнедеятельности и социуме, которая даёт возможность получать поддержку, заботу, опору, устойчивые групповые связи, отождествляя себя со стабильной социальной группой, где человек чувствует себя безопасно и уверенно. Особенности семейной идентичности непосредственно влияют на дальнейшую жизнь индивида, а значит и на его способность справляться с трудными жизненными ситуациями и кризисами. В отсутствии возможности получить поддержку от членов своей семьи в критической ситуации подростки могут задумываться об уходе из жизни, или даже прибегают к совершению суицидальных действий.

Опираясь на выделенные С. С. Строковой [9; 10] подходы к пониманию и, соответственно, исследованию семейной идентичности, мы сосредоточили свое внимание на исследовании субъективного образа семьи у подростков с суицидальными рисками. Таким образом, целью нашего исследования являлось исследование характеристик семейного функционирования, семейной адаптации и сплочённости, как проявления семейной идентичности, у подростков с суицидальными рисками.

Материалы и методы

В нашем исследовании приняли участие 35 подростков 10–11 классов МБОУ МСОШ № 3 Новосибирской области, р. п. Маслянино, и 47 подро-

стков 9–11 классов МБОУ СОШ № 27 г. Новосибирска. Возраст учеников от 15 до18 лет, средний возраст подростков 16 лет. В общем, в исследовании приняли участие 82 подростка, из них 36 мальчиков и 46 девочек.

В исследовании были использованы психодиагностический и статистический методы. Для оценки микросоциального климата в семьях подростков применялся опросник «Шкала семейного окружения» – Family Environment Scale (FES), R. H. Moos (1974), адаптированный С. Ю. Куприяновым (1974) [11]. Также мы воспользовались проективным тестом «Семейная социограмма», позволяющим выявить положение субъекта в системе межличностных отношений и характер коммуникаций в семье (В. Юстицкис, Э. Г. Эйдемиллер, 1999) [12]. Для исследования самоидентификации подростков и представления о своих семейных ролях мы использовали опросник «Кто Я?» (М. Кун и Т. Макпартленд, 1954) [13]. На основании полученных в ходе анкетирования утвердительных ответов в части «Суицидальность» в методике «Колумбийская шкала оценки тяжести суицида ((C-SSRS) (модуль «Суицидальные идеи»)» (K. Posner, D. Brent et al., 2007) [14], а также показателя по шкале «Чувство собственной неэффективности, наличие суицидальных мыслей» в методике «Опросник детской депрессии» М. Ковач (Child's depression inventory, CDI) [15], исследуемые подростки были разделены на две группы: **1-я группа** (12 человек, из них 2 мальчика и 10 девочек) – подростки, которые попадают в группу суицидального риска; **2-я группа** (70 человек, из них 34 мальчика и 36 девочек) – подростки, которые не попадают в группу суицидального риска. Статистический анализ данных осуществлялся с помощью лицензионного пакета программ IBM SPSS Statistics 22. Достоверность различий между группами устанавливалась с помощью углового преобразования Фишера и *U*-критерия Манна – Уитни.

Результаты и их обсуждение

Анализ полученных данных по методике «Кто Я?» позволил выявить достоверно значимые различия по показателю «упоминание семейных связей» ($p < 0{,}05$) (табл. 1).

Подростки с суицидальными рисками достоверно чаще упоминают о своих семейных связях, что позволяет говорить о значимости для них этих отношений. Как отмечает в своем исследовании С. С. Строкова [10], для подростков в целом достаточно важно сохранять высокую ценность семьи, как суждение, не подвергающееся критике. Также подростки, менее удовлетворенные ситуацией в семье, имеют бóльшую представленность образа семьи, т. е. возможно, больше размышляют о том, какой должна быть семья, и какова их семья.

Таблица 1

Результаты тестирования подростков 1-й и 2-й групп по методике «Кто Я?» и показатели шкал проективного теста «Семейная социограмма» (%)

Показатель		Группа		Критерий Фишера (φ)	ρ
		1-я (n = 12)	2-я (n = 70)		
«Кто Я?»					
Наличие упоминания семейных связей		**92**	**56**	**2,791**	***p* < 0,05**
Упомянутые семейные отношения	Детско-родительские	67	46	1,363	$p > 0,05$
	Братско-сестринские	17	9	0,791	$p > 0,05$
	Межпоколенные	8	1	1,111	$p > 0,05$
«Семейная социограмма»					
Наличие членов семьи на рисунке	Все члены семьи	75	86	0,871	$p > 0,05$
	Не все члены семьи	8	3	0,775	$p > 0,05$
Величина	Я меньше других членов семьи	25	16	0,743	$p > 0,05$
	Я такой же, как все члены семьи	58	60	0,109	$p > 0,05$
	Я больше других членов семьи	8	16	0,739	$p > 0,05$
Расположение относительно других членов семьи	Отстранён от всех	17	16	0,086	$p > 0,05$
	Ближе к матери	25	9	1,447	$p > 0,05$
	Ближе к отцу	8	14	0,615	$p > 0,05$
	Ближе к брату / сестре	25	19	0,496	$p > 0,05$
	Расположение себя в центре по отношению к другим членам семьи	**33**	**8**	**2,032**	***p* > 0,05**
Дистанция	Слияние	8	11	0,336	$p > 0,05$
	Есть незначительная дистанция	50	43	0,458	$p > 0,05$
	Есть большая дистанция	33	37	0,256	$p > 0,05$

По результатам анализа показателей по рисуночно-проективной методике «Семейная социограмма», в выделенных группах достоверно значимые различия были выявлены по показателю «расположение респондента в центре по отношению к другим членам семьи» ($p < 0,05$) (см. табл. 1).

Подростки из группы с суицидальными рисками достоверно чаще отображали себя в центре по отношению к другим членам семьи. Подобное расположение себя по отношению к другим членам семьи говорит об эгоцентрической направленности личности, которая может сопровождаться низкой самооценкой, тревожностью, сосредоточенности исключительно на себе, своих страданиях, переживаниях, что может быть предпосылкой к совершению суицидальных действий.

Анализ данных, полученных в ходе проведения методики «Опросник детской депрессии» М. Ковач (табл. 2), позволил выявить достоверно значимые различия между 1-й и 2-й группами по таким показателям, как: негативное настроение ($p < 0,05$), межличностные проблемы ($p < 0,05$), неэффективность ($p < 0,05$), ангедония ($p < 0,05$), негативная самооценка ($p < 0,05$).

У подростков с суицидальными рисками наблюдается высокий уровень общего снижения настроения, негативная оценка собственной эффективности, постоянное ожидание неприятностей, плаксивость, высокий уровень тревожности, истощаемости и негативизма, чувство одиночества и негативная оценка собственной неэффетивности, а также наличие суицидальных мыслей – все эти характеристики, с точки зрения А. Г. Амбрумовой [3] могут привести к суицидальным формам поведения.

Анализ полученных данных по методике «Шкала семейной адаптации и сплочённости» М. Перре позволил выявить достоверно значимые различия по показателям: семейная сплочённость ($p < 0,05$) и семейная адаптация ($p < 0,05$) (см. табл. 2).

У подростков 1 группы показатели уровня семейной адаптации и семейной сплочённости ниже, чем у 2-й группы. Как показывают результаты ранее проведенных исследований [9; 10], показатели сплоченности тесно связаны с такой характеристикой, как принятие со стороны семьи. Снижение же показателей по шкале сплоченность позволяет говорить о менее близких эмоциональных связях в семьях этих подростков, а также о неуверенности в положительной оценке своей личности и принятии со стороны семьи. Такие подростки в целом чувствуют себя менее благоприятно.

Также из результатов, представленных в табл. 2, следует, что семьи подростков, попадающих в группу суицидального риска, в плане семейной адаптации описываются ими как более ригидные по уровню изменения и приспосабливания в моменты воздействия стрессовых факторов. Это говорит о нарушении коммуникаций в их семьях, отсутствии взаимопонимания между членами семьи, что также позволяет отнести этих подростков в группу суицидального риска.

Таблица 2

Результаты тестирования подростков 1-й и 2-й групп по методикам «Опросник детской депрессии» и «Шкала семейной адаптации и сплочённости (FACES-3)»

Показатель	Группа		Манн – Уитни *U*	Уровень значимости ρ
	1-я (n = 12)	2-я (n = 70)		
	Средний ранг			
Методика «Опросник детской депрессии» (М. Ковач, 1992)				
Негативное настроение	60	51	204,5	$p > 0,05$
Межличностные проблемы	70	56	218	$p > 0,05$
Неэффективность	62	50	172	$p > 0,05$
Ангедония	66	50	98,5	$p > 0,05$
Негативная самооценка	69	49	38,5	$p > 0,05$
Методика «Шкала семейной адаптации и сплочённости (FACES-3)» (М. Перре, 1986)				
Семейная сплочённость	30	33	197,5	$p > 0,05$
Семейная адаптация	28	30	268,5	$p > 0,05$
Идеальная семейная сплоченность	31	35	301,5	$p > 0,05$
Идеальная семейная адаптация	30	31	417	$p > 0,05$

Выводы

Таким образом, по результатам проведенного исследования семейной идентичности у подростков мы можем сказать, что подросткам из группы суицидального риска свойственна эгоцентрическая направленность, сосредоточенность на себе, своих страданиях и переживаниях, преобладание депрессивных тенденций. Они больше размышляют о семье, придают большую значимость семейным связям. Относительно невысокие показатели семейной сплоченности в группе подростков с суицидальными рисками позволяют говорить об их неуверенности в положительной оценке своей личности и принятии со стороны семьи. Свои семьи подростки из данной группы описывают как более ригидные по уровню изменения и приспосабливания в моменты воздействия стрессовых факторов, что свидетельствует о нарушении коммуникаций в этих семьях.

Список литературы

1. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. ISBN 978-92890-5067-8.
2. *Мазаева Н. А., Кравченко Н. Е., Зикеев С. А.* Незавершенные суицидальные попытки у подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2016; 116 (4): 44–49. https://mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova-2/2016/4/1199772982016042044
3. *Амбрумова А. Г.* Суицидальное поведение как объект комплексного изучения // Комплексные исследования в суицидологии: Сб. науч. тр. М.: 1986.
4. *Reeves A., McKee M., Stuckler D.* Economic suicides in the great recession in Europe and North America // Br J Psychiatry. 2014; 205: 246–247. doi: 10.1192/bjp.bp.114.144766.
5. *Silva R. S. J., dos Santos F. L. R., Soares N. M. M., Pardono E.* Suicidal ideation and associated factors among adolescents in Northeastern Brazil // Scientific World Journal. 2014; 450943. Publ. on-line 2014. doi: 10.1155/2014/450943.
6. *Аккерман Н.* Роль семьи в появлении расстройств у детей // Семейная психология: Хрестоматия / Сост. Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова, В. Юстицкис. СПб.: Речь, 2007. С. 228–244.
7. *Аккерман Н.* Теория семейной динамики // Семейная психотерапия / Сост. Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова, В. Юстицкис. СПб.: Питер, 2000. 12 с.
8. *Лукьянченко Н. В.* Семейная идентичность супругов на этапе перехода от молодой семьи к зрелой // Сиб. пед. журн. 2010. № 10. С. 283–294.

9. *Строкова С. С.* Направления изучения семейной идентичности в психологии // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22, № 3. С. 8–22.

10. *Строкова С. С.* Семейная идентичность подростков из семей различного типа // Психология и право. 2017. № 1. С. 34–52. doi: 10.17759/psylaw.207070104

11. *Эйдемиллер Э. Г., Медведев С. Э.* Аналитико-системная семейная психотерапия при шизофрении. СПб.: Речь, 2012. 207 с.

12. Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы: Учеб. пособие для врачей и психологов / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. 2-е изд., испр. и доп. СПб.: Речь, 2010. 425 с.

13. *Прихожан А. М.* Психология неудачника: тренинг уверенности в себе. М.: Сфера, 2000. 192 с.

14. *Kaneko, Hitoshi Hamada, Shoko Ogura, Masayoshi Honjo, Shuji et al.* Association Between Bullying Behavior, School Safety, and Self-Cutting: A Japanese Population-Based School Survey // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 55, Iss. 10. S287.

15. *Beck A., Steer R., Kovacs M., Garrison B.* Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation // American Journal of Psychiatry. 1985. № 142. P. 559–563.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА РОРШАХА В ДИАГНОСТИКЕ АУТОАГРЕССИИ И КОНТРОЛЕ АГРЕССИИ В НОРМЕ И ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ: ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В. Г. Рагозинская

Челябинский государственный университет,
Южно-Уральский государственный медицинский университет
г. Челябинск
sunny_song@mail.ru

APPLICATION OF THE RORSCHACH TEST IN ASSESSING AUTOAGGRESSION AND CONTROL OF AGGRESSION IN NORM AND IN PERSONALITY DISORDERS: A PILOT STUDY

V. G. Ragozinskaya

Актуальность

В психологии агрессия понимается как мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам (правилам) сосуществования людей в обществе, наносящее вред одушевленным и неодушевленным объектам, приносящее физический им ущерб или вызывающее психологический дискомфорт (состояние страха, подавленности и т. п.) [1].

Проявления агрессии очень многообразны. Различают следующие виды агрессии:

- направленная на себя (аутоагрессия) или вовне (гетероагрессия);
- физическая и вербальная;
- скрытая (воображение сюжетов мести, сцен насилия) и открытая, которая, в свою очередь, делится на прямую, косвенную и перемещенную (со сменой объекта агрессии);
- инструментальная (как средство достижения цели) и враждебная (с целью причинения вреда);
- инициативная, оборонительная, альтруистическая (защита других от агрессивного поведения) и псевдоагрессия (действия, несущие ненамеренный вред);
- конструктивная (проявление агрессии в социально приемлемой форме или с социально позитивным результатом), деструктивная (проявление агрессии в социально неприемлемой форме и с социально негативным результатом) и дефицитарная (вследствие дефицита навыков адекватного отреагирования агрессивных побуждений) [2–4].

Устойчивая склонность индивида к агрессивному поведению обозначается понятием «агрессивность» [5].

Контроль агрессии предполагает ее отслеживание субъектом и при необходимости саморегуляцию и коррекцию поведения с целью сдерживания агрессивных импульсов или проявления агрессии в социально приемлемой форме [3].

Феномен аутоагрессии подразумевает специфическую (патологическую) форму поведения человека, носящую характер результирующей активности, обусловленной психологической, биологической и социальной дезадаптацией; возникающую преимущественно в экстремальной ситуации (состоянии) и направленную на изменение этой ситуации путем причинения ущерба своему психическому или физическому здоровью [6].

Природа аутоагрессии, как и природа сниженного контроля агрессии до конца не изучены. С позиций биопсихосоциальной подхода эти феномены могут быть обусловлены сложным комплексом биологических, психологических и социальных факторов [7]. С нейробиологических позиций сниженный контроль агрессии и высокая склонность к аутоагрессии связаны с нарушениями центральных механизмов регуляции эмоционального поведения, которые в норме призваны обеспечивать адекватный ответ организма на изменения внешней и внутренней среды [8; 9].

При расстройствах личности агрессия является одним из основных проявлений совокупности психопатологических феноменов и грубой социальной дезадаптации [10; 11]. Поведение «расстроенной» личности нередко отличается импульсивностью, низким самоконтролем, направленностью на немедленное удовлетворение своих желаний без учета возможного наступления от этого негативных последствий не только для окружающих, но и для самого субъекта [10; 12]. Это усиливает потребность в точных инструментах измерения аутоагрессивных тенденций и способности к контролю агрессии.

В нашей стране основной методикой, позволяющей оценить аутоагрессию и контроль агрессии, является «Опросник агрессивности» Ч. Д. Спилбергера (англ. State-Trait Anger Expression Inventory, сокр. STAXI). Это надежный эмпирически апробированный стандартизированный опросник [13]. Тем не менее он относится к методикам самоотчета и, следовательно, зависит от способности респондента к пониманию себя и от его готовности к открытому и честному самовыражению. И, если в научных исследованиях этот опросник демонстрирует хорошие показатели валидности и пригоден для использования в обыденной практике, то в ситуациях экспертизы, когда присутствует зависимость судьбы испытуемого от показателей тестов, появляется явление так называемого «установочного поведения», или «мотивационного искажения». Присущие многим индивидам с расстройствами личности и повышенной агрессивностью тенденции да-

вать избегающие и / или социально приемлемые ответы, склонность отрицать наличие у себя агрессивных импульсов или объяснять их возникновение внешними причинами, дефицит рефлексии и навыков самоанализа, использование неверных эталонов для сравнения собственных личностных свойств, переживаний и поведения (за которые чаще всего принимаются представители ближайшего окружения, а не человек вообще) могут существенно ограничивать изолированное использование самоотчетов для оценки агрессивности. В этом случае стандартизированные опросники дополняются проективными методиками («Тест руки» Э. Вагнера, «Тест фрустрационных реакций» С. Розенцвейга, «Тематический апперцептивный тест» Г. Мюррея, «Метод портретных выборов» Л. Сонди, «Методика чернильных пятен» Г. Роршаха и пр.).

Тест чернильных пятен Роршаха является мощным инструментом получения разносторонней информации о психической деятельности человека и обнаружения тонких и глубоко скрытых нарушений в разных сферах психики. В силу своей многогранности он является весьма информативным для диагностики различных аспектов агрессивности.

К настоящему времени существует целый ряд оценочных систем, позволяющих категоризировать проявления агрессии в тесте Роршаха: «Шкала враждебности» A. Elizur [14], «Шкала агрессии» R. R. Holt [15], «Система враждебности» B. Murstein [16], «Интегративная система» J. E. Exner [17], «Система оценки агрессии» C. B. Gacono и J. R. Meloy [18] и пр. Некоторые переменные, выделенные в рамках данных систем, обнаруживают связи с проявлениями аутоагрессии и способности к контролю агрессии.

R. R. Holt классифицировал различные проявления агрессии в тесте Роршаха, опираясь на психодинамическую теорию. Используя понятия первичного и вторичного процессов, R. R. Holt разделил переменные агрессии согласно степени выраженности.

- Агрессия первичного процесса (A1) – это интенсивная, подавляющая, убийственная или явно садомазохистская агрессия [15]. Примерами этого ответа могут быть: «это то, что осталось от желудка после того, как его ранила бронебойная пуля – все забрызгано кровью и ошмётками плоти» или «два убийцы колют тело, они склоняются над своими ножами, все еще вонзенными в мертвое тело» [19].
- Агрессия вторичного процесса (A2) относится к враждебности или агрессии более социально приемлемого рода, обычно нелетального [15]. Примерами такого типа ответа будут: «Похоже на двух сражающихся медведей», «Это похоже на большого рычащего волка», «меч», «когти», «пистолет», «жало», «танк» и т. п. [19].

По данным M. R. Baity и соавторов, у пациентов с пограничным расстройством личности показатели A1 значимо выше, чему здоровых лиц.

У пациентов с пограничным расстройством личности, склонных к преднамеренным самоповреждениям, показатели A1 выше, чем у пациентов без склонности к преднамеренным самоповреждениям [20].

J. E. Exner предложил такие показатели теста Роршаха для оценки агрессии, как агрессивное движение (AG) и болезненное содержание (MOR).

- Агрессивное движение (AG) определяется как «любое движение человека, животного или неодушевленное движение, в котором действие явно агрессивное» [17]. Примером этого ответа может быть «похоже, что пуля пробивает что-то». Люди, которые дают два или более ответов AG, «скорее всего, воспринимают агрессивность как естественную часть межличностных отношений. Они часто проявляют силовую или агрессивную активность в повседневном поведении» [17. С. 503]. Агрессивное движение (AG) связано с вербальной и физической агрессией [17].
- Морбидный контент, или болезненное содержание (MOR) имеет два определения. Первый – это идентификация объекта как мертвого, разрушенного, сломанного, испорченного, поврежденного или разбитого. Примерами этого могут быть «разбитое зеркало» или «мертвая собака». Второе определение включает атрибуцию дисфории на объект, такой как «мрачный дом» или «грустное дерево» [19]. Морбидный контент (MOR) больше ассоциируется с агрессией, направленной против себя, подобно пограничной патологии [19; 21; 22]. M. R. Baity и M. J. Hilsenroth выявили, что показатели MOR образуют значимые связи с поведенческими критериями диссоциального и пограничного личностных расстройств из DSM-IV [19].

C. B. Gacono и J. R. Meloy выделили следующие показатели агрессии: агрессивный контент (AgC), агрессивный потенциал (AgPot) и агрессивное прошлое (AgPast).

- Агрессивный контент (AgC) определяется как любое содержание, которое в целом воспринимается как хищное, опасное, злонамеренное, повреждающее или вредное». Примером этого ответа может быть «лев», «дробовик» или «это боевой топор» [23. С. 263]. При этом популярные ответы (например, паук на Dl карты X, летучая мышь на W карты I или V или волк на D1 карты VIII) не должны кодироваться как AgC, если ответ не включает дополнительное содержание, которое может быть закодировано AgC по собственному праву (например, «паук с крючьями») [18]. По мнению M. R. Baity и его соавторов, AgC является надежной мерой агрессии и заполняет пробел, не охваченный переменными AG и MOR, поскольку идентифицирует более тонкие показатели агрессивных образов [19; 21]. По данным M. R. Baity и M. J. Hilsenroth, показатели AgC коррелируют с поведенческими критериями диссоциального личностного расстройства по DSM-IV и с показателями шкалы асоциального поведения MMPI-2 [19].

- Агрессивный потенциал (AgPot) оценивается для любого ответа, в котором произойдет агрессивный акт. Обычно действие неизбежно. Примером этого ответа является «они не знают, что эти крабовидные существа собираются оторвать им головы».
- Агрессивное прошлое (AgPast) определяется как «любой ответ, в котором произошел агрессивный акт или объект стал объектом агрессии» [23. С. 266]. Пример этого ответа – «это похоже на жука, которого раздавили дрелью». M. R. Baity и M. J. Hilsenroth выявили, что показатели AgPast коррелируют с показателями шкалы гнева (ANG) MMPI-2 [19].

По данным C. B. Gacono и J. R. Meloy, в протоколах теста Роршаха, полученных от заключенных мужчин с диссоциальным расстройством личности (ДРЛ), показатели агрессивности встречались со следующей частотой: AgC = 95 %, AgPast = 96 % и AgPot = 100 %, при этом наиболее часто встречающимся ответом является AgC. Кроме того, у заключенных мужчин (как психопатов, так и непсихопатов) количество AgC, AgPast и AgPot было значимо выше, чем в контрольной группе [23].

Кроме того, C. B. Gacono и J. R. Meloy также учитывают количество ответов, полностью детерминированных цветом чернильного пятна (ответы C). Причем цвет связывается с пережитым опытом, интегрированным в содержание ответа. Примерами таких ответов являются «Кровь», «Пожар», «Война» и пр. Два и более ответа чистого C в протоколе интерпретируются как немодулированный аффект с выраженной склонностью к эмоциональной взрывчатости [23].

Итак, анализ доступных источников научной литературы свидетельствует о том, что на основе теста Роршаха создано несколько систем оценки, позволяющих выявить и измерить степень выраженности различных проявлений агрессивности у испытуемого. Метааналитический обзор, выполненный N. Katko с соавторами, свидетельствует о достаточной надежности методов оценки агрессии по тесту Роршаха [24]. Вместе с тем G. Frank отмечает, что связь между реальным агрессивным поведением и показателями теста Роршаха прослеживается не всегда [25], а, по мнению A. H. Buss, ее можно обнаружить только в популяции лиц, не имеющих психических отклонений [4]. Таким образом, мнения исследователей относительно возможностей методики чернильных пятен как инструмента оценки агрессивности достаточно противоречивы и вызывают острые научные дискуссии, что свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения возможностей теста Роршаха как на нормативной выборке, так и на группах лиц с различными психическими расстройствами.

Цели данного исследования – изучить возможности теста Роршаха для оценки аутоагрессии и контроля агрессии в норме и при расстройствах личности.

Материалы и методы

В качестве испытуемых были обследованы 50 здоровых добровольцев в возрасте от 19 до 27 лет, и 58 лиц с подтвержденными диагнозами личностного расстройства в возрасте от 19 до 27 лет, в том числе: 13 человек с диагнозом «параноидное расстройство личности» (код по МКБ-10 – F60.0), 18 человек с диагнозом «диссоциальное расстройство личности» (F60.2), 14 человек с диагнозом «эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип)» (F60.30), 13 человек с диагнозом «эмоционально неустойчивое расстройство личности (пограничный тип)» (F60.31).

В качестве психодиагностических методик в исследовании применялись:

- «Методика чернильных пятен» Г. Роршаха в рамках оценочных систем Р. Р. Холта [15], Дж. Экснера [17], К. Б. Гаконо и Дж. Р. Мелоя [18; 23];
- «Опросник агрессивности» STAXI Ч. Д. Спилбергера (адаптация С. Л. Соловьевой, А. А. Меркурьевой, М. В. Ковалевой [13]): согласно цели исследования в данной работе анализируются результаты двух шкал STAXI – «Аутоагрессия» и «Контроль агрессии».

Математико-статистический анализ данных выполнен с помощью критерия *U* Манна – Уитни и критерия ранговой корреляции *r* Спирмена.

Результаты и обсуждение

На начальном этапе исследования проводилось тестирование по методике Роршаха. В ходе первичной обработки результатов методики Роршаха из анализа были исключены три протокола с количеством ответов менее 14, поскольку в RCS короткие протоколы (менее 14 ответов на полный набор из 10 таблиц) связаны с низкой ретестовой надежностью [17]. Все исключенные протоколы принадлежали испытуемым с личностными расстройствами. В результате исключения протоколов численность исследуемых групп стала следующей: группа здоровых испытуемых – 50 человек, группа испытуемых с диагнозом F60.0 – 12 человек, группа испытуемых с диагнозом F60.2 – 17 человек, группа испытуемых с диагнозом F60.30 – 14 человек, группа испытуемых с диагнозом F60.31 – 12 человек.

Протоколы испытуемых подвергались качественному и количественному анализу и интерпретации согласно оценочным системам Р. Р. Холта, Дж. Экснера и К. Б. Гаконо и Дж. Р. Мелоя с учетом переменных A1, A2, AG, MOR, AgC, AgPot, AgPast, C. Первые семь переменных учитывались не в абсолютных значениях, а в процентном отношении к общему числу ответов в протоколе (поскольку количество ответов в протоколах очень

индивидуально, то более информативным показателем агрессивности субъекта является не количество тех или иных агрессивных реакций в его протоколе, а их процентная доля от общего числа ответов). Переменная С учитывалась в абсолютных значениях, так как диагностически значимым (в плане недержания аффекта) является два и более ответа С.

Средние значения показателей агрессии по тесту Роршаха в группах и результаты их сравнительного анализа по критерию *U* Манна – Уитни представлены в табл. 1. Данные свидетельствуют о том, что в группах испытуемых с расстройствами личности по большинству исследуемых переменных агрессии теста Роршаха показатели значимо выше, чем в группе здоровых лиц. Это согласуется с данными литературы [19–22; 26] о значимом повышении показателей A1, AG, MOR, AgC, AgPast у испытуемых с расстройствами личности в сравнении со здоровыми лицами. Также выявлены значимые различия по ряду переменных между группами испытуемых с личностными расстройствами. Показатели A2 в группе испытуемых с параноидным расстройством личности значимо выше, чем в группе испытуемых с диссоциальным расстройством личности. Показатели MOR в группах лиц с эмоционально неустойчивыми расстройствами личности значимо выше, чем в группе испытуемых с диссоциальным расстройством личности. Показатели AgPast в группе лиц с эмоционально неустойчивым расстройством личности импульсивного типа значимо выше, чем в группе лиц с диссоциальным расстройством личности. Для показателей AgPot значимых межгрупповых различий в настоящем исследовании не выявлено.

Средние значения показателей аутоагрессии и контроля агрессии по методике STAXI Ч. Д. Спилбергера в исследуемых группах, а также результаты их сравнительного анализа по критерию *U* Манна – Уитни представлены в табл. 1. Данные свидетельствуют о том, что в сравнении с группой здоровых лиц в группах испытуемых с расстройствами личности показатели аутоагрессии значимо повышены, а показатели контроля агрессии значимо снижены. Это согласуется с данными литературы [10–12] о повышенной склонности индивидов с расстройствами личности к самоповреждениям и другим проявлениям аутоагрессии и об их ограниченной способности контролировать собственные агрессивные проявления в сравнении со здоровыми лицами. Также выявлено, что у испытуемых с эмоционально неустойчивыми расстройствами личности показатели аутоагрессии значимо выше, чем у испытуемых с параноидным и с диссоциальным расстройствами личности.

Далее с помощью критерия Спирмена осуществлялся анализ взаимосвязей между показателями аутоагрессии и контроля агрессии по STAXI и показателями теста Роршаха. Корреляционный анализ проводился в общей выборке ($n = 105$), а также в группе здоровых испытуемых ($n = 50$)

Таблица 1

Показатели агрессии по тесту Роршаха и по методике STAXI Ч. Д. Спилбергера (%)

Показатель	Группа				
	F60.0	F60.2	F60.30	F60.31	здоровья
Тест Роршаха					
A1	5,16 ± 4,29 **	3,08 ± 3,74 *	4,76 ± 3,73 **	5,55 ± 3,97 **	0,67 ± 1,67
A2	29,76 ±9,10 **1	20,72 ± 10,50 **	22,78 ± 10,90 **	27,78 ± 8,57 **	7,05 ± 4,43
AG	5,56 ±6,37 *	3,36 ± 4,04	4,08 ± 2,54 *	3,17 ± 4,23	2,00 ± 2,74
MOR	8,73 ± 6,37 **	6,16 ± 6,02 **	12,58 ± 8,06 **1	10,32 ± 5,31 **1	2,38 ± 3,37
AgC	15,48 ± 5,03 **	16,53 ± 6,10 **	15,31 ± 6,78 **	13,89 ± 4,29 **	5,90 ± 3,27
AgPot	1,98 ± 2,45	1,68 ± 2,34	1,02 ± 2,03	1,59 ± 2,34	0,68 ± 1,64
AgPast	5,55 ± 2,75 **	3,64 ± 3,16 *	6,46 ± 4,42 **1	4,76 ± 2,87 **	1,62 ± 2,28
C	0,75 ± 0,97	0,71 ± 0,85 *	0,79 ± 0,80 **	0,82 ± 0,75 **	0,24 ± 0,80
Методика STAXI Ч. Д. Спилбергера					
Аутоагрессия	12,33 ± 2,93 *	13,12 ± 2,23 *	18,14 ± 1,61 **2, 3	19,55 ± 2,73 **2, 3	14,78 ± 3,54
Контроль агрессии	19,50 ± 3,06 *	19,00 ± 2,98 **	18,86 ± 3,39 **	18,73 ± 3,72 **	21,26 ± 3,77

Примечание: ** – значимые различия с группой здоровья при $p \leq 0,01$; * – значимые различия с группой здоровья при $p \leq 0,05$; 1 – значимые различия с группой F60.2 при $p \leq 0,05$; 2 – значимые различия с группой F60.0 при $p \leq 0,01$; 3 – значимые различия с группой F60.2 при $p \leq 0,01$.

и в группе испытуемых с расстройствами личности ($n = 55$). Результаты корреляционного анализа для показателей аутоагрессии, представленные в табл. 2, свидетельствуют о том, что во всех трех выборках показатели аутоагрессии образуют тесные связи с показателями A1, MOR и C. Это означает, что чем выше у индивида аутоагрессивные импульсы, тем чаще в его протоколе теста Роршаха появляются первичные агрессивные реакции, ответы с болезненным содержанием и агрессивным потенциалом и ответы, детерминированные цветом чернильного пятна.

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа
для показателей аутоагрессии и контроля агрессии

Переменные теста Роршаха	Коэффициенты корреляции Спирмена *rs*		
	Общая выборка ($n = 105$)	Группа	
		здоровья ($n = 50$)	с личностными расстройствами ($n = 55$)
Показатели аутоагрессии			
A1	0,250**	0,273*	0,282*
A2	0,071	0,034	0,001
AG	0,101	0,072	0,075
MOR	0,438**	0,603**	0,283*
AgC	0,124	0,039	0,186
AgPot	0,222*	0,117	0,328*
AgPast	0,242*	0,286*	0,176
C	0,298**	0,275*	0,339*
Показатели контроля агрессии			
A1	–0,295**	–0,283*	–0,307*
A2	–0,257**	–0,093	–0,095
AG	–0,260**	–0,175	–0,203
MOR	–0,251**	–0,136	–0,219
AgC	–0,309**	–0,115	–0,127
AgPot	–0,186	–0,268	–0,215
AgPast	–0,143	–0,168	–0,010
C	–0,314**	–0,276*	–0,583**

Примечание: ** – значимые корреляции при $p \leq 0,01$; * – значимые корреляции при $p \leq 0,05$. Критические значения *rs* для $n = 105$: $rs = 0,20$ при $p \leq 0,05$; $rs = 0,25$ при $p \leq 0,01$; для $n = 50$ и $n = 55$: $rs = 0,27$ при $p \leq 0,05$; $rs = 0,35$ при $p \leq 0,01$.

В общей выборке и в группе испытуемых с расстройствами личности показатели аутоагрессии тесно связаны с показателями AgPot. Это означает, что чем выше у индивида аутоагрессивные импульсы, тем чаще в его протоколе теста Роршаха появляются ответы с агрессивным потенциалом. В группе здоровых лиц эта взаимосвязь сохраняется лишь на уровне тенденции, но статистической значимости она не достигает.

В общей выборке и в группе здоровых лиц показатели аутоагрессии тесно связаны с показателями AgPast. Это означает, что чем выше у индивида аутоагрессивные импульсы, тем чаще в его протоколе теста Роршаха появляются ответы с агрессивным прошлым. В группе испытуемых с личностными расстройствами эта взаимосвязь сохраняется лишь на уровне тенденции, но статистической значимости она не достигает.

Обнаруженная взаимосвязь показателей A1 и аутоагрессии согласуется с данными литературы [20] о значимом повышении первичных агрессивных реакций у пациентов с пограничным расстройством личности, склонных к преднамеренным самоповреждениям, в сравнении с пациентами с пограничным расстройством личности, не имеющих склонности к преднамеренным самоповреждениям.

Выявленные корреляции между показателями MOR и аутоагрессии согласуются с мнением ряда исследователей [19; 21; 22] о том, что морбидный контент ассоциируется с агрессией, направленной против себя.

Указания о существовании связей между показателями AgPast, AgPot и C и показателями аутоагрессии в доступных нам источниках литературы обнаружить не удалось. Вместе с тем обнаруженные в данном исследовании корреляции между указанными параметрами могут свидетельствовать о том, что у индивидов с повышенным уровнем агрессивности и сниженной способностью к модуляции собственных аффектов высока вероятность того, что часть агрессии будет направлена против себя [19; 21; 22].

Результаты корреляционного анализа для показателей контроля агрессии см. в табл. 2. Представленные данные свидетельствуют о том, что во всех трех выборках показатели контроля агрессии образуют тесные отрицательные связи с показателями A1 и C. Это означает, что чем ниже у индивида способность контролировать свои агрессивные импульсы, тем чаще в его протоколе теста Роршаха появляются ответы с первичными агрессивными реакциями и ответы, детерминированные цветом чернильного пятна. Кроме того, в общей выборке показатели аутоагрессии образуют тесные негативные связи с показателями вторичных агрессивных реакций (A2), агрессивных действий (AG), морбидного контента (MOR) и агрессивного содержания (AgC). В группе лиц с расстройствами личности и в группе здоровых лиц эти взаимосвязи присутствуют на уровне тенденций, но не являются статистически значимыми.

Выявленные корреляции между показателями A1 и контроля агрессии согласуются с данными литературы о том, что первичные агрессивные реакции достоверно чаще встречаются у пациентов с эмоционального неустойчивым расстройством личности пограничного типа [20], для которых, как известно, характерны чрезмерная возбудимость и эмоциональная неустойчивость.

Выявленные корреляции между показателями ответов чистого C и контроля агрессии согласуются с существующим мнением о том, что два и более ответа, детерминированных исключительно цветом пятна свидетельствуют о немодулированном аффекте с выраженной склонностью к эмоциональной взрывчатости [23].

Заключение

Результаты исследования, проведенного в группах здоровых лиц и лиц с расстройствами личности, выявили значимые прямые взаимосвязи между показателями аутоагрессии по опроснику STAXI Ч. Д. Спилбергера и переменными A1, MOR и C «Методики чернильных пятен» Г. Роршаха, а также значимые обратные взаимосвязи между показателями контроля агрессии по опроснику STAXI и переменными A1 и C теста Г. Роршаха. Полученные данные свидетельствуют о том, что показатели агрессии, выделенные в рамках оценочных систем Р. Р. Холта, Дж. Экснера и К. Б. Гаконо и Дж. Р. Мелоя для теста Г. Роршаха, являются информативным вспомогательным диагностическим инструментом для получения информации о степени выраженности аутоагрессии и контроля агрессии как у здоровых лиц, так и у индивидов с личностными расстройствами. Для более строгих выводов необходимы дополнительные исследования.

Список литературы

1. Большой психологический словарь / Сост. и общ. ред. Б. Мещерякова, В. Зинченко. СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. 672 с.
2. *Аммон Г.* Динамическая психиатрия. СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1995. 94 с.
3. *Берковиц Л.* Агрессия: причины, последствия и контроль. СПб.: Прайм – Еврознак, 2001. 512 с.
4. *Buss A. H.* The psychology of aggression. N. Y.: Wiley, 1961. 307 p.
5. *Соловьева С. Л.* Агрессивность как свойство личности в норме и патологии: Автореф. дис. … д-ра психол. наук. СПб., 1997. 42 с.
6. *Шустов Д. И.* Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М.: Когито-Центр, 2005. 214 с.

7. *Визель Т. Г., Сенкевич Л. В.* Агрессия и аутоагрессия: предпосылки, проявления, последствия. Тула, 2005. 430 с.

8. *Рагозинская В. Г.* Особенности межцентральных взаимодействий у лиц со сниженным контролем агрессии // Суицидология. 2010. Т. 1, № 1 (1). С. 59.

9. *Рагозинская В. Г.* Особенности спектральной мощности ЭЭГ при аутоагрессии // Изв. высших учебных заведений. Уральский регион. 2015. № 2. С. 97–104.

10. Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича. М.: Юридический центр Пресс, 2002. С. 206–223.

11. *Кернберг О. Ф.* Агрессия при расстройствах личности и перверсиях. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 368 с.

12. *Самедов А. А., Эльдарова Н. Н., Гасан-заде Л. А.* Агрессия при расстройствах личности // Психические расстройства в общей медицине. 2012. № 3. С. 59–61.

13. *Соловьева С. Л., Меркурьева А. А., Ковалева М. В.* Результаты исследования психометрических свойств русскоязычной версии методики Спилбергера (STAXI) // Сиб. психол. журн. 2000. № 13.

14. *Elizur A.* Content analysis of the Rorschach with regard to anxiety and hostility // Rorschach Research Exchange and Journal of Projective Techniques. 1949. Vol. 13. P. 247–287.

15. *Holt R. R.* A method for assessing primary process manifestations and their control in Rorschach responses // M. A. Rickets-Ovsiankina (ed.) Rorschach Psychology. 2nd ed. Huntington, NY: Krieger, 1977. P. 375–420.

16. *Murstein B.* The projection of hostility on the Rorschach and as a result of Ego-threat // Journal of Projective Techniques. 1956. Vol. 20. P. 418–428.

17. *Exner J. E. Jr.* The Rorschach. A Comprehensive System. Vol. 1. Basic foundations and principles of interpretation. 4th ed. N. Y.: John Wiley & Sons, 2003. 696 p.

18. *Meloy J. R., Gacono C. B.* The aggression response and the Rorschach // Journal of Clinical Psychology. 1992. Vol. 48. P. 104–114.

19. *Baity M. R., Hilsenroth M. J.* Rorschach Aggression Variables: A Study of Reliability and Validity // Journal of Personality Assessment. 1999. Vol. 72 (1). P. 93–110.

20. *Baity M. R., Blais M. A., Hilsenroth M. J., Fowler J. C., Padawer J. R.* Self-mutilation, severity of borderline psychopathology, and the Rorschach // Bulletin of the Menninger Clinic. 2009. Vol. 73 (3). P. 203–225.

21. *Baity M. R., McDaniel P. S., Hilsenroth M. J.* Further Exploration of the Rorschach Aggressive Content (AgC) Variable // Journal of Personality Assessment. 2000. Vol. 74 (2). P. 231–241.

22. *Hilsenroth M. J., Hibbard S. R., Nash M. R., Handler L.* A Rorschach study of narcissism, defense, and aggression in borderline, narcissistic, and

Cluster C personality disorders // Journal of Personality Assessment. 1993. Vol. 60. P. 346–361.

23. *Gacono C. B., Meloy J. R.* The Rorschach assessment of aggressive and psychopathic personalities. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1994. 404 p.

24. *Katko N. J., Meyer G. J., Mihura J. L., Bombel G.* The Interrater Reliability of Elizur's Hostility Systems and Holt's Aggression Variables: A Meta-Analytical Review // Journal of Personality Assessment. 2009. Vol. 91 (4). P. 357–364.

25. *Frank G.* On the prediction of aggressive behavior from the Rorschach // Psychological Reports. 1994. Vol. 74. P. 787–794.

26. *Baity M. R., Hilsenroth M. J.* Rorschach Aggressive Content (AgC) Variable: A Study of Criterion Validity // Journal of Personality Assessment. 2002. Vol. 78 (2). P. 275–287.

ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИЙ И ДЕПРЕССИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ

Р. А. Рецер, *Е. А. Дорошева*

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск
rector@ngmu.ru

THE RELATIONSHIP BETWEEN EMOTION REGULATION AND DEPRESSIVE TENDENCIES AMONG STUDENTS

R. A. Retser, *E. A. Dorosheva*

В современном обществе наблюдается неуклонный рост депрессивных расстройств, по данным ВОЗ депрессия является одним из самых распространенных психических нарушений [1]. Одной из групп риска возникновения депрессивных расстройств являются студенты. Это объясняется высоким уровнем психических и физических нагрузок, а так же специфичностью юношеского периода развития, когда перед молодым человеком встает задача самостоятельной адаптации, перехода к решению задач взрослой жизни. Значительное число исследований посвящено пациентам с диагнозом «депрессия», существенно менее исследованы молодые люди, не обращающиеся за профессиональной помощью, однако имеющие симптомы депрессии. Между тем, именно данная выборка входит в группу повышенного риска, например, по возникновению суицидального поведения.

Одним из факторов развития депрессивных состояний выступают нарушения регуляции эмоций, рассматриваемые, в частности, в рамках процессуальной модели регуляции эмоций Дж. Гросса. Данная модель опирается на когнитивную теорию эмоций, согласно которой эмоциональные реакции на ситуацию зависят не от ее характера, но от того, как человек оценивает эту ситуацию [2]. Согласно модели Дж. Гросса существуют дисфункциональные способы регуляции эмоций, которые ухудшают эмоциональное состояние и приводят к развитию депрессии и других расстройств. К таким формам регуляции эмоции являются руминации (навязчивое повторение мыслей об отрицательных аспектах прошлых ситуаций), подавление мыслей, вызывающих отрицательные эмоции, и подавление эмоциональной экспрессии в контакте с другими людьми. Адаптивные же формы, напротив, позволяют изменять интенсивность и продолжительность, а также знак переживаемых эмоций. Примером такой стратегии является когнитивная переоценка [3]. Не исключено также, что тот или иной тип эмоциональной регуляции формируется, как следствие, уже на фоне

возникшего депрессивного состояния и может приводить к его усугублению.

Таким образом, исследование взаимосвязи между эмоциональной регуляцией и депрессивными тенденциями чрезвычайно важно с точки зрения коррекции негативных состояний, а также психопрофилактики эмоциональных расстройств.

Целью данной работы является выявление взаимосвязи между разными типами регуляции эмоций и наличием депрессивных тенденций у студентов.

Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России в феврале – апреле 2017 года. Участниками были 50 студентов: 29 девушек и 21 юноша первого курса лечебного факультета и факультета клинической психологии. Средний возраст участников – 18,5 лет (17–22 года).

Использовались следующие методики: шкала депрессии Бека, скриниговый опросник депрессии PHQ-9, шкала руминации, опросник регуляции эмоций, включающий шкалы когнитивной переоценки и подавления экспрессии эмоций, опросник WBSI, направленный на измерение подавления мыслей, связанных с негативными переживаниями.

Участники исследования существенно различались по показателям симптоматики депрессии: по опроснику Бека признаки наличия легкой депрессии выявлены у 10 человек, средней – у 3 человек, тяжелой – у 2 человек; по PHQ-9 признаки депрессии показаны для 15 человек. Поскольку наблюдалось достаточное разнообразие показателей симптоматики депрессии, и вместе с тем в выборке отсутствовали лица с клиническим диагнозом «депрессия», в качестве метода статистической обработки данных мы выбрали корреляционный анализ по Спирмену. Он был проведен как для всех участников выборки, так и отдельно для юношей и девушек.

Были получены следующие результаты. Руминации прямо связаны с наличием депрессивных тенденций в целом ($r = 0{,}66$, $p < 0{,}01$), с соматическими ($r = 0{,}55$, $p < 0{,}001$) и аффективными проявлениями депрессии ($r = 0{,}65$, $p < 0{,}001$). Подавление мыслей, вызывающих отрицательные эмоции, имеет прямую умеренную взаимосвязь с наличием депрессивных тенденций ($r = 0{,}28$, $p < 0{,}05$), за счет когнитивно-аффективных проявлений ($r = 0{,}30$, $p < 0{,}05$). Только у девушек проявилась прямая взаимосвязь соматических проявлений с подавлением мыслей ($r = 0{,}38$, $p < 0{,}05$).

Подавление эмоциональной экспрессии имеет прямую связь с депрессивными тенденциями ($r = 0{,}39$, $p < 0{,}01$), с ее аффективными ($r = 0{,}39$, $p < 0{,}01$) и соматическими показателями ($r = 0{,}34$, $p<0{,}05$). Данная взаимосвязь формируется за счет юношей (соответственно, $r = 0{,}51$, $p < 0{,}05$; $r=0{,}58$, $p < 0{,}01$) и не характерна для девушек. Между когнитивной переоценкой и депрессивными тенденциями взаимосвязь не выявлена.

Таким образом, из рассмотренных стратегий регуляции эмоций именно руминативное мышление демонстрирует наибольшую связь с наличием депрессивных тенденций. Это согласуется с литературными данными для разных возрастов, для клинических групп [4]. Мы предполагаем, что руминации – неспецифический феномен, сопутствующий депрессивной симптоматике в целом.

Подавление мыслей, связанных с нежелательными эмоциями, и подавление эмоциональной экспрессии при коммуникации также связано с наличием депрессивной симптоматики. Эффекты подавления мыслей более ярко проявляются у девушек, для которых они отражаются и в соматических симптомах депрессии. Подавление эмоциональной экспрессии более связано с симптомами депрессии у юношей. Не исключено, что присутствует влияние социальных установок, в большей степени предполагающих социальную приемлемость «позитивного мышления» у женщин и самоконтроля эмоциональных проявлений и самопрезентации эмоциональной устойчивости у мужчин. Несомненно, полученные данные являются предварительными. Рекомендуется продолжение исследований на выборке с большим числом участников, сравнение с клиническими группами того же возраста, проверка гипотезы о взаимосвязи наличия депрессивной симптоматики и следования социальным нормам в области эмоциональной регуляции.

Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения. URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/ru/ (дата обращения 15.02.2017).

2. *Панкратова А. А.* Подход Дж. Гросса к изучению эмоциональной регуляции: примеры кросскультурных исследований // Вопросы психологии. 2014. № 1. С. 147–155.

3. *Падун М. А.* Регуляция эмоций: процесс, формы, механизмы // Психологический журнал. 2010. Т. 31, № 6. С. 57–69.

4. *Крылов В. И.* Психопатологические особенности и диагностическое значение феномена руминаций // Психиатрия и психофармакотерапия. 2015. Т. 17, № 5–6. С. 9–12.

РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ СИНАПСОВ

Е. А. Трифонова [1], *Т. М. Хлебодарова* [1]
В. В. Когай [2, 3], *В. А. Лихошвай* [1, 3]

[1] Институт цитологии и генетики СО РАН, г. Новосибирск
[2] Институт математики СО РАН, г. Новосибирск
[3] Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск
et@bionet.nsc.ru

MOLECULAR MECHANISMS OF AUTISM AS A FORM OF SYNAPTIC DYSFUNCTION

E. A. Trifonova, *T. M. Khlebodarova*
V. V. Kogai, *V. A. Likhoshvai*

Расстройства аутистического спектра (РАС) – это комплексные нарушения психического развития, процент диагностирования которых непрерывно растет в последние 40 лет, и в настоящее время составляет более 1 % (1 из 68) детского населения. Основные симптомы аутизма можно разделить на две части: 1) значительное снижение коммуникативных и социальных функций, в том числе и речевой коммуникации и 2) значительное повышение стереотипии в поведении и речи, крайняя ограниченность интересов. Имеющиеся в настоящее время лекарственные препараты не способны скорректировать основные симптомы и нацелены лишь на облегчение некоторых, часто связанных с аутизмом, состояний, таких как эпилепсия, депрессия, гневливость и тревожность [1].

Изучение семейных историй и тесты на однояйцевых близнецах показали крайне высокую наследуемость аутизма (в 73–95 % случаев с аутизмом диагностировались оба близнеца), а генетический скрининг выявил сотни генов предрасположенности к РАС [2].

Дальнейшие исследования позволили выделить формы расстройства, которые наблюдаются у пациентов с моногенными синдромами, фенотипические проявления которых часто включают аутизм. Самые известные из этих синдромов – синдром ломкой Х-хромосомы, нейрофиброматоз, синдром Ретта и туберозный склероз. Ранее считалось, что редкие формы синдромного аутизма ответственны за 10–20 % случаев аутизма, причем каждый отдельный моногенный синдром встречается не более чем у 1 % пациентов с РАС [3]. Но с развитием полноэкзомного секвенирования и его применения для анализа геномов аутистов стало ясно, что более 25 % случаев РАС может быть объяснено моногенными мутациями (Yoo, 2015). Следовательно, около 70 % случаев так называемого типичного аутизма

имеют другую генетическую природу [3], возможно связанную с мутациями в некодирующих последовательностях ДНК.

Моногенные синдромы сыграли огромную роль в изучении молекулярных механизмов РАС. С помощью модельных животных, несущих мутации, приводящие к разным типам синдромного аутизма, было продемонстрировано, что нарушения в структуре, функциях или формировании синапсов являются основной причиной возникновения фенотипа РАС [4]. Благодаря полногеномным ассоциативным исследованиям обнаружены сотни генетических вариаций, связанных с аутизмом, а биоинформатический анализ сигнальных путей и генных сетей привел к пониманию, что эти мутационные изменения вовлечены в функционирование синапсов.

Сигнальный путь mTOR интегрирует множество внутриклеточных и экстраклеточных сигналов, включая факторы роста, нутриенты, стресс, инфекции [5]. Он вовлечен в регуляцию иммунного ответа (Liu et al., 2015), клеточного и опухолевого роста (Zhou, Parada, 2012), а также в формирование памяти и долговременной синаптической пластичности. Большая часть доказательств о связи функций mTOR с синаптической пластичностью получена с использованием рапамицина (сиролимуса), ингибитора mTOR. Исследования на генетически модифицированных животных подтвердили вовлеченность этого сигнального пути в регуляцию пластичности межнейронных связей [6].

Пластичность межнейронной коммуникативной связи означает, что реактивность, то есть сила синаптического соединения, изменяется с течением времени, причем некоторые изменения происходят за секунды, а другие могут поддерживаться в течение всей жизни организма. У позвоночных долговременные изменения в силе синаптического соединения часто описываются как длительная потенциация (LTP) в случае усиления синапса и длительная депрессия (LTD) в случае ослабления.

Наиболее стойкие формы синаптической пластичности сопровождаются изменениями в биосинтезе белка, как в теле нейронов, так и локально в дендритах [7]. Мутационное повреждение любого компонента сигнального пути mTOR приводит к нарушениям локальной трансляции и, как следствие, синаптической пластичности и поведения.

С нарушениями регуляции локальной трансляции в дендритах связаны следующие моногенные расстройства аутистического спектра: нейрофиброматоз 1-го типа, синдром Нунана, синдром Костелло, синдром Каудена, туберозный склероз, синдром ломкой Х-хромосомы и синдром Ретта (Zoghbi, Bear, 2012).

Считается, что на долю синдромных форм аутизма приходится до 25 % всего аутистического спектра (Yoo, 2015) и только некоторые из этих синдромов напрямую связаны с mTOR, однако microarray анализ периферической крови диагностированных с типичным аутизмом также показал ано-

мальную активность сигнальных путей, связанных с инициацией трансляции [8]. Затем непосредственное измерение активности Akt/mTOR в Т-лимфоцитах, выделенных из крови детей с несиндромным аутизмом, показало повышенную активность этого пути по сравнению с типично развивающейся контрольной группой детей, что позволяет предположить общий патологический механизм повышенной активности сигнального пути mTOR для всего аутистического спектра [9].

Одним из вариантов синдромного аутизма является синдром ломкой X хромосомы [10], который вызывается транскрипционным сайленсингом гена FMR1, в 5'-нетранслируемом районе которого содержится нестабильный при передаче в поколениях CGG повтор. Ген FMR1 кодирует РНК-связывающий белок FMRP (Fragile X Mental Retardation Protein), являющийся регулятором стабильности мРНК и негативным регулятором локальной трансляции в синапсе [11].

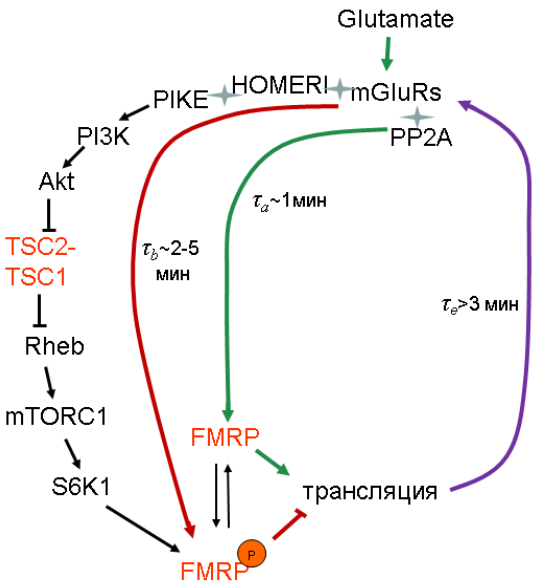
Пик экспрессии гена FMR1 приходится на период эмбрионального развития, затем этот уровень несколько снижается, пространственно наибольшая экспрессия FMR1 зафиксирована в клетках гиппокампа, мозжечка и коры головного мозга [12]. В частности, FMRP контролирует эффективность трансляции дендритной мРНК в ответ на стимуляцию mGluR рецепторов (metabotropic glutamate receptors) на постсинаптической мембране возбуждающих синапсов в пирамидальных клетках гиппокампа [13]. FMRP является мишенью S6 киназы и PP2A фосфатазы, которые активируются в ответ на стимуляцию mGluR рецепторов [14]. В фосфорилированном состоянии FMRP блокирует трансляцию, связываясь с мРНК, рибосомами и eIF4E фактором инициации трансляции [15]. Дефосфорилирование нарушает связь FMRP со своими мишенями, что ведет к активации трансляции мРНК.

Мишенями FMRP являются мРНК белков компонентов mTOR сигнального пути (PI3K киназа, PTEN фосфатаза, TSC2 – tuberous sclerosis complex-2, mTOR, PP2A фосфатаза), белков-рецепторов (mGluR, NMDAR, AMPAR), белков, формирующих структуру постсинаптической мембраны синапса (NLGN, SHANK, PSD95), системы убиквитин-зависимой деградации белков (E3 убиквитинлигаза) и собственная мРНК (FMR1), что свидетельствует о ключевой роли FMRP в динамической регуляции протеома в активированном синапсе (см. [16]).

Тот факт, что стимуляция mGluR рецепторов сопровождается не только быстрой (~ 1 мин) активацией PP2A фосфатазы и, следовательно, трансляции FMRP-зависимых мРНК, но и достаточно быстрой активацией S6 киназы (2–5 мин), которая рефосфорилирует FMRP и блокирует процесс трансляции [14], позволяет предположить наличие тонких динамических взаимоотношений между компонентами этих сигнальных путей в активированном синапсе, обеспечивающих его нормальное функционирование.

В настоящее время динамические аспекты функционирования системы локальной трансляции в активированном синапсе практически не изучены. Не исключено, что в некоторых случаях нейропсихические проявления нарушения функций синапса могут быть связаны с особенностями динамического поведения системы локальной трансляции.

В данной работе мы выделили простейший контур регуляции локальной FMRP-зависимой трансляции белков постсинаптической плотности (PSD) в ответ на стимуляцию mGluR рецепторов на постсинаптической мембране в отдельном синапсе и исследовали его динамические свойства методами математического моделирования. Структура исследованного регуляторного контура:



Анализ динамических свойств модели показал, что в зависимости от соотношения параметров скорости передачи сигналов активации и блокирования локальной трансляции в активированном синапсе существует возможность возникновения сложной динамики синтеза постсинаптических белков: колебательной, хаотической и даже гиперхаотической. Более того, для этой системы оказалось характерным наличие множественных решений с различным динамическим поведением, что не исключает возможности их одновременной реализации в разных синапсах. Все это вряд ли можно соотнести со стабильным протеомом, важным для синаптиче-

ской пластичности и формирования памяти (Louros, Osterweil, 2016, Klein et al., 2016).

Полученные результаты позволяют предположить, что в основе аутизма, связанного с гиперактивацией mTOR, лежат динамические нарушения режима синтеза постсинаптических белков в ответ на стимуляцию mGluR рецепторов на постсинаптической мембране возбуждающих синапсов.

Список литературы

1. *Veenstra-VanderWeele J., Blakely R. D.* Networking in autism: leveraging genetic, biomarker and model system findings in the search for new treatments. Neuropsychopharmacology : Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology. 2012; 37(1): 196–212.

2. *Ebrahimi-Fakhari D., Sahin M.* Autism and the synapse: emerging mechanisms and mechanism-based therapies. Current Opinion in Neurology 2015; 1(617): 1–12.

3. *El-Fishawy P., State M. W.* The genetics of autism: key issues, recent findings, and clinical implications. The Psychiatric Clinics of North America 2010; 33 (1): 83–105.

4. *Singh S. K., Eroglu C.* Neuroligins provide molecular links between syndromic and nonsyndromic autism. Science Signaling. 2013; 6 (283): re4.

5. *Lisse T. S., Liu T., Irmler M., Beckers J., Chen H., Adams J. S., Hewison M.* Gene targeting by the vitamin D response element binding protein reveals a role for vitamin D in osteoblast mTOR signaling. The FASEB Journal : Official Publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology. 2011; 25 (3): 937–947.

6. *Ehninger D., Han S., Shilyansky C., Zhou Y., Li W., David J.* Reversal of learning deficits in a Tsc2+/- mouse model of tuberous sclerosis. Nature Medicine. 2009; 14 (8): 843–848.

7. *Lipton J. O., Sahin M.* The Neurology of mTOR. Neuron. 2014; 84 (2), 275–291.

8. *Pramparo T., Pierce K., Lombardo M. V. et al.* Prediction of Autism by Translation and Immune/Inflammation Coexpressed Genes in Toddlers From Pediatric Community Practice. JAMA Psychiatry. 2015; 72 (4): 386–394.

9. *Onore C., Yang H., Van de Water J., Ashwood P.* Dynamic Akt/mTOR Signaling in Children with Autism Spectrum Disorder. Front Pediatr. 2017; 5: 43.

10. *Bassell G. J., Warren S. T.* Fragile X syndrome: loss of local mRNA regulation alters synaptic development and function. Neuron. 2008; 60: 201–214.

11. *Feng Y., Absher D., Eberhart D. E., Brown V., Malter H. E., Warren S. T.* FMRP associates with polyribosomes as an mRNP, and the I304N

mutation of severe fragile X syndrome abolishes this association. Mol Cell. 1997; 1: 109–118.

12. *Kleijer K. T. E., Huguet G., Tastet J., Bourgeron T., Burbach J. P. H.* Anatomy and Cell Biology of Autism Spectrum Disorder: Lessons from Human Genetics. Adv Anat Embryol Cell Biol. 2017; 224: 1–25.

13. *Huber K. M., Kayser M. S., Bear M. F.* Role for rapid dendritic protein synthesis in hippocampal mGluR-dependent long-term depression. Science. 2000; 288: 1254–1257.

14. *Narayanan U., Nalavadi V., Nakamoto M., Thomas G., Ceman S., Bassell G. J. et al.* S6K1 phosphorylates and regulates fragile X mental retardation protein (FMRP) with the neuronal protein synthesis-dependent mammalian target of rapamycin (mTOR) signaling cascade. J Biol Chem. 2008; 283: 18478–18482.

15. *Chen E., Sharma M. R., Shi X., Agrawal R. K., Joseph S.* Fragile X mental retardation protein regulates translation by binding directly to the ribosome. Mol Cell. 2014; 54: 407–417.

16. *Iacoangeli A., Tiedge H.* Translational control at the synapse: role of RNA regulators. Trends Biochem. Sci 2013; 38: 47–55.

ТРАНСГРЕССИЯ, СМЕХ И ЭФФЕКТ ЛЮЦИФЕРА: ПОДСТРЕКАТЕЛЬСТВО И ПРОВОКАЦИЯ В ГРУППАХ СМЕРТИ

Н. Д. Узлов

АНО «Национальный исследовательский институт
дополнительного профессионального образования», г. Москва
knots51@mail.ru

TRANSGRESSION, LAUGHTER AND THE LUCIFER EFFECT: INCITEMENT AND PROVOCATION IN GROUPS OF DEATH

N. D. Uzlov

Трансгрессия (от лат. transgressio – переход, передвижение) – одно из основных понятий философии постмодернизма, определяющей трансформацию индивидуального и массового сознания людей, начиная с конца 60-х годов прошлого века. Трансгрессия – это феномен, фиксирующий «переход непроходимой границы между возможным и невозможным», «выход за пределы», «преодоление непреодолимого барьера» [1]. Согласно М. Фуко, трансгрессия – акт эксцесса, излишества, злоупотребления, преодолевающий предел возможного, преступающий через него и открывающий тем самым сексуальность и «смерть Бога» в едином опыте [2. С. 116–117].

Выделяют организованные и индивидуальные трансгрессивные практики. К первым относятся праздник, жертвоприношение, пиршество, игра, война. Они предполагают коллективный выход за границы профанного, обыденного миропорядка, способствуют социализации, снимают напряженное чувство вины, позволяют всем членам группы приобщиться к трансгрессивному опыту. К индивидуальным проявлениям трансгрессии относятся эротизм, смех, трансгрессивный язык, убийство. На этом уровне человек может противопоставлять себя целому обществу. Трансгрессивный подход используется также при объяснении феноменов безумия, власти, анархии и революций [3].

У человека смех коррелирует с дружелюбием, и, как ни парадоксально, с агрессией; его рассматривают как игровую форму поведения, в которой может быть заложена скрытая угроза [4]. Ж. Батай пишет о смехе и «переживании границы возможного». Смех, согласно Батаю, сопровождает безумие, смерть, экстаз и оргазм: «Смешное, нечто определяя, отрицает самое себя. Смешным является то, чего мне не достает сил вынести» [5. С. 127]. Автор пишет: «Вся мораль смеха, риска, экзальтации доблестей

и сил есть не что иное, как дух решимости. И тогда – на грани смеха – человек прекращает хотеть быть всем, наконец-то он хочет быть таким, каков он есть, несовершенным, незавершенным, добрым – если потребуется, вплоть до невозможных моментов жестокости; и прозорливым... до слепоты смерти» [5. С. 58–59]. Таким образом, смех сам по себе является проявлением трансгрессии.

В свете вышесказанного представляет интерес анализ поведения участников так называемых «групп смерти», получивших распространение в Интернете, особенно в последние два года. При этом речь не идет о жертвах сетевого суицида – о них написано достаточно много. Нам также ничего не известно о разработчиках суицидальных игр. Существует точка зрения, которая поддерживается, например, участниками Кавказского геополитического клуба, что таковыми являются опытные профессионалы, а распространение «групп смерти» рассматривается ими как один из инструментов ведения против России информационно-психологической войны [6].

В освещении данной темы в СМИ многих шокировали факты виртуализированной жестокости, которым заражено сетевое подростковое сообщество, оффлайновое равнодушие и бессердечность подростков, подталкивающих своих сверстников на последний шаг. Например, приводится случай, когда перед прыжком с крыши 14-летний подросток из Челябинска спросил своих друзей в соцсетях, стоит ли ему прыгать вниз, и, как ни странно, почти все его смертельную идею поддержали [7]. В Усть-Каменогорске 14-летняя школьница свела счеты с жизнью, спрыгнув с девятиэтажки, при этом в момент самоубийства рядом с погибшей была ее подруга [8]. Зафиксирована фраза в видеозаписи самоубийства 20-летнего владикавказского студента Антона Чайки, распространявшаяся в Сети в марте 2014 г.: «Давай быстрее прыгай, у меня зарядка садится»! [9]. Примеры циничного поведения подстрекателей суицидов описаны и в научной литературе. Так, Е. Б. Любов с соавт. приводят историю Сергея К.: «Когда он написал о намерении повеситься, на каждый призыв остановиться приходилось несколько едких анонимных издевок <…> Собеседники поддержали: “Давай уже шоу!”, “Ты подготовился?”. Подсказали, как лучше транслировать в “эфир” самоубийство, попросили адрес скайпа, чтобы лицезреть “процесс” и убедиться в том, что “мужик сказал – мужик сделал”». «Если он действительно убьет себя, то запишите это! Не зря же человек помирает», – пишет один из форумчан, отправляясь ужинать» [10]. Или ставший популярным суицидальный мем «прыгай с крыш, Зай, это весело!» [11].

Как расценивать данный феномен? С морально-этических позиций подстрекательство – это проявление безусловного зла, которое в психологической науке связывается с дегуманизацией, или эффектом Люцифера,

описанного Ф.Зимбардо на основе осмысления знаменитого Стэнфордского тюремного эксперимента. «Дегуманизация, – пишет он, – основное положение, объясняющее жестокость человека к человеку. Дегуманизация возникает всякий раз, когда одни люди начинают считать, что моральные нормы, определяющие, что значит быть человеком, к другим людям не относятся. Дегуманизируя других людей, мы превращаем их в объекты, не считаем их людьми» [12. С. 461]. В такой ситуации нормальные, морально устойчивые и даже самые добродетельные люди способны на ужасную жестокость.

Другой американский психолог А. Бандура открыл механизм отключения внутреннего контроля, с помощью которого люди «отключают» обычные моральные нормы – в определенные моменты, в определенных ситуациях, с определенными целями. Достигается эта способность путем задействования четырех когнитивных механизмов, с помощью которых обычный человек способен оправдать любое свое деструктивное или злонамеренное поведение: 1) переформатированием смысла поведения, когда оно из вредного становится благородным; 2) не видением прямой связи между нашими действиями и их пагубными результатами, рассеивая или перекладывая личную ответственность; 3) не замечанием вреда, который причинили наши действия другим людям путем игнорирования, искажения, преуменьшения или отрицания негативных последствий своего поведения; 4) убеждением о том, что жертвы заслуживают наказания и перекладыванием на них своей вины [13].

Указанные механизмы отчетливо прослеживаются в действиях наиболее известного администратора «групп смерти» Филиппа Будейкина (Филиппа Лиса). Свою популярность он приобрел именно благодаря активности в Сети, и до настоящего времени продолжает быть кумиром многих подростков [13], несмотря на то, что свою миссию по организации сетевых суицидальных групп он обозначил как освобождение от «биомусора» [15]. Находясь в следственном изоляторе, он написал книгу «Разбуди меня в 4.20», и уже начата кампания по ее раскрутке. Себя в ней он позиционирует как «музыкант и психолог, долгое время работавший с подростками», «философ и гуманист» [16].

По сути, речь идет о параличе совести, так как главная ее функция – осуществление самоконтроля [17], а также утрате стыда [18]. Совесть – это сознание и чувство моральной ответственности человека за свое поведение, служащие ему руководством в выборе поступков и источником линии жизненного поведения. Именно поэтому совесть действует в качестве внутреннего регулятора. Совесть помогает определять соответствие индивидуального поведения личности высшим моральным предписаниям [17]. Стыд – чувство замешательства или унижения когда недостатки или проступки, скрытые раньше, становятся известными другим или себе,

т. е. любой стыд – это стыд перед кем-то, в частности, перед самим собой [18].

В обществе постмодерна эти этические ценности и высшие эмоции человека, как и многое другое, подверглись трансгрессии, что делает возможным «выход за предел», значительно облегчить переход за границы дозволенного и вернуться к обычным моральным стандартам», когда, пользуясь образным выражением Ф.Зимбардо, можно перевести рычаг нравственности в нейтральное положение и, двигаясь по инерции, наехать на пешехода, а потом снова переключить его на более «нравственную» передачу [12. С. 467]. Соответственно, в терминах трансгрессии подстрекательство и суицидальная провокация могут быть описаны как «грандиозный прикол», «шоу», «хэппенинг», «черный юмор», повод для смеха, в котором одновременно присутствует как превосходство, так и осмеяние и презрение к жертве. Однако это не радостный и веселый смех, связанный с переживаниями безмятежности и счастья, а смех злорадный, который, как ни парадоксально, является самым искренним из всех видов смеха. Его функция заключается в том, что он позволяет справиться с ситуациями, восприятие которых сопряжено со смертельной тревогой. Такого рода смех помогает совладать со страхом смерти, который каждый так или иначе испытывает, но обыкновенно старается его подавлять [3]. В описываемых ситуациях смех становится мерой внутреннего опыта игрового самоубийства.

Существует, правда, и другое, классическое объяснение поведению «свидетелей» суицидальной игры, которое дал немецкий философ Э.Финк. Он назвал его «мимопрохождением», когда мы воспринимаем игровое поведение других, понимая, что они играют, разряжаются и т. п. «Мы можем неожиданно стать свидетелями какого-нибудь несчастного случая, чужой смерти. Все подобные свидетельства мы совершаем «проходя мимо». Прохождение мимо вообще есть преимущественный способ человеческого сосуществования. Мы высказываем это без примеси сожаления или обвинения» [19. С. 383].

В этом заключается парадокс игры, объясняющий, в частности, поведение тех подростков, которые одобряют своих сверстников на суицид или становятся его невольными свидетелями.

Приводятся данные, что координаторами игр часто выступают подростки – школьники и студенты (см. [20; 21] и др.). Делаются предположения, что имеются определенные психологические особенности у этих людей, испытывающих проблемы в онлайн общении, для которых организация суицидальных групп в социальных сетях является своеобразной формой гиперкомпенсации. «Большинство кураторов «групп смерти» – это несостоявшиеся молодые люди с множеством комплексов и страхов. Мно-

гие из них сами были жертвами насилия и в качестве компенсации избрали стратегию подчинения других, более слабых» [22].

Предприняты попытки представить психологический портрет куратора. Такой портрет дает, в частности, д-р мед наук, проф. М. А. Барышев: «Это молодой человек, неуверенный в себе в «оффлайне». Он не имеет каких-либо значимых успехов на социальном поприще. Не востребован, никому не нужен. У него была некая личностная трагедия. Либо он неинтересен девушкам, либо был брошен любимой. Кураторы – это люди, находящиеся в состоянии психического нездоровья, хотят отмстить миру за свою ущербность, они хотят наказать общество, продемонстрировать свою значимость, свою силу, власть. Они хотят известности в своем кругу, им нужно признание. Они боятся ответственности и пока это их тайная власть. Они упиваются ею. Им нравится полученная абсолютная власть над ребенком» [23]. М. Е. Сандомирский, говоря о реальных подстрекателях самоубийств, выделяет несколько категорий: использующих корыстный мотив, а также около-суицидальную подростковую субкультуру с целью привлечения внимания, «раскрутки» популярности сетевых групп (что характерно для некоторых координаторов «групп смерти»). Для реальных подстрекателей, движимых мотивом расширенного самоубийства, характерно суицидальное замещение: пропагандируя уход из жизни, они могут испытывать облегчение, навязывая свои проблемы другим [17]. В настоящее время пока отсутствуют широкомасштабные эмпирические исследования, касающиеся изучения личности координаторов суицидальных групп в Интернете, однако имеющиеся анамнестические сведения, касающиеся как Филиппа Будейкина, так и еще одного недавно задержанного администратора групп смерти 26-летнего Ильи Сидорова [24], подтверждают мнения ученых.

«Группы смерти» являются наглядной иллюстрацией отношения к центральному вопросу сущности бытия человека, выраженной в дихотомии проявления добра и зла; и эта способность одновременного выполнения и добрых, и злых действий является априори особенностью человеческого поведения. Трансгрессия делает человеку плохую услугу. Однако трансгрессию невозможно ни отменить, ни запретить, поскольку она является не только разрушителем устоявшихся социальных и культурных норм и традиций, но и реальным двигателем прогресса, примером которого является, в частности, создание виртуальной реальности. К сожалению, к новым вызовам современности, квалифицированным как Зло, общество часто оказывается не готово. «Зло изворотливо и реально существует, хотя рационально никак неуловимо, и потому ни одна из психологических теорий не в состоянии локализовать его существование до такой степени, чтобы поставить ему окончательный «диагноз» и указать способы избавления», – пишет П. Тюрин [25]. В равной степени это касается и детско-

подростковых суицидов, вокруг которых в Сети в настоящее время разверзается дьявольский смех.

Представляется, что идея противостояния трансгрессии и эффекту Люцифера наиболее четко изложена Филиппом Зимбардо в его десятишаговой программе сопротивления нежелательным социальным влияниям, которой бы следовало, по-видимому, обучать детей сызмальства. Достоинством ее является научный подход, основанный на эмпирических данных, кроме того, она не ущемляет религиозных чувств, и подходит как верующим людям, так и атеистам. Суть ее сводится к следующим постулатам: 1) способность признавать ошибки и просить прощения; 2) проявлять бдительность; 3) брать и принимать ответственность за свои решения и действия; 4) утверждать свою индивидуальность и уникальность; 5) уважать авторитеты, но не подчиняться несправедливой власти; 6) стремиться к принятию в группу, но ценить собственную независимость; 7) быть внимательным к «обрамлению» – ситуациям, когда нас ставят в определенные рамки, создавая искусственные выгодные для манипуляторов контексты; 8) регулировать свое восприятие времени, связанное с взятыми на себя обязательствами в прошлом и ответственности в будущем, отказ от иллюзии отдаться удовольствиям жизни, ориентированным на «здесь и сейчас»; 9) отказ жертвовать личными или гражданскими свободами ради иллюзии безопасности; 10) активное сопротивление несправедливой системе [12]. Программа Ф.Зимбардо вполне могла бы быть составляющей антисуицидальной политики, а также частью новой воспитательной парадигмы, о создании которой уже давно печется российское общество.

Список литературы

1. Танатография Эроса: Жорж Батай и французская мысль середины XX века: Сб. ст. СПб.: Мифрил, 1994. 346 с.
2. Психотерапевт Марк Сандомирский: закрытие «групп смерти» не решит проблему. URL: https://newizv.ru/ news/society/19-05-2016/239658-psihoterapevt-mark-sandomirskij-zakrytie-grupp-smerti-ne-reshit-problemu (дата публикации 19.05.2016).
3. *Каштанова С. М.* Трансгрессия как социально-философское понятие: дис. …канд. филос. наук. СПб., 2016. 203 с.
4. *Карасев Л. В.* Смех и зло // Человек. 1992. № 3. С. 14–27.
5. *Батай Ж.* Внутренний опыт / Пер., послесл. и коммент. С. Л. Фокина. СПб.: Аксиома; Мифрил, 1997. 336 с.
6. *Амелина Я. А.* «Группы смерти» как угроза национальной безопасности России. Аналитический доклад (18+) / Кавказский геополитический клуб. М.: Издатель А. В. Воробьев, 2017. 76 с.

7. Школьник в Челябинской области перед самоубийством спросил друзей, прыгать или нет. URL: http://megatyumen.ru/society/post/191930/ (дата публикации 19.03.2017).

8. 14-летняя девушка совершила самоубийство в Усть-Каменогорске. URL: http://www.diapazon.kz/kazakhstan/kaz-incidents/91311-14-letnyaya-devushka-sovershila-samoubiystvo-v-ust-kamenogorske.html (дата публикации 14.04.2017).

9. *Тотоева М.* В Центральном парке 20-летний парень покончил жизнь самоубийством // Новости Осетии. URL: http://blogosetia.ru/731-samoubiystvo.html (дата публикации 23.03.2014).

10. *Любов Е. Б., Антохин Е. Ю., Палаева Р. И.* Комментарий. Двуликая паутина: Вертер vs Папагено // Суицидология. 2016. Т. 7, № 4 (25). С. 41–51.

11. *Мурсалиева Г.* Дети в сети. Шлем безопасности ребенку в Интернете. М.: АСТ, 2017. 330 с.

12. *Зимбардо Ф.* Эффект Люцифера. Почему хорошие люди превращаются в злодеев. М.: Альпина нон-фикшн, 2013. 740 с.

13. *Бандура А.* Теория социального научения. СПб.: Евразия, 2000. 320 с.

14. Кто такой Филипп Лис и какое отношение он имеет к синим китам из «ВКонтакте». Репортаж «Медузы». URL: https: //meduza.io/feature/2017/03/03/kto-takoy-filipp-lis-i-kakoe-otnoshenie-on-imeet-k-sinim-kitam-iz-vkontakte-reportazh-meduzy (дата публикации 03.03.2017)

15. *Мурсалиева Г.* Биомусор. URL: https://www.novayagazeta. ru/ articles/ 2016/12/12/70868-biomusor (дата публикации 12.12. 2016)

16. Филипп Лис. Разбуди меня в 4.20. URL: https://ridero.ru/books/razbudi_menya/

17. *Ильин Е. П.* Психология совести: вина, стыд, раскаяние. СПб.: Питер, 2016. 288 с.

18. *Герасимов С. В.* Психология зла. М.: Смысл, 1999. 167 с.

19. *Финк Э.* Основные феномены человеческого бытия // Проблема человека в западной философии: Переводы / Сост. и послесл. П. С. Гуревича; общ. ред. Ю. Н. Попова. М.: Прогресс, 1988. С. 357–401.

20. 13-летнюю школьницу подозревают в администрировании «суицидальных групп» в соцсетях. URL: http://www.pravmir.ru/13-letnyuyu-shkolnitsu-podozrevayut-v-administrirovanii-suitsidalnyih-grupp-v-sotssetyah/ (дата публикации 25.05.2016).

21. *Архипова А., Волкова М.* Большинство посетителей и кураторов групп – обычные дети. Но обеспокоенные взрослые не хотят этого видеть. URL: https://ru-sfera.org/threads/vskryvaem-gruppy-smerti.3259/ (дата публикации 13.03.2017).

22. *Елкин Е., Крылова С., Разорина Д.* Анатомия «синих китов». URL: https://regnum.ru/author/1269.html (дата публикации 16.03.2017)

23. Психиатр против «синего кита»: советы по защите подростков от суицида. URL: http://iz.ru/news/665128

24. *Плотникова Е.* «Порежу всю семью». Как куратор «группы смерти» склонял детей к суициду // Аргументы и факты. 28.06.2017 (№ 26).

25. *Тюрин П.* Психология хулиганства (нормативность природы и ненормативность души). URL: http://scireprints.lu.lv /229/2/Tjurins.Huliganisma. psihologija.pdf

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПЕРЕКОСОВ ВНИМАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ ПРИ ВОСПРИЯТИИ ЭМОЦИЙ: ДАННЫЕ ТРЕКИНГА ГЛАЗ

Д. А. Чередникова [1], *О. А. Ахметова* [2]

[1] Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск
daryacherednikova@gmail.com
[2] НИИ физиологии и фундаментальной медицины, г. Новосибирск

EXPERIMENTAL ANALYSIS OF ATTENTION BIAS IN PATIENTS WITH DEPRESSION WHEN PERCEIVING EMOTIONS: EYE TRACKING DATA

D. M. Cherednikova, *O. A. Akhmetova*

Депрессия это одно из распространенных психических заболеваний и считается одной из основных причин снижения и утраты трудоспособности. По прогнозам ВОЗ – распространенность депрессий будет только возрастать и к 2020 году депрессии выйдут на второе место в структуре распространенности неинфекционных заболеваний, уступая только ишемической болезни сердца (Rhebergen et al., 2011). Поэтому изучение патологических механизмов, связанных с депрессией является актуальным.

С точки зрения когнитивного подхода в психологии и психотерапии, смещение внимания к определенным эмоциональным стимулам рассматривается в качестве ключевого механизма аффективных расстройств. Полагают, что нарушения обработки эмоциональных стимулов имеют значение как для возникновения, так и поддержания некоторых из этих расстройств, например, тревоги и депрессии [1].

Настоящее исследование – одно из первых исследований особенностей глазодвигательной активности при депрессии в сравнении со здоровыми индивидами, проведенных на российских выборках. Цель данного исследования: выявить специфику восприятия эмоциональных выражений лиц у пациентов с большим депрессивным расстройством

Согласно современным представлениям патогенетические механизмы большого депрессивного расстройства характеризуются сочетанием ряда факторов, среди которых: повышенное внимание к негативным стимулам (в особенности, связанными с депрессивным состоянием), их генерализация; гипоактивация подкрепляющей системы мозга и ангедония; негативные руминации с идеями самоуничижения. В немногочисленных исследованиях трекинга глаз при депрессии установлено усиление внимания

к печальным и дисфорическиеим изображениям и ограничение его ресурсов при восприятии положительных эмоций на лице [1; 2].

Одним из корректных инструментов анализа особенностей зрительного восприятия является технология регистрации глазодвигательной активности (билатеральный трекинг глаз) при предъявлении эмоциогенных стимулов различного знака в парадигме «аффективных перекосов внимания» [2]. Нейрокогнитивные нарушения и патология регуляции эмоций заключаются в формировании аффективных перекосов («affective biases»), характеризующихся ослаблением захвата подкрепляющей информации и усиление руминативной активности на депрессогенные стимулы – в основе данных феноменов лежит нарушение индивидуального баланса активности мотивационных систем при большом депрессивном расстройстве (Loonen, Ivanova, 2016).

Технологии регистрации движений глаз (айтрекинга – от англ. eye-tracking), являясь аппаратурными методами диагностики, позволяют отслеживать особенности глазодвигательной активности испытуемого: направление его взора, особенности зрительного внимания, «зону интереса» и др.

Набор стимульного материала осуществлялся из базы аффективных лиц The Karolinska Directed Emotional Faces (KDEF) database (Lundqvist et al., 1998). Для экспериментального задания были отобраны фотоизображения 28 моделей (14 мужских и 14 женских) каждое из которых – с нейтральным выражением лица, а также с экспрессией радости, гнева и печали. Исследователи показали, что изображения лиц особенно эффективны для измерения смещения внимания к эмоциональной информации при депрессии (Isaac et al., 2014; Soltani et al., 2015).

Экспериментальная часть исследования проводилась в лаборатории аффективной, когнитивной и трансляционной науки НИИ физиологии и фундаментальной медицины на базе А1-клиники НИИФФМ. Участниками исследования являлись пациенты с большим депрессивным расстройством (БДР) и здоровые испытуемые. Группы не различались по возрасту ($t(60) = 1{,}12$, $p = 0{,}91$), полу ($\chi2(1, 62) = 1{,}09$, $p = 0{,}30$) и уровню образования ($\chi2(1, 62) = 0{,}41$, $p = 0{,}52$); и достоверно различались по семейному положению ($\chi2(1, 62) = 5{,}83$, $p = 0{,}16$). В группе пациентов сБДР оценки по шкале депрессии BDI-II были достоверно выше, чем в группе здорового контроля, $t(60) = 15{,}3$, $p = 0{,}001$.

Исследование проходило в звукоизолированной комнате с постоянным уровнем освещения. Испытуемый садился в кресло за стол с фиксатором подбородка, чтобы исключить движения головой. На столе перед испытуемым находился монитор для предъявления изображений.

В каждом стимульном слайде были выделены две зоны интереса: одна соответствовала области нейтрального лица, другая – области лица с эмо-

циональной экспрессией (радости, гнева или печали). В каждой зоне интереса для каждой эмоциональной категории и нейтрального лица рассчитывались три показателя глазодвигательной активности:

1) **латентность первой фиксации** (в мс) – время, прошедшее до момента первой фиксации на эмоциональном либо нейтральном лице;

2) **длительность первой фиксации** (в мс) – продолжительность первой фиксации, сделанной на эмоциональном либо на нейтральном лице;

3) **суммарная длительность фиксаций** (в мс) – общее время, проведенное на эмоциональном либо на нейтральном лице.

Для каждой эмоциональной категории показатели смещения внимания рассчитывались как разность значений, полученных для эмоциональной экспрессии и значений, полученных для соответствующего нейтрального выражения лица.

Для латентности первой фиксации установлен достоверный вклад фактора *группа* для эмоциональной категории *радость*, $F(1, 60) = 8{,}13$, $p = 0{,}006$ и для эмоциональной категории *грусть*, $F(1, 60) = 6{,}98$, $p = 0{,}01$. Латентность первой фиксации в группе здорового контроля была больше, чем в группе пациентов с БДР для эмоциональных категорий *радость* (М = 223,79 ± 193,36 и М = 82,43 ± 197.00) и *грусть* (М = 126,72 ± 140,70 и М = 37,69 ± 124,05). Для эмоциональной категории *гнев* достоверного эффекта не обнаружено, $F(1, 60) = 0{,}01$, $p = 0{,}91$. Латентность первой фиксации в группе здорового контроля и пациентов с БДР для эмоциональной категории *гнев* не различалась, М = 131,32 ± 174,68 и М = 135,66 ± 121,68.

Длительность первой фиксации. Достоверного вклада фактора группы для эмоциональных категорий *радость* ($F(1, 60) = 0{,}48$, $p = 0{,}47$), *гнев* ($F(1, 60) = 0{,}41$, $p = 0{,}52$) и *грусть* ($F(1, 60) = 0{,}28$, $p = 0{,}58$) не обнаружено. Длительность первой фиксации в группе здорового контроля и пациентов с БДР не различалась для всех трех эмоциональных категорий: радости (М = 10,53 ± 31,84 и М = 5,68 ± 21,66), грусти (М = 0,93 ± 31,43 и М = = 3,25 ± 29,22) и гнева (М = 1,07 ± 38,03 и М = 4,87 ± 34,08).

Суммарная длительность фиксаций. Для суммарной длительности фиксаций установлен достоверный вклад фактора *группа* для эмоциональной категории *радость*, $F(1, 60) = 9{,}95$, $p = 0{,}03$. В группе здорового контроля показатели суммарной длительности фиксации были выше, чем в группе пациентов с БДР, М = 345,53 ± 291,35 и М = 138,66 ± 220,25 соответственно. Для эмоциональных категорий грусть и гнев достоверного эффекта фактора группа не обнаружено, $F(1, 60) = 2{,}01$, $p = 0{,}16$ и $F(1, 60) = 1{,}82$, $p = 0{,}18$. Суммарная длительность фиксаций в группе здорового контроля и пациентов с БДР не различалась для эмоциональных категорий *грусть* (М = 101,77 ± 369,45 и М = 11,87 ± 251,13) и *гнев* (М = 65,63 ± 375,28 и М = 37,74 ± 203,77).

Была поставлена и подтверждена следующая гипотеза: у пациентов с большим депрессивным расстройством наблюдается сниженное внимание к эмоциональной экспрессии радости по сравнению с условно здоровыми людьми. Это соответствует симптомам при депрессии, а именно ангедонии (утрата способности переживать радость) или пониженное внимание к положительной информации. Гипотеза о том, что у пациентов с большим депрессивным расстройством наблюдается повышенное внимание к эмоциональной экспрессии грусти и гнева по сравнению с условно здоровыми людьми, не получила подтверждения. Возможно, избегание изображений с экспрессией грусти у пациентов с БДР может объясняться механизмами психологической защиты и избеганием негативной информации, чтобы не усугублять высокий негативный аффект, наблюдающийся при депрессии. Также это можно объяснить тем, что роль процессов внимания в регуляции эмоций наиболее часто проявляется в стратегии отвлечения, благодаря которой индивид перенаправляет внимание в сторону неэмоциональных аспектов жизненной ситуации, – в ментальном или поведенческом плане. Как и другие стратегии, отвлечение «в малых дозах» является вполне адаптивным, – особенно в тех случаях, когда ситуация не поддается контролю. Однако хроническое использование отвлечения, как стратегии регуляции, приводит к неспособности противостоять тревожным мыслям и действовать, несмотря на тревогу. В ситуациях общения отвлечение приводит к субъективному чувству дистанцированности, нарушения контакта с партнером.

Важным является то, что отсутствие привлечения внимания к эмоциональной информации играет ключевую роль в регуляции эмоций и настроения. Внимание к положительным или отрицательным стимулам может соответственно улучшать или ухудшать эмоциональное состояние человека. Сниженное внимание к позитивной информации может способствовать поддержанию и увеличению симптомов депрессии [2]. Таким образом, суммируя данные литературы и результаты настоящего исследования, можно заключить, что паттерны смещения внимания, наблюдающиеся у пациентов с БДР, являются существенными особенностями обработки информации при депрессии. Одним из ключевых показателей являются нарушения при восприятии информации позитивного.

Список литературы

1. *Armstrong T., Olatunji B. O.* Eye tracking of attention in the affective disorders: a meta-analytic review and synthesis // Clinical Psychology Review. 2012. № 32. P. 704–723.

2. Duque A., Vazquez C. Double attention bias for positive and negative emotional faces in clinical depression: Evidence from an eye-tracking study // J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat. 2015. Vol. 46. P. 107–114.

СЕКЦИЯ
«ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ»

ЗАДАЧИ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С УЧИТЕЛЯМИ СРЕДНИХ ШКОЛ

И. А. Агеева [1], *О. В. Киселева* [2]

[1] Кыргызско-российский славянский университет, г. Бишкек
mars53_2001@mail.ru

[2] Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск
kiseleva_ov@inbox.ru

THE STATE OF HEALTH OF TEACHERS OF SECONDARY SCHOOL IN FOCUS OF THE OBJECTIVES OF PSYCHOLOGICAL PREVENTING WORK

I. A. Ageeva, *O. V. Kiseleva*

Современные исследования указывают на крайне низкие показатели физического и психического здоровья учителей как профессиональной группы, которые снижаются по мере увеличения стажа работы [1]. Надо сказать, что недостаточное развитие коммуникативных способностей и навыков саморегуляции также приводит к тому, что значительная часть педагогов (в процентном отношении к другим профессиям) страдает многочисленными соматическими и нервно–психическими болезнями, которые зачастую являются следствием профессионального стресса [2].

В связи с этим целью работы являлось исследование состояние эмоциональной и коммуникативной сферы у учителей. Мы предположили, что у учителей в связи со спецификой их профессии «тревожность», «чувство вины» и коммуникативные проблемы являются значимыми личностными характеристиками и негативным образом влияют на их межличностное поведение и состояние здоровья.

Методологическую основу исследования составили системный и функциональный подходы, а также концепция экологических систем [3]. В работе был использован психодиагностический метод, включающий в себя опросники MMPI [4]; УСК [5]; Басса – Дарки [6]; Спилбергера – Ханина [7]; опросник для диагностики астении [8]; метод ДМО [9]. Данные прове-

денного исследования были обработаны с использованием статистических пакетов Statistica 6 и SPSS 11.5.

Выборка состояла из 157 учителей школы-гимназии, давших согласие на участие в исследовании. Из них были сформированы три группы: I группа – 114 человек (женщины-европейки; возраст свыше 30 лет); II группа – 25 человек (женщины-азиатки; возраст до 40 лет); III группа – 18 человек (мужчины-европейцы; возраст свыше 30 лет). Малочисленность II и III групп обусловлена составом педколлективов школ с обучением на русском языке. Данные, полученные в результате проведенного исследования, в последующем рассматривались с учетом выделенных групп.

Данные анкеты

Проведенное исследование показало, что значительный процент составляют учителя всех групп, у которых выявлены те или иные проявления астенического симптомокомплекса. Данные, полученные с помощью астенического опросника, свидетельствуют о том, что характер жалоб на состояние здоровья в трех группах практически однообразный. Статистически достоверное различие ($t = 2{,}58$; $p < 0{,}05$) между I и II группами было получено по единственному параметру – это «целый день не чувствуешь усталости», который выше во II группе.

Данные опросника MMPI

В группе учителей были выявлены как общие, так и групповые личностные характеристики. Общие характеристики: тревожная мнительность; механизм трансформации тревоги, проявляющийся в интеллектуальной переработке и ограничительном поведении, направленном на избегание неуспеха и проявляющегося явлениями навязчивости.

Однако для представителей I группы в большей степени характерна мотивационная направленность личности на соответствие нормативным критериям, как в социальном окружении, так и в сфере физиологических функций своего организма. Для них характерным является подавление спонтанности, сдерживание активной самореализации, контроль над агрессивностью, в частности подавление враждебности и гиперсоциальная направленность интересов.

Для представителей II группы в большей степени свойственна демонстрация общительности, непринужденности, граничащих с назойливостью.

Для представителей III группы характерны снижение уровня включенности в социальную среду, замкнутость, легко зарождающаяся враждебность, затруднения в налаживании отношений, снижение мотивации достижения, конформизм (комплекс некомпетентности).

Данные опросника УСК

У представителей I и III группы преобладает интернальный локус контроля, при этом в III группе наиболее выражена интернальность в области неудач. У представителей II группы преобладает экстернальный локус контроля и наибольшая выраженность экстернальности в области неудач.

Данные опросника Басса – Дарки

Было установлено, что интенсивность проявления чувства вины зависит от возраста и стажа работы учителей: чем больше стаж и возраст, тем меньше интенсивность проявлений «Чувства вины». У мужчин проявление «Чувства вины» значительнее, чем у женщин, а у женщин-азиаток значительнее, чем у женщин-европеек.

Данные методики ДМО

Общие тенденции: были выявлены гиперсоциальные установки и стремление к уменьшению чувства вины.

Представители I группы: характеристики эмоционально – лабильной личности с чертами демонстративности; проблема болезненного самолюбия и подавленной враждебности, вызывающей повышенную напряженность; недружелюбие, несдержанность и вспыльчивость; соматизация тревоги; склонность к психосоматическим заболеваниям; вегетативный дисбаланс как результат блокированности поведенческих реакций; жертвенность; чрезмерное упорство, но при этом выражено чувство вины и сверхконформность и зависимость от мнения других.

Представители II группы: стремление быть человеком, обладающим более сильным характером, ответственным, конвенциальным и умеющим сочувствовать и быть дружелюбным; выражена готовность помогать окружающим; но при этом отмечается нетерпимость к критике; переоценка собственных возможностей; выражено чувство соперничества и настойчивости в достижении цели; при этом выражено чувство вины и потребность в помощи и доверии со стороны окружающих, в их признании.

Представители III группы: стремление к альтруизму и готовность помогать окружающим, искренность, непосредственность, прямолинейность. Но при этом выражено стремление к лидерству.

Данные опросника Спилбергера – Ханина

У представителей всех групп повышен уровень как личностной, так и ситуативной тревожности.

Следующим этапом работы являлось исследование специфики проявления «Тревожности», «Чувства вины» у учителей в разных группах, а также проявление «Агрессивности» и «Враждебности». Для решения поставленной задачи был проведен множественный линейный регрессионный, факторный и кластерный анализ.

Данные линейного регрессионного анализа

Регрессионный анализ показал, что на усиление «Личностной тревожности» у женщин-европеек оказывает влияние ответственность за те или иные события в их семьях, а проблемы на работе и ответственность за них усиливает «Ситуативную тревожность», а также «Чувство вины». В группе женщин – азиаток на усиление «Личностной тревожности» и «Чувства вины» оказывает влияние «Ситуативная тревожность», обусловленная страхом отрицательной оценки тех или иных действий или событий и, наоборот, на усиление «Ситуативной тревожности» оказывает влияние высокая «Личностная тревожность». В группе мужчин-европейцев на усиление «Личностной тревожности» и «Чувства вины» оказывает влияние «Ситуативная тревожность», обусловленная страхом отрицательной оценки тех или иных действий или событий, а на усиление «Ситуативной тревожности» оказывает влияние обидчивость на замечания, критику, отношение других к себе.

На усиление «Агрессивности» оказывают влияние в группе женщин-европеек проблемы на работе и ответственность за них, в группе женщин-азиаток перекладывание ответственности в межличностном взаимодействии на окружающих, в группе мужчин-европейцев повышение косвенной агрессии.

На усиление «Враждебности» оказывают влияние в группе женщин-европеек проблемы на работе и ответственность за них, в группе женщин-азиаток повышение уровня чувства вины, в группе мужчин-европейцев повышение уровня подозрительности.

Данные факторного и кластерного анализа

Были выделены три различных аспекта межличностных отношений у учителей: «Пассивные», отличающиеся склонностью к компромиссам, неуверенностью в себе, конформностью, подчиняемостью; «Доминирующие», характеризующиеся стремлением к доминированию и лидерству; «Конфликтные», отличающиеся конфликтным, неконформным поведением. Учителя, вошедшие в эти группы, составляют 56 %. Выявлена взаимозависимость неконструктивных стилей межличностных отношений у учителей с проявлениями тревожности, чувством вины (особенно в группе

«Пассивных»), агрессивностью и интернальностью. Другими словами, недостаточное развитие коммуникативных способностей и навыков саморегуляции способствовало развитию эмоционального неблагополучия в здоровье учителей.

Исходя из сказанного мы считаем, что в образовательных учреждениях необходима систематическая работа в области психопрофилактики и эта работа должна проводиться с учетом психологических особенностей разных возрастных периодов и опираться на фундаментально разработанную методологию на основании проведенных исследований. Такой подход необходим в связи с тем, что если своевременно не скомпенсировать донозологические проявления нарушений эмоций у учителей, то эти нарушения могут стать почвой для развития тех или иных психических, или психосоматических заболеваний.

Основой психопрофилактической программы должна быть первичная психопрофилактика. При построении психопрофилактической программы необходимо учитывать не только свойства психики здоровых индивидов, но и защитные силы самого организма и факторы окружающей их среды, которые в совокупности обусловливают выносливость индивида к вредным воздействиям, в том числе и эмоционально – аффективному напряжению [10].

Предложенная нами психопрофилактическая модель, направленная на реорганизацию взаимоотношений между подсистемами «учителя», «учащиеся», «родители» и внутри подсистем в школьной системе, адаптирована к реальным условиям школы и позволяет проводить эффективную профилактическую работу в привычных для учащихся, учителей и родителей учащихся условиях, не отрывая их от образовательного процесса.

Содержание системной интегративной психопрофилактической программы определялось выявленной структурой эмоциональных состояний у учителей, а также использованием учителями неконструктивных стратегий межличностных отношений, которые и обусловливали этапность в процессе взаимодействия с учителями.

Нами были выделены следующие этапы: «Присоединения», «Когнитивно-поведенческий», «Терапевтический», Заключительный».

На этапе «Присоединения» очень важно, чтобы индивид чувствовал себя в безопасности во время работы с психологом, что достигалось использованием положений гуманистического подхода. Очень важно на этом этапе психологу быть недирективным.

На этом этапе основными методами работы являлись: 1) участие в педсоветах; 2) проведение тематических семинаров-тренингов и обучающих семинаров; 3) проведение психологического консультирования (индивидуального и группового).

Второй этап «Когнитивно-поведенческий» направлен на развитие навыков самопознания, саморегуляции, общения и межперсонального взаимодействия, основой которого был когнитивно-бихевиоральный подход и положения гуманистической психологии. На этом этапе одним из основных методов работы был тренинг, стимулирующий личностный рост, с использованием видеообратной связи. С участниками тренинга по необходимости также проводилось индивидуальное психологическое консультирование.

На третьем этапе «Терапевтическом» основой для проведения психотерапии как индивидуальной, так и групповой, являлась личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Л.-о. (р.) п. Именно трехчленная структура Л.-о. (р.) п. также позволяет использовать поэтапную смену доминирующих теоретических подходов и соответствующих им методических приемов при работе с конкретным индивидом или психотерапевтической группой.

И на этом этапе по необходимости, в процессе групповой психотерапии, с участниками проводилось индивидуальное психологическое консультирование.

На четвертом этапе «Заключительном» обсуждалось дальнейшее взаимодействие учителей с психологом.

Подводя итоги, можно сказать, что предложенная нами психопрофилактическая модель, направленная на реорганизацию взаимоотношений между подсистемами «учителя», «учащиеся», «родители» и внутри подсистем в школьной системе, адаптированная к реальным условиям школы, позволяет проводить эффективную профилактическую (в том числе и психокоррекционную, и психотерапевтическую, и консультативную) работу в привычных условиях для учителей не отрывая их от образовательного процесса.

Список литературы

1. *Багнетова Е. А., Шарифулина Е. Р.* Профессиональные риски педагогической среды // Фундаментальные исследования. 2013. № 1 (ч. 1). С. 27–31.

2. Психология профессионального здоровья: учебное пособие / Под ред. Г. С. Никифорова. СПб.: Речь, 2006. 480 с.

3. *Никандров В. В.* Неэмпирические методы психологии: Учеб. пособие. СПб.: Речь, 2003. 53 с.

4. *Собчик Л. Н.* СМИЛ (MMPI). СПб: Речь, 2003. 219 с.

5. Методика определения уровня субъективного контроля (УСК): Метод. рекомендации. Упр. по внедрению новых лекарств. ср-в и мед. техники / Сост. Е. Ф. Бажин, Ч. А. Голынкин, А. Э. Эткинд. М., 1984. 22 с.

6. *Ениколопов С. Н.* Опросник Басса – Дарки: практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. М.: Изд-во МГУ, 1990. С. 6–12.

7. *Карандашев В. Н., Лебедева М. С., Спилбергер Ч.* Изучение оценочной тревожности. Руководство по использованию методики Ч. Спилбергера. СПб.: Речь, 2004 80 с.

8. *Шац И. К.* Опросник для диагностики астении // Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии: Учеб. пособие / Под ред. Д. Н. Исаева, В. Е. Кагана. СПб., 1991. С. 11–14.

9. *Собчик Л. Н.* Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений. Практическое руководство. СПб.: Речь, 2002. С. 47–93.

10. Психотерапия: Учебник. 3-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2007. 672 с.

ВЫНЕСЕНИЕ МОРАЛЬНОГО СУЖДЕНИЯ КАК САМОПРЕЗЕНТАЦИЯ: УТОЧНЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ИНТУИТИВИСТСКОЙ МОДЕЛИ ДЖ. ХАЙДТА

М. В. Близнюк

Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск
blizniuk@ya.ru

MORAL JUDGMENT AS SELF-PRESENTATION: ELABORATION OF THE SOCIAL INTUITIONIST MODEL OF JONATHAN HAIDT

M. V. Blizniuk

В настоящее время в области исследований морального суждения выделяется социально-интуитивистская модель Дж. Хайдта, предлагающая интересную и убедительную трактовку проблемы. Позиции подхода Хайдта таковы, что его совершенно невозможно игнорировать, планируя исследования в области морального функционирования. В связи с этим любые дополнительные исследования, направленные на уточнение социально-интуитивистской модели Хайдта, представляется вполне актуальными.

Задачей данного исследования является формулировка уточняющих вопросов, адресованных теоретической модели Хайдта. Эти вопросы касаются обстоятельств возникновения моральных интуиций, каковые в социально-интуитивистской модели признаются основными причинами выносимых моральных суждений.

Дж. Хайдт следующим образом формулирует свой принципиальный тезис: «Основное утверждение социально-интуитивистской модели состоит в том, что причиной морального суждения является незамедлительная моральная интуиция, а вслед за суждением в случае необходимости идут медленные моральные рассуждения постфактум» [1. P. 817]. Центральный конструкт модели, «моральная интуиция», был определен Хайдтом как «внезапное возникновение в сознании морального суждения, в том числе эмоциональной валентности (хорошо – плохо, нравится – не нравится), без осознания совершения этапов поиска и взвешивания доказательств, а также достижения вывода» [Ibid. P. 818]. Моральное рассуждение определяется как «сознательная ментальная деятельность, заключающаяся в преобразовании полученной информации о людях с целью вынести моральное суждение» [Ibid.]. Решая задачу теоретического обоснования предлагаемой модели, Хайдт ссылается на исследования в области эвристического мыш-

ления, психологии убеждения, конформизма, формирования первого впечатления и др. Иногда эти ссылки безупречны, иногда дискуссионны, но своей убедительностью социально-интуитивистская модель, по нашему мнению, обязана эмпирическим данным, которые были собраны Хайдтом и его коллегами. Хайдту удалось показать, что люди уверенно выносят однозначное моральное суждение даже тогда, когда у них есть серьезные проблемы с обоснованием своей позиции.

Джули и Марк – брат и сестра. В колледже летние каникулы, и они путешествуют вместе по Франции. Однажды вечером они остались одни в домике на побережье и решили, что было бы интересно и забавно попробовать заняться любовью. По крайней мере, это станет новым опытом для каждого. Джули уже начала принимать противозачаточные средства, но на всякий случай Марк решил надеть еще и презерватив. Им обоим понравилось заниматься любовью, но они договорились больше этого не делать. Та ночь стала их особым секретом, еще больше их сблизившим. Правильно ли, что они занялись любовью?

Большинство людей ответили, что такое поведение неприемлемо, но не смогли внятно объяснить, почему. Трудно не согласиться с Майклом Газзанигой (американский нейропсихолог) в том, что «в своем сценарии Хайдт заранее дал вразумительные ответы на любое возражение. Он не сомневался, что большинство людей сочтет поступок брата с сестрой неправильным и отвратительным (так почти все и говорили), однако хотел добраться до истоков таких суждений (если они вообще существуют), по-видимому, общих для всех нас» [2. С. 199]. Хайдт констатирует, что «в итоге все доводы сводились к высказываниям типа “Я не знаю, как это объяснить. Я просто знаю, что это неправильно”» [1. P. 814]. И задается вопросом о том, «какая же модель морального суждения позволяет человеку оценить то или иное действие как неправильное, в то время как он не может объяснить, почему он так считает?» [Ibid.]

В рамках социально-интуитивистской модели ситуация может быть описана следующим образом: «…человек испытывает короткую вспышку отвращения при мысли об инцесте и на подсознательном уровне осознаёт неправильность такого поступка. Затем, когда его просят объяснить, чем была вызвана такая реакция, человек выступает в роли адвоката, пытающегося привести доводы, нежели чем судьи, пытающегося отыскать истину. Человек выдвигает аргумент за аргументом, ни на минуту не сомневаясь в неправильности действий Джули и Марка, даже после того, как последний аргумент был опровергнут. В социально-интуитивистской модели вполне оправданно будет сказать «я не знаю, как это объяснить, я просто знаю, что это неправильно» [Ibid.].

Нам представляется, что испытуемый вполне мог бы ответить на вопрос Хайдта несколько иначе. Он мог бы сказать: «Я не знаю, было ли это правильно в этой конкретной истории, но знаю, что инцест осуждается в обществе». Вопрос заключается в том, как относится общество к тем, кто не хочет выносить моральное суждение в подобных обстоятельствах. Есть основания полагать, что общество не приветствует отказ от вынесения моральных суждений. Поэтому испытуемый Хайдта мог бы добавить к сказанному еще кое-что. Он мог бы сказать, что в обществе осуждается не только инцест, но и нежелание осудить инцест, поэтому он, желая выглядеть достойным членом общества, тоже осуждает Марка и Джули. Если же наш испытуемый мало дорожит репутацией достойного человека, он мог бы сказать, что не будет брать на себя роль судьи в этой странной истории.

Но как быть с отвращением? Ведь, если испытуемый чувствует отвращение при восприятии этого сюжета, то ему трудно будет начать свой ответ с реплики «Я не знаю». Конечно, он знает, коль скоро чувствует отвращение. По мнению Хайдта, именно отвращение позволяет испытуемым осудить действия Марка и Джули. Хайдт показал в другом исследовании, что искусственно вызванное отвращение увеличивает интенсивность морального осуждения. «Участнику эксперимента, находившемуся в глубоком гипнозе, говорили, что он почувствует приступ отвращения, когда увидит слово *take* (англ. брать) или слово *often* (англ. часто). Затем его просили прочитать шесть историй, каждая из которых содержала либо слово *take*, либо слово *often*, и вынести моральные суждения. Тексты были составлены так, чтобы выявить отвращение от легкой до умеренной степени. Этот опыт был создан, для непосредственной манипуляции нитью интуитивного суждения… и это демонстрирует, что искусственное увеличение силы интуитивного чувства, как результат, увеличивает силу морального суждения». Сама же эмоция отвращения возникает, по мнению Хайдта, в силу «глубинных интуитивных знаний» о том, что допустимо, а что нет. Более того, Хайдт полагает, что эти знания являются эволюционным приобретением, а функция культуры заключается в их шлифовке и снятии неопределенности при возникновении противоречивых моральных интуиций.

Нам представляется, что вполне возможна альтернативная трактовка возникновения отвращения при знакомстве с историей Марка и Джули. Это альтернативное объяснение рассматривает и вербальные реакции, и эмоциональные переживания испытуемого как самопрезентационные манифестации. Причем, скорее всего, исполняющиеся без осознания целей, без задних мыслей. Мы предполагаем, что даже такая специфическая коммуникация, как психологическое анкетирование, может стимулировать самопрезентационную активность. Ясно, что мишенью этих самопрезента-

ционных манифестаций вряд ли является психолог-интервьюер. Возможно, этот ко всему лояльный собеседник скорее только повод для выступления перед воображаемым бдительным обществом. Тогда отвращение может являться не столько основанием осуждения, сколько очень убедительным аргументом для того, кто оценивает искренность оценщика. Если согласиться с тем, что общество требует от своих членов быть судьями (быть присяжными, быть умеющими выносить приговоры, и это – действительно важная социальная функция), то вполне можно допустить, что формальное (лишенное эмоций) осуждение будет цениться меньше, чем осуждение с негодованием, осуждение с отвращением, осуждение с презрением. Тогда само отвращение, испытываемое оценщиком, будет даже более ценным свидетельством его морального статуса и добродетельности, чем осуждение в словесной форме.

Основанием для подобной трактовки возникновения отвращения может являться следующее соображение. Представляется вполне вероятным, что испытуемый, который испытывает отвращение, когда его ставят в роль оценщика Марка и Джули, не будет испытывать это чувство (или будет, но значительно менее интенсивно), если станет нечаянным и единственным свидетелем подобной сцены. Если испытуемый не будет находиться в роли оценщика, не будет мотивирован представить свой моральный статус, то у него может и не возникнуть отвращения.

Если это действительно окажется так, то к социально-интуитивистской модели Хайдта можно будет сформулировать соответствующие уточнения.

Список литературы

1. *Haidt J.* The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment // Psychological Review. Vol. 108 (4). P. 814–834. doi: 10.1037/0033-295X.108.4.814

2. *Газзанига М.* Майкл Газзанига: Кто за главного? Свобода воли с точки зрения нейробиологии. М.: Corpus, 2017.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ У РАЗНЫХ ТИПОВ РЕЛИГИОЗНОЙ ЛИЧНОСТИ

Н. Я. Большунова [1], *А. В. Донцов* [2]

[1] Новосибирский государственный педагогический университет г. Новосибирск
nat_bolshunova@mail.ru

[2] Сибирский государственный университет путей сообщения г. Новосибирск
a.v.dontsov@yandex.ru

FEATURES OF VALUE-SEMANTIC SPHERE OF DIFFERENT TYPES OF RELIGIOUS PERSONALITY

N. Ya. Bolshunova, *A. V. Dontsov*

Для современной социокультурной ситуации характерны достаточно напряженные отношения между различными социальными группами, сопровождающиеся аксиологическим конфликтом, столкновением мировоззрений, достигающим уровня экстремистских проявлений. Эти конфликты часто реализуются в религиозной сфере и основаны на отождествлении факта признания человеком наличия или отсутствия веры, религиозности с нравственными качествами. При этом не принимается во внимание обстоятельство, что декларируемая и подлинная религиозность сопровождается глубокими различиями в поведении, поступках, ценностях, на которые ориентируется человек в своих выборах и решениях. Такого рода упрощенное понимание связи религиозности с личностными особенностями человека провоцирует и искаженные ожидания в отношении лиц, имеющих разное мировоззрение, что востребует необходимость исследования характера религиозности и ее связей с личностными особенностями человека.

Личностные особенности находят отражение и в духовной жизни человека, его связи с высшими силами, Богом. Так же как мировоззрение, в том числе религиозное, актуализирует определенные личностные особенности и поведение, поступки человека. Проблема отношения человека и Бога и отражения характера и содержания его в личности обращает на себя внимание исследователей с давних пор, но до сих пор остается актуальной. Это обусловлено не только глубинной сложностью этих отношений, но связано также с социокультурными преобразованиями общества и характера религиозности, которая в изменившихся социокультурных условиях может проявлять себя по-разному. Актуальными становятся новые вопросы, в том числе и вопросы особенностей развития ценностно-смысловой сферы, являющейся одной из стержневых в структуре личности у людей

с разным типом религиозности. Именно сегодня, когда состояние морали и нравственности в социуме всё чаще вызывает тревогу, а верующих нередко обвиняют в утрате сути веры, ценностной зрелости, становится востребованным исследование взаимосвязи характера религиозности и ценностно-смысловой сферы личности.

Психологическое изучение религиозности личности имеет длительную историю. К наиболее известным исследованиям религиозности относятся труды У. Джеймса [1], большое внимание уделявшего такому ее типу, для которого религия становится не просто традицией и набором правил, а наполняется личностным значением, глубоким содержанием. Религиозность описывал также З.Фрейд, видевший её истоки в конфликте сыновей с отцом и считавший её формой коллективного невроза [2]. В более позитивном ключе религия и её психологическое значение рассматривается в гуманистической психологии, где, в том числе Г. У. Оллпортом, разработаны понятия интринсивной религиозности (к которой человек обращается ради самой религии) и экстринсивной (к которой обращается ради достижения каких-то других, не связанных с религией целей, благ) [3]. В отечественной психологии русскими религиозными психологами и философами проблеме места религии, веры в развитии личности уделялось особое внимание. Например, в основе теории личности у В. И. Несмелова и В. А. Снегирёва [4], работы которых лишь недавно вернулись в библиотеки российских психологов, лежит православное понимание человека. Этот подход – духовно ориентированная психология – в конце XX века возродился в отечественной психологии благодаря работам Б. С. Братуся [5], Т. А. Флоренской [6], Н. И. Непомнящей [7], М. Я. Дворецкой [8] и мн. др. отечественным психологам. Здесь именно христианская (православная) антропология человека становится основанием понимания его природы, а психологическое значение религиозности предстаёт как личное переживание общения с Богом, обусловливающее путь духовного развития.

Духовно ориентированное направление подчёркивает, что личность верующего в современном мире отличается, в сравнении с человеком неверующим, особым состоянием ценностно-смысловой сферы, и религия по-прежнему, с одной стороны, играет роль важного социального института, связанного с возрастанием нравственности общества, с другой стороны, религиозное миросозерцание возвышает человека, открывая смысл спасения и преодоления зла (греха) в себе самом.

Однако религиозность может проявлять себя по-разному. Если исполнение религиозных требований или даже нравственное совершенствование становятся самоцелью, то это может привести человека к отчуждению и от себя, и от Другого, и от Бога: «Суббота для человека, а не человек для субботы» (Мк. 2: 27). Ригористичное понимание религиозности достаточно часто встречается в настоящее время, вероятно вследствие прерывания

религиозной традиции и опыта подлинного религиозного переживания и общения, что проявляется в появлении различных околорелигиозных течений, сообществ, взглядов, предрассудков.

С целью более детального изучения типов религиозности современного человека нами было организовано и проведено эмпирическое исследование, в котором приняло участие 200 человек, из них 100 человек, часто посещающих церковь, сформировали первую группу, а 100 человек, посещающих церковь довольно редко (примерно раз в год или по большим праздникам), вошли во вторую группу. Базой для его проведения стали ГОУ ВПО «Новосибирский государственный педагогический университет», ГОУ ВПО «Куйбышевский филиал Новосибирского государственного педагогического университета», ФГОУ ВПО «Новосибирский государственный аграрный университет», православные церковь Рождества Иоанна Предтечи и церковь в честь иконы Божией матери Знамение-Абалацкая, католические храм Святых апостолов Петра и Павла и Кафедральный собор Преображения Господня, участники групп православной молодёжи в социальной сети «В контакте». Каждый участник исследования дал своё согласие на проведение методик.

Были использованы следующие опросники: «Методика диагностики парциальных позиций интернальности-экстернальности личности» Е. Ф. Бажина и др., «Методика диагностики полимотивационных тенденций в Я-концепции личности» С. М. Петровой, методика «Определение жизненных ценностей личности (Must-тест)» П. Н. Иванова и Е. Ф. Колобовой, методика «Ценностные ориентации» Ш. Шварца (в модификации А. Л. Лихтарникова), «Тест-опросник уровня религиозности (ТОР)» Ю. В. Щербатых, «Методика исследования макиавеллизма личности» В. В. Знакова, методика и «Шкала индивидуальной религиозности» Г. У. Оллпорта и Д. М. Росса.

Математическая обработка данных всех испытуемых посредством факторного анализа позволила выделить два значимых фактора, включающих в себя как показатели религиозности, так и ценностно-смысловые параметры личности, что позволяет интерпретировать выделенные факторы как типы религиозности личности.

Для типа, названного нами «*Духовный традиционалист*» (см. таблицу), характерно стремление к самоотверженности, предпочтение духовно-религиозных ценностей перед потребительскими. Представители данного типа идентифицируют себя как верующего, причём эта идентификация в большей мере основана на глубоко усвоенной религиозной картине мира, и в меньшей – на внешних атрибутах и признаках религии. Материальные ценности и удовольствия для такого человека не являются значимыми. Этот фактор описывает тип личности, свойственный традиционный христианской культуре [9; 10], оппозиционный экспансии западной культуры.

«*Социально адаптированный*» (см. таблицу) тип соответствует человеку, высоко ценящему социальные, преимущественно светские, нормы и ценности. Такие люди стремятся к стабильности, позволяющей уверенно реализовать свои цели, источником которых, как правило, являются наиболее распространённые образцы успешных и удачно социализировавшихся людей. Единственным качеством, условно связанным с религиозной сферой, является интерес к магии – вероятно, вызванный социальными тенденциями и представлениям о магических приёмах как одном из способов быстрого достижения целей.

Процедура вращения позволила конкретизировать выделенные факторы и выявить латентные взаимосвязи. Благодаря этому, стало возможным вычленить следующие *подтипы:*

«*Внутренне религиозный человек*» (см. таблицу) с ярко представленными параметрами религиозной сферы. Это тип личности, который ориентирован на следование традициям, в том числе и религиозным, на спокойную, безопасную и упорядоченную (достойную) общественную жизнь. Высоко ценит благополучие группы, в частности религиозной, с которой он себя соотносит. Именно религиозность, фактически, составляет основу мировоззрения данных людей. Данный тип религиозной личности характеризует также стремление воздерживаться от потенциально вредоносных действий (греха). Этот тип соответствует представлениям о традиционном христианском типе личности [9; 10] ориентированном на стабильное, нравственно зрелое общество.

Фактор «*Авторитарная религиозность*» (см. таблицу) описывает несколько своеобразное формирование религиозной личности. Для такого человека характерна уверенная самоидентификация с определённой конфессией и вера в Творца – и в то же время ориентация на жёсткий, авторитарный или тоталитарный вид общества, а соответственно и на выстраивание иерархии отношений, в которой он стремится занять высокое положение.

Фактор «*Открытый обыватель*» (см. таблицу) лишь частично отображает параметры религиозности. Этот тип личности можно интерпретировать как образец внешней религиозности, при которой религия интересует человека лишь как инструмент достижения каких либо других целей, как можно предположить, анализируя всю совокупность компонентов, в первую очередь коммуникативных. В целом такой тип личности характеризуется стремлением к стабильности в обществе, где следование религиозным традициям выступает как способ и ценный результат ее достижения и качественного выполнения каждым своей общественной функции. Этот фактор в большей степени соответствует либеральному типу личности [9; 10], ориентированному на безопасность общества и контакты с окружающими, при этом религия и религиозность воспринимается сугубо прагматически.

Тип личности «*Либеральный потребитель*» (см. таблицу) фактически антагонистичен религиозным ценностям. Он ориентирован на самоутверждение, яркую насыщенную жизнь, поиск острых ощущений (в том числе и при помощи различных мистических увлечений). Религиозная жизнь отвергается, заменяясь её внешней имитацией. Она скорее расценивается как ограничивающая гораздо более выраженную потребность в свободе, новизне, самопрезентации. Этот фактор соответствует либеральному мировоззрению и типу личности [9; 10], для которой приоритетом являются собственные достижения и значимость.

Фактор «*Гуманистически ориентированный*» (см. таблицу) описывает тип личности, ориентированной на признание неповторимости, изначальной порядочности и нравственности человека. Представители данного типа стремятся к общению, получают подлинное удовольствие от межличностных контактов. Следование социальным нормам и нравственность представляется им как нечто само собой разумеющееся, отвечающее истинно человеческой сущности. Этот фактор представляет собой некоторый гуманистический идеал, которому должен следовать человек в отношениях с окружающими.

Тип личности «*Скептичный потребитель*» (см. таблицу) характеризуется склонностью к рациональному и скептичному отношению к миру и его устроению, что обусловливает эгоцентризм и стремление насладится тем, что дано, не задумываясь о нравственной стороне отношений.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют, что разные типы религиозности сопровождаются и спецификой ценностно-смысловой сферы личности. Как правило, для лиц с высоким уровнем внутренней религиозности, при которой религия является подлинно значимой для человека, характерна ориентация на духовные и культурные ценности. Внешняя религиозность (при которой религия выступает средством для достижения других, не связанных с ней целей) либо отсутствие выраженной религиозности в структуре личностных черт сопровождается ориентацией на коммуникативные, эгоцентрические либо материальные ценности. Более того, в целом, типы личности, обладающие сформированной внутренней религиозностью, соответствуют традиционным представлениям о религиозной личности, что опровергает утверждения об изменении в современных социокультурных условиях содержания религиозности. Отдельный интерес, представляет «*Гуманистически ориентированный*» тип, «выпадающий» из указанных тенденций. По-видимому, этот тип представляет собой собирательный образ человека, пытающегося найти нравственные основания своей жизни вне отношения к Богу.

Полученные нами данные выступают основанием повышения внимания к религии как источнику развития нравственности. Результаты исследования могут быть использованы в работе православно ориентированных

психологов, в исследовании причин религиозного экстремизма и социального напряжения между представителями социальных групп, имеющих различное мировоззрение.

Список литературы

1. *Джеймс У.* Многообразие религиозного опыта: Пер. с англ. М.: Наука, 1993. 432 с.
2. *Фрейд З.* Психоанализ. Религия. Культура. М.: Владос, 1998. 490 с.
3. *Allport G. W.* The Person in Psychology. Boston: Beacon Press, 1968. 514 p.
4. *Снегирёв В. А.* Психология. СПб.: Общество памяти игумении Таисии, 2008. 768 с.
5. *Братусь Б. С.* Христианская и светская психотерапия // Московский психотерапевтический журнал. Христианская психология (Спецвыпуск). 1997. № 4. С. 7–20.
6. *Флоренская Т. А.* Диалоги о воспитании и здоровье: духовно ориентированная психотерапия // Духовно-нравственное воспитание. Школьная пресса. 2001. № 3. С. 96.
7. *Непомнящая Н. И.* Целостно-личностный подход к изучению человека // Вопросы психологии. 2005. № 1. С. 116–125.
8. *Дворецкая М. Я.* Интегративная антропология: Учеб. пособие. СПб.: Институт практической психологии, 2003. 611 с.
9. *Большунова Н. Я.* Субъектность как социокультурное явление. Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2005. 324 с.
10. *Печин Ю. В.* Ценностные основания мотивации личности (на материале исследования труда горожан-дачников): Автореф. дис. … канд. психол. наук. Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2008. 23 с.

КАУЗАЛЬНАЯ АТРИБУЦИЯ: ПРОБЛЕМА КВАЛИФИКАЦИИ ФАКТОРА

М. А. Бондаренко

Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск
margaryta16@mail.ru

CAUSAL ATTRIBUTION: THE PROBLEM OF QUALIFICATION OF FACTOR

M. A. Bondarenko

Под каузальной атрибуцией понимается объяснение причин действий людей в условиях дефицита информации. Люди стремятся понять причины происходящего, в частности причины поступков. Знание этих причин делает ситуацию более понятной, в большей степени подконтрольной человеку, придает окружающему нас смысл [1]. Здесь просматривается некоторая связь с теориями когнитивного соответствия, в которых тоже важную роль играл именно вопрос о природе смысла. Но в данных подходах имеются и существенные отличия. Так, например, в теориях когнитивного соответствия вопрос о смысле ставится на более высоком уровне, почти философском. В атрибутивных теориях же во главе угла находится не решение проблем философского уровня, а поиск решения на уровне операциональном: выяснение, какого рода информация используется людьми при приписывании чего-либо кому-то [2]. Именно с такой позиции был изучен ставший классическим в социальной психологии эксперимент (принадлежащий области теорий когнитивного соответствия) – опыт Л. Фестингера и Дж. Карлсмит [3]. Рассматривается он в связи со следующим предположением: в описании эксперимента Фестингера в переводных учебниках по социальной психологии утверждается, что испытуемых попросили солгать или попросили сказать следующему испытуемому в коридоре, что эксперимент является интересным [1; 4–6], – эта формулировка является некорректной, потому что это была не просьба, а скрытое давление.

Авторы ряда моделей (Хайдер, Дэвис и Джонс, Келли) выдвигали различные критерии в качестве приоритетных и опорных при оценке причинности поступков, т. е. занимались рассмотрением тех факторов, которые, по их мнению, являются ключевыми при совершении каузальной атрибуции, при этом каждая последующая модель всё больше расширяла кругозор своего теоретического наблюдателя, говоря о всё более широком круге факторов, которые мы принимаем во внимание. Также были в этой облас-

ти и другие теоретики (Джонс и Нисбетт, Росс, Гринвальд), которые вместо выдвижения критериев оценки причинности поступков уделили внимание особенностям протекания процессов каузальной атрибуции и специфическим чертам, закономерностям, старались ответить на вопрос «как». Но помимо этих концепций есть также и некоторые теории, по своей первоначальной сути относящиеся к иной области, имеющие иную изначальную проблематику, однако также значимые и для каузальной атрибуции – это теории, которые могут задать атрибутивным процессам вопрос «зачем». К таким областям знания, например, можно отнести теорию самовосприятия Бема и теорию когнитивного диссонанса Фестингера.

Согласно теоретическим данным [7; 8], при наличии достаточной внешней причины человек, при объяснении причинности своего поведения, ссылается именно на внешнюю причину, так как при объяснении своих поступков ситуационная атрибуция в приоритете. Однако есть и такие данные: во-первых, при объяснении своего поведения мы стремимся сохранить позитивную Я-концепцию, вследствие чего не стремимся приписывать себе причины неблаговидных деяний и промахов [9]. И, во-вторых, при возникновении ситуации, когда у нас имеются два противоречащих друг другу знания, две когниции, находящиеся в диссонантных отношениях друг с другом, мы стремимся к уменьшению возникающего вследствие данных обстоятельств психологического дискомфорта, когнитивного диссонанса [10].

Интерес представляет поведение испытуемых в ситуации, порождающей психологический дискомфорт и содержащей явную просьбу о совершении предосудительного действия, а именно объяснение своего поведения самим испытуемым в данной ситуации, каузальные атрибуции, совершаемые участниками, согласившимися на выполнение данного предосудительного действия.

В ситуации когнитивного диссонанса человек вынужден как-то атрибутировать своё поведение, когда его мысли и установки идут вразрез с его поведением. Интерес представляет то, каким образом осуществляются атрибутивные процессы в знаменитом эксперименте Фестингера и Карлсмит [3].

Изложим вкратце суть данного эксперимента. Первый этап эксперимента: испытуемым была предложена самая скучная работа, которую удалось придумать экспериментаторам – первые полчаса нужно было загружать на поднос катушки, разгружать поднос и загружать катушки снова; вторые полчаса нужно было поворачивать 48 рычажков, каждый раз на четверть оборота. Под конец многие испытуемые уже не скрывали явной скуки. После чего начинался второй этап эксперимента – испытуемым была предложена роль ассистентов экспериментатора: находящемуся за дверью следующему потенциальному участнику было необходимо сооб-

щить, что эксперимент увлекательный. Первой группе испытуемых была предложена оплата в размере 20$, второй группе – 1$. Третий этап: по прошествии пары дней испытуемых просили рассказать, насколько им понравился эксперимент и было ли им интересно. При помощи контрольной группы было установлено, что эксперимент скучен. Испытуемые из двадцатидолларовой группы оценивали эксперимент как довольно скучный, в то время как те, кому заплатили лишь 1$ оценивали эксперимент как весьма интересный и увлекательный.

Два знания находятся в диссонантных отношениях, что вызывает дискомфорт и желание возникший диссонанс уменьшить – на данных предпосылках был построен эксперимент Фестингера и Карлсмит [3], следовательно, именно это положение теории когнитивного диссонанса интересует нас в наибольшей степени. Согласно теориям каузальной атрибуции и самоатрибуции, при объяснении причин своих поступков люди чаще используют ситуационную атрибуцию, а не личностную [5; 11]. В эксперименте Фестингера люди, получившие достаточную внешнюю причину, совершали внешнюю атрибуцию, не имевшие достаточных внешних причин – внутреннюю [12].

При изучении статьи Фестингера и Карлсмита, посвященной данному эксперименту, было обнаружено, что слово «просьба» едва ли является корректным описанием происходившей коммуникации. В любом случае, по факту, обращение экспериментатора, возможно, не является просьбой в прямом значении этого слова.

Для прояснения данного момента была смоделирована ситуация, сходная с вышеуказанным экспериментом, достаточно приближенная к описываемой в статье Фестингера и Карлсмит процедуре. Одной группе испытуемых в конце скучной работы («скучность» деятельности также была экспериментально доказана) предъявлялась прямая просьба, со всеми её атрибутами («пожалуйста», «я хочу попросить Вас» и пр.), другой же группе предъявлялось обращение, оформленное так, как формулировал Фестингер – это было скрытое влияние, в котором присутствовали элементы, такие как: ответственность испытуемого за чувства экспериментатора (нет прямой просьбы, есть лишь уведомление о том, что экспериментатору будет приятно или же будет жаль); «иллюзия свободного выбора» [13], подчеркивающая, что решение остается за человеком, что он сам определяет, как в итоге ему поступить. Для создания когнитивного диссонанса было введено противостояние двух знаний. Первым таким знанием, первой когницией стала социальная норма, гласящая, что лгать нехорошо. Вторым знанием выступило поведение испытуемых, которые, вопреки подобной норме, солгали.

Данные, полученные в ходе эксперимента, были проанализированы и подвергнуты статистической обработке, которая показала высокозначи-

мые различия между ответами групп с наличием прямой просьбы и группы со скрытым влиянием. Подтвердилась высокая значимость различий между количеством случаев квалификации просьбы и количеством случаев квалификации скрытого давления. Таким образом, правомерно будет утверждать, что влияние, оказанное Фестингером на испытуемых в ходе его эксперимента, не следует называть «просьбой», это некорректно, скорее это было некое «скрытое влияние». Полученные данные позволяют уточнить уже имеющиеся научные сведения, вносят вклад в теоретическую модель когнитивного диссонанса. Кроме того, мы имеем данные, достаточно новые и любопытные, в области атрибутивных процессов.

Список литературы

1. *Хекхаузен Х.* Мотивация и деятельность. 2-е изд. СПб.: Питер; М.: Смысл, 2003. 860 с: ил. (Серия «Мастера психологии»).
2. *Андреева Г. М.* Психология социального познания: Учеб. пособие для студентов вузов. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Аспект Пресс, 2009. 303 с.
3. *Festinger L., Carlsmith J. M.* Cognitive consequences of forced compliance // The Journal of Abnormal and Social Psychology. 1959. Vol. 58 (2). P. 203–210.
4. *Аронсон Э., Уилсон Т., Эйкерт Р.* Социальная психология. Психологические законы поведения человека в социуме. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. 560 с.
5. *Майерс Д.* Социальная психология. 7-е изд. СПб.: Питер, 2010. 794 с.: ил. (Серия «Мастера психологии»).
6. *Андреева Г. М.* Социальная психология. 5-е изд., испр. и доп. М.: Аспект Пресс, 2007. 363 с.
7. *Bem D. J.* Self-presentation theory // Berkowitz L. (ed.). Advances in experimental social psychology. N. Y.: Academic Press, 1972. Vol. 6. P. 1–62.
8. *Malley B. F.* The actor-observer asymmetry in attribution: A (surprising) meta-analysis // Psychological Bulletin. 2006. Vol. 132 (6). P. 895–919.
9. *Greenwald A. G.* The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history… // American Psychologist. 1980. No. 35. P. 603–613.
10. *Фестингер Л.* Теория когнитивного диссонанса: Пер. с англ. СПб.: Ювента, 1999. 317 с.
11. *Горбунова М. Ю.* Социальная психология. М.: Владос-Пресс, 2006. 223 с. (Краткий курс лекций для вузов).
12. *Аронсон Э.* Общественное животное. Введение в социальную психологию: Пер. с англ. 7-е изд. М.: Аспект Пресс, 1998. 517 с.
13. *Зимбардо Ф., Ляйппе М.* Социальное влияние. СПб.: Питер, 2001. 448 с.: ил. (Серия «Мастера психологии»).

ОСОБЕННОСТИ «КАРТИНЫ МИРА» ДОШКОЛЬНИКОВ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

С. В. Волкова

Куйбышевский филиал НГПУ, г. Куйбышев
s-v-volkova@list.ru

FEATURES OF THE «PICTURE OF THE WORLD» OF PRESCHOOL CHILDREN IN A DIFFICULT LIFE SITUATION

S. V. Volkova

Развитие личности определяется как внешними компонентами, а именно: врождёнными особенностями и социальной ситуацией, так и внутренними: образующимся с детского периода самоотнощением и определённым отношением к близкому окружению. Данные компоненты в сочетании с условиями психологического развития непрерывно взаимодействуют друг с другом, опосредованно образуя внутреннюю позицию личности по отношению к окружающим людям и самой себе. Представление об окружающем мире зависит от таких факторов, как – наследственность, качество и статус семьи, социальная среда. Важнейшим институтом социализации выступает семья, однако аномия её состояния на данном этапе значительно усложняет процесс усвоения ребёнком норм и ценностей современного общества.

Потребность в создании объёмной, многокомпонентной картины внешнего мира свойственна и детям, и взрослым, при этом окружающий мир становится понятным и объяснимым. Нельзя не отметить определённые разногласия в подходах определения термина «картина мира», при достаточно значимой тенденции схожести позиций исследователей. Картина мира выступает как системообразующий фактор процесса социально – психологической адаптации ребёнка к соответствующим условиям жизни, формируется с раннего детства и таким образом позволяет ориентироваться в окружающей действительности. И в трудной жизненной ситуации её участник может попытаться заменить реальный мир созданной картиной. Становление и развитие восприятия личности, а значит, и картины мира зависит от таких факторов, как семья, ближайшее и дальнее окружение, социальные институты, государственная система в различных проявлениях.

Представление о мире формируется у ребёнка с раннего возраста по мере его вхождения в среду. Дошкольное детство как значимый период относительно зарождения и формирования собственной картины мира,

особенно сенситивно к воздействию ближайшего окружения, особенно – родителей. Психологический климат в семье, внутри – и межсемейные отношения, система предлагаемых взрослыми ценностей создают неповторимый образ мира. Картина мира представлена как двойная реальность, во-первых, как собственно объективная реальность, во-вторых, как психическая модель в сознании ребёнка. Осознанное содержание наблюдаемого мира становится для него реальностью. Следующим институтом социализации представляется детское дошкольное учреждение, задача которого – представить те знания и умения, которые будут востребованы в различных видах деятельности в течение всей жизни ребёнка. Целенаправленный процесс обучения и воспитания, реализуемый в условиях дошкольного учреждения, предполагает приобретение воспитанниками необходимых знаний, умений, научение нормам и правилам поведения в обществе. Близость или совпадение предлагаемых норм с правилами родительской семьи предполагает образование и становление довольно стабильной картины окружающего социального мира у ребёнка [1]. Сопоставление норм и правил может проходить и вне организованного коллектива, и при этом существует риск недостаточности, неполноты картины мира, вплоть до её искажения. В данном случае картина мира не только удваивается, но пропорционально увеличивается в зависимости от рассогласования увиденного и интериоризируемого опыта. Увеличение количества «пробелов» в знаниях и представлениях ребёнка теоретического и практического характера обуславливают значительно выраженный субъективизм сформировавшейся картины мира. Таким образом, картина мира – это субъективное представление ребёнком объективной реальности, понятная интерпретация наблюдаемых образов, вещей и событий. Это интегративное образование, ответственное за специфику человека в процессе его бытия, то есть картина мира в течение всей жизни влияет на поступки и поведение личности в целом (А. Н. Леонтьев, В. Ф. Петренко, С. Д. Смирнов, Д. А. Леонтьев, Н. Н. Королёва).

Особую актуальность приобретает проблема формирования образа мира у ребёнка дошкольного возраста, находящегося в трудной жизненной ситуации (далее ТЖС) вследствие семейного неблагополучия, что образует специфический образ социализации, и, как следствие, создаёт и специфическую систему координат при формировании образа мира и определения своего места в нёмМожно отметить противоречие между социальной и научной значимостью складывающейся современной ситуацией, при которой расширяются границы и критерии «трудной жизненной ситуации», а также недостаточность изученности проблемы с точки зрения теории и практики. Любой человек стремится сделать окружающую действительность максимально понятной, безопасной и комфортной.

Цель работы – выявить особенности картины мира у дошкольников в трудной жизненной ситуации вследствие семейного неблагополучия.

Задачи:

1) выявить особенности картины мира у детей дошкольного возраста в трудной жизненной ситуации;

2) провести эмпирическое исследование, направленное на выявление специфики картины мира у детей из социально – неблагополучной семьи.

В качестве гипотезы выступило предположение, что у детей дошкольного возраста вследствие пребывания в условиях семейного неблагополучия, и как следствие, получение статуса «Семья в трудной жизненной ситуации», формируется дезадаптивная, или искажённая картина мира. Вероятно, что окружающий мир представляется как малопонятный, неуправляемый, не всегда подчиняемый правилам, что обуславливает нарушения в сфере коммуникации, негативное самоотношение, вплоть до депрессивности, экстернальный локус контроля. В исследовании добровольно приняли участие 40 детей дошкольного возраста (средний возраст – 6,1 года) по согласованию с родителями и законными представителями с мая по июль 2017 года. Экспериментальную группу составили дети, направленные в Муниципальное бюджетное учреждение дополнительного образования Куйбышевского района Новосибирской области детский оздоровительно-образовательный лагерь «Незабудка» специалистами социальной службы из различных районов области как члены семей, находящихся в ТЖС. Контрольную группу составили дошкольники из относительно благополучных семей, посещающие Церковно-приходскую школу имени А. И. Шкроевой города Куйбышева Новосибирской области (Детская воскресная школа). Распределение по полу примерно одинаково: 11 девочек и 9 мальчиков в экспериментальной группе, 12 девочек и 8 мальчиков – в контрольной группе. Семьи, согласно изучению документации и беседам с родителями – преимущественно многодетные, имеющие примерно одинаковый материальный уровень. Значимость дифференцировки наблюдалась в параметре – социальное неблагополучие, а именно асоциальное поведение взрослых (злоупотребление алкогольными веществами одним или обоими родителями), конфликтные отношения в семье.

Визуальное преломление картины мира во всём многообразии цвета, форм и представлений фиксируется в детском рисунке как высказывание о пережитом опыте. Связь между особенностями детского рисунка и внутрисемейными межличностными отношениями была отмечена в работах российских психологов (А. И. Захаров, В. С. Мухина, Н. Н. Кольцова). Кроме общего анализа проективного рисунка семьи были выделены такие статистического сопоставления, как – интегративность семьи, переживание эмоционального благополучия, тревожность, социальная активность семьи, открытость семейной системы.

В качестве диагностического инструментария выступили: методика «Рисунок семьи» (Г. Т. Хоментаускаса, А. И. Захарова), «Четыре картинки» Е. Е. Кравцовой, «Портреты» С. А. Будасси (модификация О. А. Белобрыкиной), методика «Треугольник» (О. А. Белобрыкиной). Инструкция методики «Картина мира» О. В. Потёмкиной, Е. С. Романовой была не совсем понятна детям младшего возраста, поэтому из анализа её данные были исключены. Предлагаемые детям диагностические методики являются проективными, что, во-первых, обусловлено возрастом испытуемых, во-вторых, стремлением минимизировать возможные негативные переживания, которые могут быть актуализированы в процессе диагностики. Достоверность полученных результатов обеспечивается автоматическим расчётом метода математической статистики *t*-критерия Стьюдента для независимых равнозначных выборок, направленного на выявление различий средних значений. Чтобы определить достоверность различий, был использован критерий φ^* – углового преобразования Фишера. Полученные в результате применения методов атематической статистики данные методики «Рисунок семьи» представлен в таблице.

Результаты сопоставления данных методики «Рисунок семьи» по критерию углового преобразования Фишера

№	Критерий	*X*	*Y*	φ
1	Интегративность	8	17	3,09 **
2	Эмоциональное благополучие / неблагополучие	4	13	2,99 **
3	Социальная активность семьи	11	17	2,14 **
4	Значимые взрослые	14 – мама	6 – мама	2,264 **
		6 – папа	14 – папа	2,264 **
5	Тревожность	13	12	0,33

$$\varphi^* = \begin{cases} 1,64 & \text{для} \quad P \le 0,05^*, \\ 2,31 & \text{для} \quad P \le 0,01^{**}, \end{cases}$$

где *X* – экспериментальная группа, *Y* – контрольная группа.

Таким образом, у детей экспериментальной группы выявлены статистически достоверно более низкие значения по выделенным критериям, за исключением такого параметра, как тревожность. Дети дошкольного возраста *X*-группы оценивают уровень единства и сплочённости семьи гораздо ниже, чем дошкольники контрольной группы. В соответствии с этим, наблюдаются различия в оценке эмоционального благополучия

в различных по статусу семьях. Тревожность свойственна примерно одинаковому количеству испытуемых.

Обращает внимание выбор значимого взрослого в различных группах, причём половая принадлежность не имеет ведущего значения: для дошкольников экспериментальной группы значимой фигурой ближайшего окружения является мама, для детей *У*-группы значимым членом семьи является папа. Можно предположить, что это связано с неготовностью ребёнка к решению задач развития на данном временном этапе развития, а также продолжением симбиотической связи с матерью, размытостью представлений о мужской роли. Мама продолжает и в семье, оказавшейся в трудной жизненной ситуации, оказывать детям эмоциональную поддержку, тогда как функции отца, а именно формирование автономности, инициативности, самостоятельности у ребёнка, не выполняются на достаточном уровне. Базовая потребность детей в ощущении защищённости, не удовлетворяется, вместо этого ребёнок получает опыт раннего отвержения, вплоть до депривации. И дошкольник стремится к получению постоянной эмоциональной поддержки в первую очередь от матери. Анализ типологии представленных фигур также позволяет заметить, что самой значимой фигурой выступает изображение матери, даже в случае ограничения в родительских правах, алкоголизации, невыполнения реальной заботы и поддержки. В данной группе фигура отца является номинальной. Отсутствие чувства защищённости не позволяет достаточно полно развиться инициативе у ребёнка. Отсутствие семейной стабильности, неблагоприятная психологическая атмосфера порождают такой комплекс негативных проявлений, как чувство заброшенности, ощущение собственной никчемности, покинутости, отсутствие жизненных целей, пассивность, ведомость, чрезмерная зависимость от других. Эта совокупность определяет нестабильность, размыто угрожающую картину мира.

В то же время дети контрольной группы вышли на уровень решения психосоциальных задач развития, фигура отца значима для них.

Анализ результатов методики «Треугольник»: не обнаружено значимых различий по отношению к взрослым и сверстникам у детей групп *X* и *Y*: родители выступают как значимые лица ближайшего окружения. Но уровень социально защищённости (согласно включенности в треугольник) в *Y*-группе значимо выше, т. е. родители обеспечивают детям чувство необходимой безопасности, включенность в социум.

С целью выявления уровня сформированности позиции «децентрация» и направленности локуса контроля использована методика Е. Е. Кравцовой. Значительная часть ответов дошкольников *X*-группы относится к группе реакций первого типа, что соответствует экстернальному локусу контроля, преобладанию мотива избегания неудачи, несформированности позиции «децентрация». Большинство ответов детей *Y*-группы соответст-

вует стадии становления децентрации, преобладающим выступает мотив достижения успеха. В группе детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, формируется типаж ребёнка, переживающего чувство собственной никчёмности, и при этом ответственным за все негативные жизненные события, что соответствует заниженному уровню самооценки.

Выводы

1. Проведённое исследование позволило выявить: семья воспринимается детьми в ТЖС как источник опасности, ненадёжности, как следствие, окружающий мир воспринимается как враждебный, непонятный. Дети не чувствуют себя защищёнными, «востребованными» в социуме, при этом высок риск формирования экстернального локуса контроля, самообвинительного реагирования. Собственное «Я» воспринимает с негативной стороны, что обуславливает низкий уровень самопринятия, снижение уровня самооценки. Позиция децетрации формируется с задержкой, что сочетается с инфантильностью, склонностью к избеганию неуспеха.

2. Дети дошкольного возраста, находящиеся в ТЖС, не готовы к решению задач индивидуального развития, социально-психологические особенности данного возрастного периода развиваются по негативному сценарию, что связано с искажённой картиной мира.

Познание мира подразумевает осмысление и того уровня, которое занимает в нём человек. Благодаря формированию картины мира ребёнок занимает определённое место в собственном мире и окружающей Вселенной, что позволяет ему ориентироваться в жизненном потоке. При этом исследование влияния факта трудной жизненной ситуации на процесс становления картины мира личности подразумевает организацию системной практической деятельности по развитию и воспитанию ребёнка.

Список литературы

1. *Абраменкова В. В.* Социальная психология детства: развитие отношений ребёнка в детской субкультуре. М: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2000. 416 с.

ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК МЕХАНИЗМ СИСТЕМЫ САМОРЕГУЛЯЦИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГОВ

Б. А. Гунзунова

Бурятский государственный университет, г. Улан-Удэ
balzhimag@mail.ru

PROTECTIVE-CONDUCTING BEHAVIOR AS THE MECHANISM OF THE SELF-REGULATION SYSTEM IN THE PROFESSIONAL ACTIVITY OF TEACHERS

B. A. Gunzunova

Хроническая эмоциональная насыщенность профессии педагога требует наличия больших ресурсов саморегуляции и является повышенной нагрузкой на защитно-совладающее поведение. Учитывая эмоционально насыщенную специфику многомерной профессиональной педагогической деятельности, наряду с личностным, деятельностным, коммуникативным компонентами структуры педагогического труда необходимо дополнить еще одним, эмоциональным компонентом. Как отмечает О. В. Ширманова (2002), и сегодня будущего педагога специально не готовят к возможной эмоциональной перегрузке, целенаправленно у него не формируют соответствующих знаний, умений, личностных качеств, необходимых для минимизации и преодоления эмоциональных трудностей профессии [1]. Вместе с тем проблема эмоциональной регуляции напряженной деятельности, саморегуляции эмоциональных состояний становится тем необходимым качеством, без которого невозможно успешное осуществление педагогом своих функций.

Поэтому она должна сознательно формироваться педагогом как условие повышения эффективности его действий. Важным фактором формирования эмоциональной регуляции поведения учителя является педагогический опыт, под влиянием которого формируются определенные звенья этого механизма, связанные с защитно-совладающим поведением и его ресурсами.

В контексте нашей работы мы предположили, что определяющими в развитии эффективного стиля саморегуляции педагогов является защитно-совладающее поведение, включающее в себя механизмы психологических защит и стратегии совладания, одно из важных интегративных личностных образований, детерминированным характером субъект-субъектных отношений. В последнее десятилетие возрос научный интерес

к проблеме защитно-совладающего поведения в педагогической деятельности [2; 3], вместе с тем ряд вопросов здесь остается малоизученным. Нет единого подхода к диагностике защитно-совладающего поведения в педагогической деятельности; отсутствуют теоретические аспекты изучения защитно-совладающего поведения как механизма саморегуляции.

Такое положение связано, по мнению В. И. Моросановой, не только с методологическими и теоретическими, но в первую очередь с методическими трудностями исследования бессознательного. Поэтому выбор внутриличностных защит как предмета исследования в контексте данной проблемы определяется во многом и тем, что они являются (в отличие от большинства структур бессознательного) доступными наблюдению (при помощи соответствующих проективных методов) проявлениями бессознательной сферы личностной организации человека, влияющими на индивидуальные особенности осознаваемой регуляции достижения целей. Кроме того, защитные механизмы являются динамическим компонентом личностного содержания, что напрямую соотносится с процессуальными особенностями функционального аспекта саморегуляции [4].

Для оценки уровня психической саморегуляции использовался опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ) В. И. Моросановой (1998), для изучения механизмов психологической защиты педагогов применялся опросник «Индекс жизненного стиля» (LSI) Г. Келлермана и Р. Плутчика. Анализ результатов базисных копинг-стратегий в профессиональном поведении педагогов проводился по субшкалам опросника «Индикатор копинг-стратегий» («CSI») Дж. Амирхана. Статистическая обработка полученных в исследовании данных проводилась с использованием пакета программ SPSS 23.0.

Таким образом, особый интерес представляет изучение защитно-совладающего поведения у педагогических работников как одного из механизмов саморегуляции, включающегося в более широкую структуру регулятивного процесса, наряду с контролем поведения и психологической защитой. Кроме того, механизмы психологической защиты и копинг-ресурсы являются динамическим компонентом личностного содержания, что напрямую соотносится с процессуальными особенностями функционального аспекта саморегуляции.

При помощи факторного анализа методом главных компонент, после варимакс-вращения были выявлены показатели защитно-совладающего поведения как механизмов саморегуляции в эмпирической и контрольной группах. Факторный анализ позволяет за множеством отдельных разрозненных характеристик увидеть латентные факторы, скрытые от непосредственного наблюдения, но при этом детерминирующие изучаемые явления.

Для всей эмпирической выборки факторное решение было получено в результате варимакс-вращения после 9 итераций. В результате были выделены семь факторов, объясняющих около 70 % суммарной дисперсии (см. таблицу).

Факторная структура саморегуляции
и защитно-совладающего поведения у педагогов

Переменные	Факторные нагрузки						
	1	2	3	4	5	6	7
Общий уровень саморегуляции	0,903						
Планирование	0,700						
Моделирование	0,660						
Оценивание результатов	0,635						
Гибкость	0,616						
Программирование	0,585						
Замещение		0,687					
Социальная поддержка		0,673					
Компенсация			–0,734				
Избегание			0,601	–0,531			
Вытеснение			0,516				
Разрешение проблемы				0,860			
Интеллектуализация					0,757		
Самостоятельность					0,695		
Регрессия						0,812	
Проекция						0,650	
Отрицание							–0,768
Реактивные образования		–0,407					0,575

Первый фактор, условно названный «Индивидуальный профиль саморегуляции», нагружен структурными элементами системы саморегуляции: «общий уровень саморегуляции» (0,903), «планирование» (0,700), «моделирование» (0,660), «оценка результатов» (0,635), «программирование» (0,585), «гибкость» (0,616). Интегральной характеристикой саморегуляции является общий уровень или степень осознанной саморегуляции, которая отражает актуальные возможности субъекта педагогической деятельности осознанно и инициативно управлять эмоциональным состоянием. Структурными элементами анализа системы саморегуляции педагогических работников являются индивидуально-типические или стилевые особенности саморегуляции, включающие два уровня звеньев регуляции: индивидуальные особенности регуляторных процессов, реализующих основные звенья системы саморегулирования, таких как планирование, моделирование, программирование и оценка результатов. Основные линии индивидуальных различий заключаются в различной развитости этих процессов или в различиях индивидуального «профиля» регуляции; стилевые особенности, которые характеризуют функционирование всех звеньев системы саморегуляции и являются одновременно регуляторно-личностными свойствами (например, самостоятельность, надежность, гибкость, инициативность) [1].

Во второй фактор «Фактор влияния механизмов защит на копинг-стратегию «социальная поддержка», вошли следующие показатели: «замещение» (0,687), «социальная поддержка» (0,673) и «реактивные образования» с отрицательной факторной нагрузкой (–0,407). Фактор отражает наличие прямой связи незрелого, дезадаптивного механизма защиты «замещение» и активной копинг-стратегии «социальная поддержка», и обратной связи между использованием конструктивной копинг-стратегии и зрелой психологической защиты – «реактивного образования» у педагогов.

В третий фактор, под условным названием «Фактор влияния механизмов психологических защит на копинг-стратегию «избегание», вошли следующие переменные: «компенсация» (–0,734), «избегание» (0,601), «вытеснение» (0,516). Фактор показывает преобладающее влияние защитных механизмов на копинг-стратегию «избегание», которую можно охарактеризовать как пассивный способ решения жизненных ситуаций. С помощью механизмов психологической защиты происходит решение конфликтных и стрессогенных ситуаций, но преобладание неадаптивных защит позволяет адаптироваться к социальной среде только с одной стороны, не задействуя другие адаптивные механизмы, что позволяет присвоить данному фактору статус малоэффективного.

Четвертый фактор «Копинг-поведение» составили следующие переменные: «разрешение проблемы» (0,860) и «избегание» (–0,531) с отрицательной факторной нагрузкой Данные стратегии наблюдаются

в эмпирической группе как в структуре конструктивного копинга, так и неконструктивного копинга. Это обстоятельство и обусловило четкое разграничение совладающего поведения в рамках проведенной факторизации переменных, репрезентирующего значительную выраженность конструктивного «разрешения проблемы» при снижении пассивного «избегания» [5].

В пятый фактор «Фактор действия звеньев саморегуляции на механизм психологической защиты «интеллектуализация» вошли показатели: «самостоятельность» (0,695), «интеллектуализация» (0,757). Фактор отражает наличие прямой связи регуляторно-личностного свойства «самостоятельности» и зрелого адаптивного защитного механизма «интеллектуализация», характеризующее слишком «умственное» переживание ситуации.

Шестой фактор и седьмой факторы можно объединить под названием «Фактор напряженности защит», который включает в себя следующие параметры: «степень напряженности» всех защит педагогов, дезадаптивных незрелых защит – «регрессия» (0,812), «проекция» (0,650), «отрицание» с обратным знаком (–0,768) и адаптивного механизма «реактивного образования» (0,575). В факторе присутствует стремление к переносу нежелательных стремлений на других людей, а также отрицание определенных аспектов реальности или собственной личности. Примитивные эго-защиты – «регрессия» и «проекция» у педагогов хотя и находятся на последних местах в общей системе психологических защит, но, тем не менее, используются. Интенсивное использование указанных защит педагогами может отрицательно повлиять на эффективность профессиональной деятельности.

Таким образом, в результате проведения факторного анализа выявлена структура защитно-совладающего поведения как механизма системы саморегуляции в профессиональной деятельности педагогов. Интерпретируя особенности данной структуры, можно сделать следующие выводы. У педагогов выявлена определенная напряженность как защитной системы личности, так и совладающего поведения, с которыми эта система связана. Выявленные защитно-совладающие паттерны детерминируют специфику функциональных особенностей «регуляторного профиля» субъекта педагогической деятельности, обеспечивая эффективный или неустойчивый стили саморегуляции.

Список литературы

1. *Гунзунова Б. А.* Личностная детерминация индивидуальной системы саморегуляции у различных категорий педагогов // Вестн. Бурят. гос. ун-та. 2016. №. 4. С. 172–179.

2. *Колесникова Е. И.* Личностные и ценностные аспекты саморегуляции субъектов образовательного процесса в вузе // Вестн. Самар. гуманитарной академии. Серия: Психология. 2012. № 1 С. 10–26.

3. *Корытова Г. С.* Защитно-совладающее поведение субъекта в профессиональной педагогической деятельности: Дис. … д-ра психол. наук / Иркут. гос. ун-т. Иркутск, 2007. 528 с.

4. *Моросанова В. И.* Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека // Психологический журнал. 2002. Т. 23, № 6. С. 5–17.

5. *Гунзунова Б. А.* Особенности копинг-поведения педагогических работников // Евразийская парадигма России: ценности, идеи, практика. Улан-Удэ, 2015. С. 183–185.

О НЕОКАТАРСИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ МУЗЫКИ НА СОЗНАНИЕ ЧЕЛОВЕКА (НА ПРИМЕРЕ СОЧИНЕНИЙ Г. УСТВОЛЬСКОЙ)

Е. С. Гусева

Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск
h2q@ngs.ru

ON THE NEOCATHARTIC IMPACT OF MUSIC ON HUMAN CONSCIOUSNESS (BY THE CASE OF COMPOSITIONS OF G. USTVOLSKAYA)

E. S. Guseva

Ты понял, в тебе произошло изменение, произошел катарсис…

М. Мамардашвили

В современном искусствознании и, в частности, работах по музыкальной психологии, довольно распространенным является мнение о том, что произведения так называемой «высокой» («серьезной», классической) способны оказывать благотворное и катарсическое воздействие на человека. Такому действию зачастую отказано произведениям поп-, рок-музыки, джазу. Влияние этого жанрового пласта на психофизиологию, интеллект и мировоззрение часто оценивается как негативное, и даже как антикатарсическое, например, в исследованиях В. Е. Семенова [1; 2]. Интересно, что ученый указывает на деструктивное воздействие не только произведений массового искусства XX века, но и авангардистского, причем, как в эмоциональном аспекте (вызывает «состояние угнетенности, униженности, страха… агрессивности»), так и в эстетическом («выражает чувство дисгармонии, хаоса, безобразия), а также в этическом плане («порождает антигуманные чувства, отчужденность, агрессивность») (см. об этом: [1].

Избегая столь крайних и однозначных оценочных суждений, выскажем с целью подведения к проблеме катарсического воздействия искусства музыки Г. Уствольской, в которой авангардистское начало (в системе музыкального языка и художественной образности) является ярко выраженным, три наблюдения.

Первое. Важно понимать, что воздействие искусства всегда глубоко индивидуально, а произведения, несущие в себе огромный катарсический

потенциал, вовсе не обязательно могут оказывать катарсическое, преображающее воздействие. В связи с этим уместно будет вспомнить слова Л. С. Выготского о том, что воздействие искусства «может привести к совершенно различным результатам и последствиям» [3. С. 275]. «Как нож и как всякое другое орудие, – поясняет ученый, – оно само по себе не хорошо и не дурно, или, вернее сказать, заключает в себе огромные возможности и дурного и хорошего…» [3. С. 275].

В этом плане интересно исследование Е. И. Леер, в котором с помощью метода нелинейной стохастической кардиоинтервалометрии было выявлено позитивное воздействие рок- и хаус- музыки, а именно, оптимизация у мальчиков и юношей сенсорно-перцептивных процессов, в отличие от девочек и девушек, которых оптимизирует духовные песнопения и классическая музыка [4. С. 168] [1].

Второе. Также важно понимать значимую роль эмоций страха в классическом катарсисе, эстетическое воздействие которых и их проживание, наряду с состраданием, определяет механизм катарсического «очищения» в психоэмоцинальной сфере. Напомним, что аристотелевском понимании катарсис есть очищение души на некоторое время от сильных эмоциональных аффектов «посредством сострадания и страха» (Аристотель [6. С. 1072]), и связан он связан с распознаванием (осознаванием) аффектов.

Третье. Катарсис как эффект воздействия не обязательно может быть связан с действием на психоэмоциональную сферу, он может затрагивать и сферу сознания и мышления. Вовсе не случайно Г. Г. Шпет рассматривает катарсис как «доведение противоречия до сознания» (курсив наш. – *Е. Г.*) (цит. по: [7]), а М. Н. Эпштейн пишет о катарсисе мышления [8. С. 86], об интеллектуальном катарисисе (см.: [9]).

Цель статьи. В контексте проблемы катарсического воздействия искусства весьма интересной представляется музыка Г. Уствольской, значимую роль в которой играет негативная образная сфера, сопряженная с трагическим началом. Именно эта сфера является «камнем преткновения» для слушательского сознания, порождая различные в содержательном и аксиологическом плане толкования. Нам хотелось бы показать, опираясь на вербально выраженную рефлексию слушателей (в том числе, исполнителей, композиторов и музыковедов), как по-разному и почему по-разному могут

---

[1] Интересны и такие результаты работы исследовательницы: «…достоверно более высокие показатели общего и невербального интеллектуального развития отмечаются у юношей, предпочитающих рок- и хаус-музыку и у девушек, предпочитающих классическую музыку и духовное песнопение» [4. С. 167]; «… юноши, предпочитающие классическую музыку и духовное песнопение, равно как и девушки, отдавшие свои предпочтения рок- и хаус-музыке, характеризуюся более низкими показателями интеллектуального развития в сочетании с эмоционально-личностными проблемами [5. С. 168–169].

восприниматься и пониматься сочинения композитора, воздействуя на слушателей негативным образом (на уровне психоэмоциональных переживаний), либо как исцеляющие сознание человека. Также нам хотелось бы показать, при каких условиях возможно катарсическое воздействие музыки Г. Уствольской на сознание человека в такой его форме как этический неокатарсис (подробно о нем будет сказано далее).

Начнем с указания на то, что сам технический план содержания произведений Г. Уствольской, т. е. система музыкально-выразительных средств, используемых композитором, может проблематизировать катарсическое воздействие ее музыки. Это и провокативная неэстетичность музыкальных звучностей с повышенной звуковой диссонантностью музыкальной ткани (что, в отличие от консонансов, вряд ли воздействуют благоприятным образом на психофизиологию человека), значимая роль кластерной техники, повышенный уровень громкостной динамики (ffff, fffff).

Названные средства могут эпатировать и шокировать своим звучанием слушателей, вызывая подчас вызывать эмоционально отторгающую реакцию в виде оценки «это – не музыка». При каком условии? Назовем самое очевидное: если слушательское сознание в ценностно-мировоззренческом и эстетическом плане ориентировано на музыкально-языковые нормы классико-романтической музыки. В этом случае музыка Г. Уствольской – а ее стиль не случайно характеризуется как «крайняя точка авангарда», и как «предел, за которым искусство смыскается с неискусством» [2] – может небезосновательно восприниматься, например, как «диссонанс от начала до конца» и как разрушительная и иконоборческая музыка [3]. Не удивительно, что в дискуссиях об академической музыке (на интернет-форумах) можно встретить высказывания, свидетельствующие об антикатарсическом действии музыки Г. Уствольской на психофизиологию человека4.

Однако «камнем преткновения» для слушательского сознания может выступать и художественный план содержания сочинений Г. Уствольской, в особенности, сфера негативной образности, которая играет значимую роль в художественном мире композитора. Так, негативная образность обычно интерпретируется исследовательским сознанием как образы зла, состояния страха (Е. Б. Борисова [13. С. 45], ужаса и отчаяния (И. Г. Райскин [14]), «страшные эмоции» (С. Бокман, цит. по: [15]). Приведем еще несколько выразительных высказываний музыковедов. О. И. Гладкова пишет: «Темные лабиринты звукового мира Уствольской страшны безысходной тупиковостью» [11. С. 147]. В таком же ключе исследовательница

---

[2] См. об этом: [10. С. 105].

[3] Из отзывов американских критиков на музыку Г. Уствольской (см. об этом: [11. С. 106])].

[4] См., например: [12].

характеризует, в частности, художественную образность финала Октета для двух гобоев, четырёх скрипок, литавр и фортепиано Г. Уствольской, выразительно описывая «сухие, зловещие кластеры» и семь «стучащих ударов, гнетущих и страшных, проникающих в мозг» [11. С. 57–58]. Сходным образом характеризует образное содержание фортепианных сонат № 5 и 6 В. Н. Холопова, отмечая, что они «полны мрачной давящей силы, выражающей негативное начало жизни, зло» [16. С. 187]. Как «творчество абсолютной безысходности» характеризует музыку композитора С. Бокман (см. об этом: [17].

Как видно из приведенных высказываний, негативная образность в произведениях Г. Уствольской часто воспринимается и интерпретируется слушательским сознанием в эмоционально-психологическом ключе. Это во многом определяет аксиологическую ее оценку как музыки трагически-безысходной.

Может показаться, что подобное восприятие и понимание музыки Г. Уствольской, в том числе, восприятие обыденным слушательским сознанием по горизонтальной оси эмоционального содержания, а также условно-рефлекторным способом [5], несколько проблематизирует эффект катарсического воздействия (в классическом его понимании) сочинений композитора. Однако если принять во внимание значимую роль эмоций страха в осуществлении катарсической реакции, а также высказанное Л. С. Выготским в работе «Психология искусства» положение о том, что действие искусства определяется далеко не только механизмом заражения эмоциями, но и их преобразованием в содержании произведения искусства, то в совокупности это вовсе не исключает возможность эстетического катарсиса. Процитируем исследователя: «Если бы стихотворение о грусти, – пишет Л. С. Выготский, – не имело никакой другой задачи, как заразить нас авторской грустью, это было бы очень грустно для искусства. Чудо искусства скорее напоминает другое евангельское чудо – претворение воды в вино, и настоящая природа искусства всегда несет в себе нечто претворяющее, преодолевающее обыкновенное чувство, и тот же самый страх, и та же самая боль, и то же волнение, когда они вызываются искусством, заключают в себе еще нечто сверх того, что в них содержится.

[5] Говоря об условно-рефлекторном способе восприятия, мы исходим из классификации способов восприятия искусства, предложенной В. И. Кузиным. Упорядочивая их по степени сознательной активности воспринимающего, ученый выделяет два способа и один промежуточный вариант: 1) безусловно-рефлекторный способ восприятия (сознательная активность минимальна); 2) рефлексивный, когда эффект воздействия возникает вследствие осознанных действий воспринимающего; 3) условно-рефлекторный, при котором переживания, испытываемые при восприятии произведений тождественны жизненным, житейским переживаниями (см. об этом подробнее: [18. С. 4–35]).

И это нечто преодолевает эти чувства, просветляет их, претворяет их воду в вино, и таким образом осуществляется самое важное назначение искусства» [3. С. 259].

Продолжая теоретические рассуждения, укажем, что, наряду с эстетическим катарсисом нельзя исключить возможность несколько иного механизма катарсического воздействия музыки Г. Уствольской – «резонансного» психоэмоционального катарсиса, сходного с аристотелевским, то есть, реакцию по принципу «подобное вытесняется подобным», когда в процессе переживания негативных эмоций происходит их высвобождение («сжигание»), но не их подавление, в результате чего слушатель может испытывать на некоторое время состояние эмоционального очищения. Заметим, в таком механизме есть определенное сходство с катарсическим методом в психоанализе З. Фрейда.

В практическом плане в контексте проблемы катарсического воздействия музыки Г. Уствольской любопытным представляется то, катарсическую реакцию может проблематизировать не только технический план содержания сочинений композитора (о чем было сказано в начале статьи), и не столько сама сфера негативной образности, но и акцентирование слушательского внимания на волевом (позитивном) начале, ярко заявленном в художественном мире Г. Уствольской, и прочитывающимся при рефлексивном способе восприятия. Так, например, Г. Чередниченко, характеризуя художественное пространство сочинений композитора как ухваченное «в грандиозном стремлении к самоопреодолению», отмечает следующее: «Но расслабляющий катарсис, сопутствующий достижению цели, не наступает» [19].

И действительно, прослушивание сочинений Г. Уствольской (например, Композиции № 1, фортепианной сонаты № 6, симфоний № 2, 3, 4, 5) вряд ли может дать опыт «расслабляющиго катарсиса». На наш взгляд, воздействие музыкальных произведений композитора связано с иной формой катарсической реакции – с так называемым «неокатарсисом», который, по объяснению М. О. Переясловой, использующей это понятие для характеристики воздействия русской прозы на читателей, «несет не безусловное обретение гармонии и ясности, но неустранимый порыв к их достижению», и который есть «катарсис будоражащий, тревожащий, не дающий умиротворения» [20. С. 8].

Подчеркнем, что неокатрасис как эффект воздействия, будучи производным от классического катарсиса и являясь одной из его форм, способен дать не столько психоэмоциональное очищение и просветление в результате разрядки аффектов, сколько ментальное и духовное прозрение, имеет этическую окрашенность, а значит, способен влиять на сознание человека.

Для нас очевидно, что одним из важнейших условий для эффекта неокатарсиса, наряду с психоэмоциональным восприятием и таковым же переживанием художественного содержания произведений искусства (что актуально для условно-рефлекторного способа, удваивающего обыденные, житейские эмоции), является их осознанное отрефлексирование и осмысление как в эстетическом, так и в ключе. Это становится возможным при рефлексивном способе восприятия.

В связи со сказанным чрезвычайно важно сказать о том, что сама музыка Г. Устольской, онтологической модальностью которой является духовное содержание, а методом и стилем – духовный реализм [6], запечатлевает не столько действие эмоций, сколько действие духовных сил в человеке. Отличаясь высокой степенью рефлексивности, музыка композитора, ценностно-смысловым содержанием которой является экзистирование о подлинном и неподлинном существовании человека, апеллирует к рефлексивному способу восприятия. Интересно, что сама Г. Уствольская, осознавала, что ее музыку «очень трудно понимать» [21], и подчеркивала следующее: «Если я всю себя, все свои силы вкладываю в свои сочинения, то и слушать меня надо по-новому, тоже вкладывая свои силы!» [22].

В целях подтверждения возможности неокатарсической реакции в музыке Г. Уствольской, обратимся к конкретным ее произведениям, например, к Сонате № 6 (1988 г.), осмысливая художественный план ее содержания в аспекте внутритекстового смыслопостроения и в аксиологическом ключе духовного реализма как метода и стиля Г. Уствольской, акцентируя при этом внимание на некоторых особенностях их структурно-смысловой организации и особенностях смысловосприятия.

Музыкальный текст этой сонаты выстраивается на бинарном разновременном противопоставлении двух тематических разделов: «консонантном» (в нем господствуют подчеркнуто «выпрямленные» гаммообразные мелодические линии) и «диссонантном» (он основан на хроматических кластерных многозвучностях, исполняемых локтями и кулаком).

Отметим ценностную неоднозначность консонантной сферы. Так, в самом столкновении консонантных и диссонантных образных сфер настораживает утрированная, буквально «кричащая» консонантность первого раздела. В подчеркнутой «белоклавишной» диатоничности звучания гаммообразных пассажей (первая тематическая линия), если учесть созна-

---

[6] Определяя метод и стиль Г. Уствольской как духовный реализм, и заимствуя это понятие из современного литературоведения, поясним, что под ним мы понимаем, в отличие от стиля реализма как натуралистичности изображения видимого мира, реалистичность в выражении внутренней субъективно проживаемой и рефлексируемой человеком духовной реальности, реальности его внутреннего бытия, связанных с экзистенциальными переживаниями и с осмыслением вопросов подлинности и неподлинности личностного существования.

тельную «перпендикулярность» музыкального языка и мышления Г. Уствольской нормам советской официальной музыкальной эстетики, можно услышать своего рода пародию на музыкально-языковые стереотипы советской массовой культуры, «выпрямляющей» сознание «человека общественного» [7].

Образно-смысловая неоднозначность ощущается также и во втором тематическом разделе. Это качество отчетливо проявляется в драматическом кульминационном разделе сонаты. Он выстраивается на длительно выдерживаемом исступленном скандировании «зловещих» кластеров на пределе максимальной громкости. Однако в этой исступленной агрессии кластерных звучностей явно слышима связь с семантикой набатной колокольности, что перекрашивает негативную образность (образы зла и отчаяния) в трагедийно-апокалиптические тона. В предельной диссонантности можно также услышать мощный волевой напор, несущий в себе чувство протеста.

Важно сказать о том, что смысловое ядро Сонаты № 6, как и многих других сочинений композитора, прочитываемое в вертикальном измерении духовного реализма, образуют сопряженные между собою такие экзистенциальные антиномии, как «отчаяние – надежда», «противление несвободе – устремление к духовной свободе».

Интересно, что смысловые коннотации темы духовной свободы, содержащиеся в музыкальных текстах Г. Уствольской (кроме Сонаты № 6 назовем, к примеру, Сонаты № 3, № 5, Двенадцать фортепианных прелюдий), прочитываются и рядом других исследователей и музыкантов. Так, Т. В. Чередниченко (в аспекте восприятия музыки композитора) пишет об ощущении «разрывания оков» [19], а пианист Масаюки Ясухара отмечает, что в сочинениях Г. Уствольской «присутствует стремление к свободе» [24. С. 106].

Укажем, что в аспекте смысловосприятия нельзя исключить и социально-идеологическую подоплёку художественного содержания негативной образности в музыке Г. Уствольской, особенно если учесть драматизм социокультурной ситуации, в контексте которой создавались сочинения Г. Уствольской. В этом внешнем контексте так ясно слышимые в Сонате № 6 образы зла и отчаяния оказываются связанными с выражением чувства протеста против творимого в стране социально-политического ужаса [8].

---

[7] Не случайно Е. Налимова в своей диссертации, посвященной творчеству Г. Уствольской, рассматривает ее музыку «как форму сопротивления советской музыкальной традиции и общепринятым формам выражения» [23. P. 108].

[8] Так, И. А. Лихачев по поводу Октета Г. Уствольской высказал следующее впечатление: «Это мог написать только тот, кто был с нами в проклятых лагерях, на лесоповале» (цит. по: [25. С. 6]). В схожем ценностно-смысловом плане интерпретирует содержание фортепианной музыки Г. Уствольской исполнительница

Обратим внимание, что приведенные выше интерпретации содержания музыки Г. Уствольской, независимо от содержательных различий, свидетельствуют о способности образно-смыслового содержания сочинений композитора оказывать будоражащее действие на сознание человека, включать механизм рефлексии, апеллировать к этическому осмыслению мира. Именно этой своей способностью музыка Г. Уствольской, и в частности Соната № 6, обусловливает неокатарсическое воздействие на сознание человека.

В качестве еще одного подтверждения способности музыкальных сочинений Г. Уствольской оказывать неокатарсический эффект на сознание слушателей, обратимся к Композиции № 1, имеющей название «Dona nobis pacem» – «Даруй нам мир» (1971 г.). Абсурдизм музыкального звучания этого сочинения, например «мышиный писк» флейты и «квакающие звуки» тубы (В. Суслин [27. С. 146]), никак не соотносимые с заявленным автором религиозным названием, может шокировать слушательское сознание.

В аспекте художественного восприятия (суть рефлексивном способе восприятия), и при восприятии в аксиологическом измерении духовного реализма, образную сферу Композиции № 1 в ценностно-символическом плане можно интерпретировать как взаимодействие оппозиций «абсурдное – осмысленное», «неподлинное – подлинное».

Отметим, что в этом сочинении, как и в других инструментальных произведениях композитора (например, в симфониях) происходит парадоксальное сцепление внешней неэстетичности с этическим звучанием художественного смысла. Данное качество в целом присуще художественной образности современного искусства. Вспомним, например, оперу А. Шнитке «Жизнь с идиотом» (в осное ее либретто лежит одноименный рассказ Вик. Ерофеева), в которой «испытание ужасом» (В. Ерофеев [28]) ее сценического действия в этическом плане оборачивается испытанием на человечность.

Нам видится, что образно-смысловое содержание Композиции № 1 побуждает к экзистенциальной рефлексии, к осознанию мира с себя в этом мире. Это подтверждает, в частности, композиторская рефлексия В. Суслина, связанная с осмыслением и переосмыслением образов зловещего, абсурдного цирка как образов зла и хаоса, которые царят в мире (см. об этом подробнее [27]).

Таким образом, в Композиции № 1 заложен потенциал неокатарсического воздействия на сознание слушателей. Однако если учесть эпатажный характер музыкального звучания этого сочинения, а также важную смыс-

---

Е. Г. Пупкова: «Более мрачной и безысходной музыки я никогда не играла. Я вижу в ее музыке концентрационные лагеря и слышу вопли жертв» [26].

лообразующую роль оппозиции «абсурдное – осмысленное», то можно увидеть, что своим содержанием это произведение, при условии рефлексивного восприятия, обусловливает возможность и несколько иной формы катарсической реакции, связанной с так называемым негативным катарсисом.

Поясним, что под негативный катарсисом Ф. А. Пономарев, использующий его для типологии катарсических эффектов в русской прозе, понимает «катарсис от противного, который рождается… в глубоком несовпадении мира художественного и мира реального», вызывающий «ужасание», что «может заставить читателя пережить очищение и оптимистично воспринимать реальность» [29. С. 22]. Формулой его действия является «очищение посредством страха через абсурд» [29. С. 24], «очищение абсурдом» (как, например, в произведениях Мамлеева, Пелевина и других современных писателей).

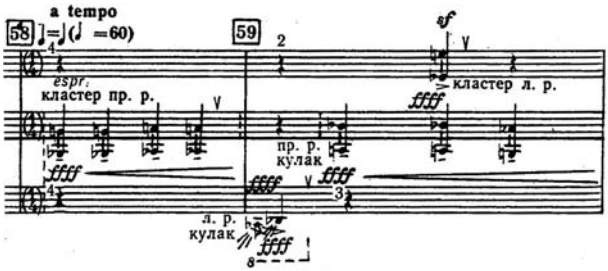
Продолжая рассуждения и наблюдения, укажем на то, что в сочинениях Г. Уствольской предпосылки к неокатарсическому воздействию прослеживаются и на уровне внутритекстового смыслообразования, например, в симфониях № 2, 4, 5, заложены в саму композиционную их структуру, в художественную логику этих произведений, которую можно назвать «логикой преображения» негативной образности. Проявляется эта закономерность в том, что в текстах названных произведений в процессе антиномичного взаимодействия двух образных полюсов (образов экзистенциальной «тьмы» и молитвенного начала) происходит убывание, «истаивание» негативной образности.

Наглядным образом убывание негативной образности в Симфонии № 2 можно представить с помощью следующего схематического изображения ее композиционной модели: АВАВАВА А/В АВА (где А – полюс позитивной образной сферы, В – полюс негативной сферы). При этом интересно то, что в процессе драматургического развития происходит высвобождение образов «света» изнутри негативной образности.

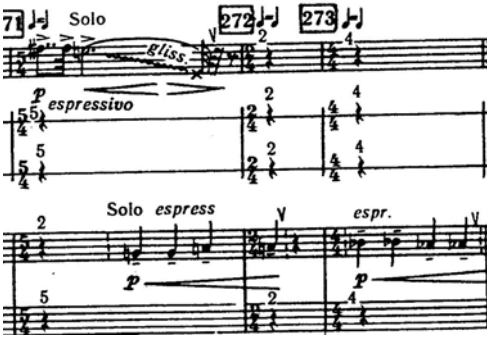
Так, в Симфонии № 2 после многократного «захода» негативной образности и накопления звуковой агрессии возрастает духовное сопротивление в молитвенном начале, и происходит усмирение и просветление этой негативной сферы.

Для доказательности сравним неистовое звучание фортепианной партии во время «захода» негативной образности после молитвенного зова (см. нотный пример 1) со звучанием solo фортепиано в заключительном разделе симфонии (см. нотный пример 2).

Нам видится, что «логика преображения», действующая в художественном мире симфоний Г. Уствольской способна выводить слушательское сознание из состояния экзистенциальной тьмы и отчаяния, т. е. оказывать неокатарсическое действие.



Нотный пример 1. Г. Уствольская. Симфония № 2. Фортепианная партия (цифры 8–59 партитуры)



Нотный пример 2. Г. Уствольская. Симфония № 2. Заключительный раздел (цифры 271–273 партитуры)

Подчеркнем еще раз следующее. Музыка Г. Уствольской, слышимая в аксиологическом измерении духовного реализма, и воспринимаемая рефлексивным способом, может оказывать неокатарсическое, духовно-исцеляющее воздействие. Об этой способности музыки Г. Уствольской верно сказал современный композитор А. М. Изосимов: «Её стиль подобен скальпелю, вскрывающему раны нашего времени, и боль, которую каждый из нас несёт в себе, мы слышим явно, обнажённо в любой клеточке сочинений Уствольской» (цит. по: [11. С. 87]. И еще: «Тем нашим современникам, что стремятся к жизненным удобствам, тем, кто ищет легких приятных впечатлений, музыка Галины Уствольской покажется непереносимо горькой, быть может, даже ужасной. Но ещё раз повторю, предчувствие не обманывает: её могучая музыка окажется в будущем необходима как ис-

точник исцеляющей силы, как свет истины для восстановления духовного здоровья» [5].

Важно сказать о том, что столь ярко прописанная в симфониях Г. Уствольской сфера негативной образности, если ее слышать и воспринимать в аксиологическом ключе духовного реализма, раскрывается как состояние экзистенциального ужаса и отчаяния [9]. Также важно сказать, что этот «абджект» («abject»), феномен «отвратительного» и «отвращения» (Ю. Кристева [10]) отрицательным, апофатическим образом свидетельствует о позитивном, о полюсе «света». По верной мысли В. В. Бибихина, «гнет и тьма не зло», «…густота мрака должна говорить о силе невидимого света, обличающего его, что он мрак» [32. 245].

Иначе говоря, в доминировании негативной образности в структуре художественного мира Г. Уствольской проявляется связь с отрицательной, апофатической эстетикой и апофатическим методом русского искусства, когда «идеал художника» передается «через образы, подчеркнуто ему несоответствующие» [33]. Нам видится, что для отрицательной эстетики в целом и апофатического метода как метода художественного важной со стороны воспринимающего сознания является осмысление таких вопросов, как «с какой целью это делает автор?», «каковы авторские намерения и позиция?». Собственно рефлексия над этими вопросами, побуждая к осмыслению этических вопросов, открывает канал для неокатарсического воздействия на сознание человека [11].

Подытоживая вышеизложенное, сформулируем главный вывод. Музыка Г. Уствольской несет в себе огромный потенциал неокатарсического воздействия, и при условии рефлексивного восприятия способна дать опыт этического неокатарсиса, катарсиса, оздоровляющего сознание человека и побуждающего его к гармонизации отношений с миром.

---

[9] Учитывая образно-смысловую неоднозначность сферы негативной образности в симфониях Г. Уствольской (как и в фортепианных ее сочинениях), укажем еще раз, что возможны и иные образно-смысловые ее толкования, связанные с социально-идеологическим подтекстом. Показательна в этом плане интерпретация содержания Симфонии № 5 голландским музыковедом Элмером Шенбергером: как музыки «словно против Темных веков сталинского и постсталинского Советского Союза» [30].

[10] См. работу Ю. Кристевой: [31]. Отметим, что Ю. Кристева видит катарсис как психофизиологическую реакцию исторжения из человека дурного.

[11] Показательно в этом плане суждение музыковеда Л. Н. Раабена о том, что изображая мир «как полностью находящийся во власти сил зла, сил тьмы», Г. Устольская его «категорически не приемлет», и трагизм ее музыки – это «трагизм гневного протеста, активного несогласия со злом, злом духовной опустошенности, нравственного одичания» [34. С. 111, 116].

Список литературы

1. *Семенов В. Е.* Катарсис и антикатарсис. URL: http://www.voppsy.ru/issues/1994/941/941116.htm (дата обращения 29.08.2017).
2. *Семенов В. Е.* Социальная психология искусства: предмет, концепция, проблемы: Дис. … д-ра психол. наук. СПб., 1996. 83 с. URL: http://irbis.gnpbu.ru/Aref_1996/Semenov_V_E_1996.pdf (дата обращения 29.08.2017).
3. *Выготский Л. С.* Психология искусства. М.: Лабиринт, 2008. 352 с.
4. *Леер Е. И.* Психофизиологические характеристики восприятия музыки разных направлений детьми и подростками: Дис. … канд. психол. наук. М., 2017. 201 с.
5. *Изосимов А. М.* Памяти Галины Уствольской // Санкт-Петерб. муз. вестн. 2007. № 2 (36). URL: http://www.izosimovs.ru/rezen.html (дата обращения 28.09.2017).
6. Аристотель. Поэтика. Об искусстве поэзии // Этика. Политика. Риторика. Поэтика. Категории. Мниск: Литература, 1998. 1392 с.
7. *Зинченко В. П.* Психологические аспекты влияния искусства на человека. URL: http://psyjournals.ru/kip/2006/n4/Zinchenko_full.shtml (дата обращения 29.08.2017).
8. *Эпштейн М. Н.* Философия возможного. СПб.: Алетейя, 2001. 334 с. (Тела мысли).
9. *Эштейн М. Н.* Проективный словарь гуманитарных наук. М.: НЛО, 2007. 616 с.
10. *Кривошеева И. В.* Музыка «классической традиции» сегодня // Музыка изменяющейся России: Материалы Всеросс. науч.-практ. конф. / Гл. ред. М. Л. Космовская; отв. ред. В. А. Лаптева, Л. А. Ходыревская. Курск: Изд-во Курск. гос. ун-та, 2007. С. 101–106.
11. *Гладкова О.* Галина Уствольская. Музыка как наваждение. СПб.: Музыка, 1999. 168 с.
12. Любимый современный композитор. URL: http://www.forumklassika.ru/archive/index.php/t-3342.html (дата обращения 29.08.2017).
13. *Борисова Е. Б.* Галина Уствольская: за пределами «fine arts» // Музыка и время. 2004. № 8. С. 45–47. URL: http://www.opentextnn.ru/music/personalia/ustvolskaya/?id=3252&txt=1 (дата обращения 29.08.2017).
14. *Райскин И.* Музыка лазерного луча. URL: http://novayagazeta.spb.ru/articles/5102/ (дата обращения 29.08.2017).
15. Хиллари: Женский вопрос, «Дом свиданий» – роман о ГУЛАГе Мартина Эмиса, Песня недели, Нью-Йорк смотрит Стоппарда и читает Берлина, «Вавилон», «Музыкальная полка» Соломона Волкова. URL: http://www.svoboda.org/content/transcript/377965.html (дата обращения 29.08.2017).

16. *Холопова В. Н.* Российская академическая музыка последней трети XX – начала XXI веков (жанры и стили). М., 2015. 226 с. URL: http://www.kholopova.ru/Russian%20Academic%20%20Music%20(Genres%20and%20Styles).%20V.Kholopova.pdf (дата обращения 29.08.2017).

17. «Музыкальный альманах» с Соломоном Волковым. Радиопрограммы и подкасты / Поверх барьеров. 08.04.2008. URL: http://www. svoboda.org/content/transcript/442956.html (дата обращения 29.08.2017).

18. *Кузин В. И.* О способах восприятия искусства. Новосибирск, 2003. 69 с.

19. *Чередниченко Т. В.* Музыкальный запас. 70-е. Проблемы. Портреты. Случаи. М.: НЛО, 2002. 592 с. URL: http://coollib.com/b/198948/read (дата обращения 29.08.2017).

20. *Переяслова М. О.* Катарсическое начало в русской прозе конца XIX – XX веков (на материале произведений А. П. Чехова и Г. Газданова): Автореф. дис. … канд. филол. наук. М., 2012. 23 с.

21. Композитор Галина Уствольская. URL: http://www.radioblago.ru/vremyakultury/galina-ustvolskaya (дата обращения 29.08.2017).

22. Г. И. Устольская. О творчестве. URL: http://ustvolskaya.org/ creativity.php (дата обращения 29.08.2017).

23. *Nalimova E.* Demystifying Galina Ustvolskaya: Critical Examination and Performance Interpretation. Doctoral thesis. Goldsmiths: University of London, 2012. 260 p. URL: http://eprints.gold.ac.uk/8013/7/MUS_thesis_Nalimova_2012.pdf (дата обращения 02.08.2016).

24. *Масаюки Ясухара.* Галина Уствольская и русская музыка // Русская музыкальная культура на пороге нового века. Саппоро, 2001. С. 102–108. URL: https://src-h.slav.hokudai.ac.jp/sympo/2000summer/pdf/102-108.pdf (дата обращения 29.08.2017).

25. *Райскин И.* Памяти Галины Уствольской // Санкт-Петерб. муз. вестн. 2013. № 5 (100). С. 6. URL: http://www.conservatory.ru/files/mv5_100_2013.pdf (дата обращения 29.08.2017).

26. *Пупкова Е. Г.* В искусстве главное – искренность. Интервью А. Кузнецова с Е. Г. Пупковой. URL: http://pupkova.ru/pressa/fortepiano-2-2004-v-iskusstve-glavnoe-iskrennost/ (дата обращения 29.08.2017).

27. *Суслин В.* Музыка духовной независимости: Галина Уствольская // Музыка из бывшего СССР: Сб. ст. / Ред.-сост. В. Ценова. М.: Композитор, 1996. Вып. 2. Т. 2. С. 141–156.

28. «Жизнь с идиотом», или испытание ужасом // Newsinfo. – Культура. 18.03.2004. URL: http://www.newsinfo.ru/articles/2004-03-18/item/523306/ (дата обращения 29.08.2017).

29. *Пономарев Ф. А.* Типология катарсических эффектов в малых формах русской прозы второй половины двадцатого века: Автореф. дис. … канд. филол. наук. Краснодар, 2007. 26 с.

30. *Schönberger E.* Ustvolskaya, hero, not of, but against the Soviet Union. URL: http://www.elmerschonberger.com/english/images/Ustvolskaya.pdf (дата обращения 07.08.2016).

31. *Кристева Ю.* Силы ужаса: эссе об отвращении / Пер. с фр. А. Костиковой. Харьков: Ф-Пресс, ХЦГИ; СПб.: Алетейя, 2003. 256 с.

32. *Бибихин В. В.* Узнай себя. СПб.: Наука, 1998. 577 с. (Сер. «Слово о сущем»).

33. *Эпштейн М.* Русская культура на распутье. Секуляризация, демонизм и переход от двоичной модели к троичной // Звезда. 1999. № 1. С. 202–220; № 2. С. 155–176. URL: http://www.intelros.ru/subject/figures/mixail-yepshtejn/11276-russkaya-kultura-na-raspute-sekulyarizaciya-i-perexod-ot-dvoichnoj-modeli-k-troichnoj.html (дата обращения 29.08.2017).

34. *Раабен Л. Н.* О духовном ренессансе в русской музыке 1960–80-х годов. СПб.: Бланка; Бояныч, 1998. 351 с.

ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ТРЕХ ОПРОСНИКОВ РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИЙ

Е. А. Дорошева [1], *Г. Г. Князев* [2]

[1] Новосибирский государственный университет
Институт систематики и экологии животных
Новосибирский государственный медицинский университет
г. Новосибирск
Elena.dorosheva@mail.ru

[2] НИИ физиологии и фундаментальной медицины СО РАМН
г. Новосибирск

PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THREE QUESTIONNAIRES OF THE EMOTIONAL REGULATION

E. A. Dorosheva, *G. G. Knyazev*

Под феноменом эмоциональной регуляции в современной психологии понимаются вторичные аффективно-когнитивные процессы, с помощью которых индивидуумы изменяют характер первично возникших (в ответ на внутренний или внешний стимул) эмоций, время их появления, экспрессию, субъективное переживание [1]. Поскольку эмоции представляют собой многокомпонентные процессы, разворачивающиеся во времени, регуляция эмоций представляет собой изменения в эмоциональной динамике [2]. Процессы регуляции эмоций функционируют на разных уровнях: бессознательном, предсознательном, сознательном этапах формирования субъективных переживаний, во время формирования и коррекции поведенческих реакций. Измерение особенностей эмоциональной регуляции весьма важно для решения прикладных задач, связанных с проблемами аффективных расстройств, психосоматических заболеваний, реагирования на стрессовые ситуации и т. д. Например, руминативное мышление рассматривают не только как предиктор тревожных и депрессивных состояний, но и как один из симптомов депрессии, который может служить ее маркером [3].

Настоящее исследование посвящено исследованию психометрических свойств русскоязычных версий трех опросников, направленных на измерение механизмов регуляции эмоций: Rumination Response Scale [5], White Bear Suppression Inventory [2], Emotion regulation questionnare [5]. Перевод был осуществлен Г. Г. Князевым, НИИ ФФМ. Оригинальные версии всех методик находятся в свободном доступе.

Выборка исследования включила 223 человека, из них 120 мужчин, 203 женщины. Возраст участников от 18 до 61 года, средний возраст – 34,9 г. Кроме трех основных методик, испытуемые заполняли опросник для измерения психологического благополучия личности К. Рифф, Оксфордский опросник счастья, опросник депрессии А. Бека, скрининговый опросник депрессии PHQ-9, Торонтскую алекситимическую шкалу TAS-26.

Методика «Шкала руминации» (Rumination Response Scale) включает 22 пункта, оцениваемых по четырехбальной шкале (от «почти никогда» до «почти всегда»). Основная шкала описывает склонность на возникновение руминаций в ответ на негативные состояния, факторы. (Следует обратить внимание на то, что в инструкции просят описать не обычное или текущее состояние испытуемого, но именно его негативное состояние: «Пожалуйста, прочитайте приведенные ниже утверждения и отметьте в какой степени Вы думаете или ведете себя так, когда Вы печальны, в подавленном настроении или в депрессии».) Руминации описываются как повторные и автоматически возникающие размышления о негативных жизненных ситуациях, их возможных причинах и последствиях, о своих неудачах, «отрицательных» свойствах [3]. Также в оригинальной версии методики выделяются три подшкалы: навязчивые депрессивные переживания, навязчивые размышления, негативный самоанализ.

При проверке согласованности пунктов для первой подшкалы методики альфа Кронбаха составила 0,86, корреляции пунктов с итоговым показателем подшкалы – от 0,40 до 0,61. Для второй и третьей подшкал альфа Кронбаха равна 0,72, а корреляции пунктов с общим показателем шкалы изменяются от 0,40 до 0,55.

Метод главных компонент показал четкое выделение одного фактора, объясняющего 35,2 % разнообразия. Расчет коэффициента корреляции Спирмена показал, что все три подшкалы прямо связаны между собой на уровне значимости $< 0{,}001$. Весьма высока согласованность основной шкалы: Альфа Кронбаха для нее составила 0,91. Корреляции пунктов с общим показателем шкалы варьировали от 0,35 до 0,64. Таким образом, есть основания предполагать, что, возможно, данная версия методики лучше описывается однофакторной моделью. В дальнейшем планируется проведение конфирматорного анализа для оценки факторной структуры русскоязычной версии методики и целесообразности выделения подшкал.

Описательная статистика опросника «Шкала руминации» приведена в таблице. Сравнение показателей для мужчин и женщин с помощью *U*-критерия Манна – Уитни не выявило различий как по общему показателю шкалы руминаций, так и по показателям подшкал. Нужно отметить, что использование оригинальной версии опросника выявило большую

Описательная статистика опросников регуляции эмоций

Опросник	Шкала		mean	min	max	SD	Q10	Q25	Q75	Q90
RRS	Общий показатель		1,85	1,00	3,23	2,14	1,32	0,47	1,75	2,50
	Навязчивые депрессивные переживания		1,78	1,00	3,41	0,49	1,25	1,42	2,08	2,42
	Навязчивые размышления		1,89	1,00	3,80	0,55	1,20	1,40	2,20	2,60
	Негативный самоанализ		1,97	1,00	4,00	0,61	1,20	1,60	2,40	2,80
WBSI	Подавление мыслей		3,33	1,07	4,67	0,62	2,47	3,80	2,93	4,00
ERQ	Когнитивная переоценка		3,68	1,50	5,00	0,56	3,00	3,33	4,00	4,33
	Подавление эмоциональной экспрессии	М	2,72	1,25	5,00	0,73	1,88	2,25	3,25	3,75
		Ж	3,68	1,50	5,00	0,56	1,75	3,33	4,00	3,5

склонность к руминациям у женщин. В то же время пилотное исследование русскоязычной версии на небольшой выборке также не показало половых различий в выраженности руминаций [6].

Методика «Подавление мыслей» (White Bear Suppression Inventory) включает 15 пунктов. Русскоязычная версия предполагала оценку по пятибалльной шкале (от «совершенно согласен» до «совершенно не согласен»). В оригинальной методике выявляется единственный фактор, описывающий склонность подавлять мысли, вызывающие нежелательные эмоции. Ряд пунктов основан на хорошо известном феномене возвращения и усиления тех мыслей, которые человек стремится подавить (например, «Некоторые мысли постоянно приходят в голову»).

Проверка согласованности показала высокую согласованность пунктов рассматриваемой шкалы (альфа Кронбаха составила 0,88). Корреляции пунктов с общим значением шкалы варьировали от 0,28 до 0,62. С помощью метода главных компонент выявляется единственный фактор, объясняющий 39,1 % вариативности, что меньше, чем для оригинальной версии методики, однако существенно превышает вариативность, объясняемую каждым из прочих факторов.

Описательная статистика приведена в таблице. Также не выявлены статистически значимые различия показателей опросника для мужчин и женщин.

Третья исследованная методика, опросник регуляции эмоций (Emotion regulation questionnaire), включает две шкалы: переоценка и подавление эмоциональной экспрессии. Первая из них отражает склонность к позитивному переосмыслению ситуаций, в ответ на которые могут возникнуть негативные эмоции. Вторая – стремление к подавлению выражения эмоций, как отрицательных, так и положительных. Опросник включает 10 пунктов, шесть из которых относятся к первой, четыре – ко второй шкале. Русскоязычная версия предполагает оценку по пятибалльной шкале (аналогично WBSI).

Альфа Кронбаха для шкалы «Когнитивная переоценка» составила 0,74; для шкалы «Подавление эмоциональной экспрессии» – 0,71. Корреляции пунктов с суммарным значением шкалы составили соответственно от 0,36 до 0,62 и от 0,42 до 0,59. С помощью метода главных компонент четко выявляются два основных фактора, первый из которых описывает 26,99 % разнообразия, второй – 21,61 %. В первый фактор с весовыми нагрузками от –0,533 до –0,736 входят пункты, относящиеся к шкале «Когнитивная переоценка», а во второй – с нагрузками от 0,649 до 0,758 входят пункты шкалы «Подавление эмоциональной экспрессии»).

Выявлены значимые различия склонности к подавлению эмоциональной экспрессии у мужчин и женщин – у женщин она выше ($U = 10296{,}5$; $p = 0{,}020$). В таблице представлено описание основных характеристик полученных данных.

При проверке конвергентной валидности изучаемых методик были получены ожидаемые результаты. Показатели руминаций и подавления мыслей, вызывающих нежелательные эмоции, обратно связаны со всеми компонентами субъективного благополучия личности, прямо связаны с показателями депрессии и алекситимии. Подавление эмоциональной экспрессии обратно связано с некоторыми компонентами субъективного благополучия и прямо (более слабо, чем первые два показателя) – с алекситимией и депрессией. Когнитивная переоценка, описываемая, как фактор благополучия, показала прямые связи с субъективным благополучием и обратные – с алекситимией и депрессией.

Интересно также обратить внимание на сложный характер взаимосвязей между разными стратегиями регуляции эмоций. Так, руминации показывают прямую взаимосвязь с подавлением мыслей ($r = 0{,}42$, $p < 0{,}001$), отрицательную – с когнитивной переоценкой ($r = –0{,}21$, $p < 0{,}05$), не выявлена связь с подавлением эмоциональной экспрессии. Когнитивная переоценка, в свою очередь, на данной выборке не показала взаимосвязей с подавлением мыслей, но прямо связана с подавлением эмоциональной экспрессии ($r = 0{,}12$, $p < 0{,}05$). Не исключено, что при переоценке ситуации возникает необходимость подавить выражение первоначальной негативной ее оценки. Возможно, выявление и интерпретация связей между разными способами регуляции эмоций поможет в конструировании комплексной модели процессов аффективно-когнитивной.

В целом, русскоязычные версии опросников показали хорошие психометрические показатели на российской выборке и рекомендованы к использованию.

Список литературы

1. *Gross J. J.* Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology // Journal of Personality and Social Psychology. 1998. Vol. 74. № 1. P. 224–237.
2. *Gross J. J., Thomson R. A.* Emotion Regulation: Conceptual foundations // J. J. Gross (ed.). Handbook of Emotion Regulation. New York: Guilford Press, 2007. P. 3–24.
3. *Treynor W., Gonzalez R., Nolen-Hoeksema S.* // Cognitive Therapy and Research. 2003. № 27. P. 247–259.

4. *Wegner D. M., Zanakos S.* Chronic thought suppression // Journal of Personality. 1994. № 62. P. 615–640.

5. *Gross J. J., John O. P.* Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being // Journal of Personality and Social Psychology. 2003. № 85. P. 348–362.

6. *Колпаков Я. В., Ялтонский В. М.* Феномен руминации в структуре тревожно-депрессивных переживаний у лиц молодого возраста // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2013. № 3 (20). URL: http://medpsy.ru (дата обращения 18.09.2017).

ИНТОЛЕРАНТНОСТЬ К НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ И ДЕПРЕССИЯ

М. В. Злобина, *О. Н. Первушина*

Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск
marinazlobina1991@mail.ru

INTOLERANCE UNCERTAINTY AND DEPRESSOIN

M. V. Zlobina, *O. N. Pervushina*

В настоящее время значительно увеличивается количество депрессий (более 300 миллионов человек в мире, по данным ВОЗ на февраль 2017 года).

Современный быстро меняющийся мир предъявляет все больше требований к человеку. Одна из особенностей современного мира – это та скорость, с которой он меняется. Человек оказывается в ситуации, когда каждый день ему приходятся адаптироваться к быстро меняющимся, неустойчивым, неопределенным условиям жизни. В связи с этим возникает вопрос, не является ли неготовность к принятию сложности и скорости изменений, нетолерантность к неопределенности предиктором развития патологических состояний человека, в частности, депрессии.

Нетолерантность к неопределенности является довольно сложным конструктом. До сих пор остается вопрос о том, являются ли толерантность и интолерантность к неопределенности различными полюсами одного конструкта, или же представляют собой разные переменные.

В настоящий момент существует множество определений интолерантности к неопределенности (ИТН) (Budner, 1962; Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001; Dugas, Buhr, & Ladouceur, 2004; Dugas & Robichaud, 2007), однако общепринятое определение отсутствует.

Большое количество исследований указывает на связь между ИТН и депрессией [1–6].

Andersen [1] говорит о том, что взаимодействие между ИТН и размышлениями о негативных жизненных событиях предсказывает депрессивную определенность и депрессию. Человек с высокой ИТН часто игнорирует, искажает или отрицает негативные события, сохраняя однозначный взгляд на ситуацию. Однако когда возникают негативные события, которые трудно игнорировать и интерпретировать однозначно, человек не справляется с ситуацией неопределенности и пытается снизить ее за счет часто повто-

ряющихся мыслей о негативных событиях. Такие мысли могут выступать, с одной стороны, как способ уменьшить субъективную неопределенность, а с другой – как фактор, усиливающий негативный аффект и приводящие к «депрессивной определенности» [1; 7] (цит. по: [6]).

В российских исследованиях депрессии отсутствуют попытки понимания интолерантности к неопределенности как предиктора возникновения и развития депрессии.

Целью данного исследования является проверка наличия связи между ИТН и депрессией на выборке российских студентов. В исследовании приняли участие 148 студентов (19 юношей и 129 девушек), обучающихся по направлению «Психология» в Институте медицины и психологии Новосибирского государственного университета, в возрасте от 17 до 22 лет.

Мы использовали методику Баднера, методику МакЛейна и Новый опросник толерантности к неопределенности Т. В. Корниловой [8] для определения уровня толерантности (интолерантности) к неопределенности, а также опросник депрессии Бека и методику Ахенбаха для диагностики депрессии.

Корреляционный анализ выявил значимые отрицательные связи результатов по шкале Тревога / депрессия методики Ахенбаха с результатами по шкалам методики МакЛейна Отношение к сложным задачам (–0,25, $p < 0{,}001$), Отношение к неопределенным ситуациям (–0,34, $p < 0{,}001$), Предпочтение неопределенности (–0,27, $p < 0{,}001$), Толерантность к неопределенности (–0,25, $p < 0{,}001$), общим баллом по методике МакЛейна (–0,30, $p < 0{,}001$), а также положительную связь с результатами по шкале Межличностная интолерантность к неопределенности (МИТН) НТН (0,33, $p < 0{,}001$). Результаты по шкале депрессии Бека были положительно связаны с результатами по шкале ИТН опросника Баднера (0,16, $p < 0{,}04$) и шкале МИТН опросника НТН (0,25, $p < 0{,}001$) и отрицательно с результатами по шкалам Отношение к неопределенным ситуациям (–0,27, $p < 0{,}001$) и Толерантность к неопределенности (–0,20, $p < 0{,}01$), а также общим баллом по методике МакЛейна (–0,21, $p < 0{,}001$).

Это согласуется с данными зарубежных исследований о наличии положительной связи между ИТН и депрессией.

Нами также была обнаружена положительная связь между результатами по шкалам депрессии и результатами по шкале Межличностная интолерантность к неопределенности. Под МИТН понимается «стремление к ясности и контролю в межличностных отношениях, дискомфорт в случае неопределенности отношений с другими» [8]. Этот аспект ИТН ранее не выделялся при рассмотрении связи ИТН и депрессии.

Список литературы

1. *Andersen, Schwartz*. Intolerance of ambiguity and depression: a cognitive vulnerability factor linked to hopelessness // Social Cognition. 1992. Vol. 10. No. 3, P. 271–298.

2. *Carleton*. Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression // Journal of Anxiety Disorders. 2012. No. 26. P. 468–479.

3. *Carleton, Sharpe et al.* Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears? // Behaviour Research and Therapy. 2007. No. 45. P. 2307–231.

4. *Dugas*. Intolerance of Uncertainty, Worry, and Depression // Cognitive Therapy and Research. 2004. Vol. 28. No. 6. P. 835–842.

5. *Miranda, Fontes, & Marroquin.* Cognitive content-specificity in future expectancies: Role of hopelessness and intolerance of uncertainty in depression and GAD symptoms // Behaviour Research and Therapy. November 2008.

6. *Yook, Kim, Suh, & Lee.* Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder // Journal of Anxiety Disorders. 2010. No. 24. P. 623–628.

7. *Garber J., Miller S. M., Abramson L. Y.* On the distinction between anxiety and depression: perceived control, certainty, and probability of goal attainment // J. Garber, M. Seligman (eds.). Human helplessness: theory and application. San Francisco: Academic Press, 2000. P. 199–211.

8. *Корнилова Т. В.* Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности // Психологический журнал. 2010. Т. 30, № 6. С. 140–152.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ, УВЛЕКАЮЩИХСЯ АНИМЕ, И ИХ СВЯЗЬ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Я. С. Лякина, *А. А. Голубятников*, *Н. А. Дмитриева*

Новосибирский государственный университет
г. Новосибирск
lyakina@fp.nsu.ru

PERSONAL PECULIARITIES OF ADOLESCENTS AND YOUTH INTERESTING IN ANIME AND THEIR RELATIONSHIP WITH THE FORMATION OF PSYCHOPATHOLOGICAL MANIFESTATIONS

Ya. S. Lyakina, *A. A. Golubyatnikov*, *N. A. Dmitrieva*

Актуальность данного исследования связана с широким распространением аниме (сокр. от англ. *animation* – оживление, одушевление – вид анимации, разработанный в Японии, отличающийся индивидуальным, хорошо узнаваемым художественным стилем, тесно связанным с национальными культурными традициями [1]) по всему миру. «Animax» – японская анимационная спутниковая телесеть (ставшая каналом № 1 для поклонников аниме в Японии) сегодня первая и крупнейшая в мире круглосуточная телесеть, ориентированная на показ аниме с числом зрителей более 89 миллионов, вещающая в 62 странах и более чем на 17 языках. Согласно аналитическим данным сайт Anime News Network (англ. «Сеть новостей аниме», ANN), претендующий на звание ведущего англоязычного Интернет источника новостей и информации об аниме и манга (букв. – странные или веселые картинки, гротески – японские комиксы) (включая веб-форум), ежедневно посещают более 15 тыс. человек, 5,5 млн в год при общем количестве просмотров более 22 млн. В настоящее время просмотр практически любого аниме-сериала или фильма доступен фактически каждому пользователю Интернета (количество сайтов, предоставляющих возможность онлайн просмотра аниме всех жанров, превышает 16 млн ресурсов), так что зрительская аудитория разрослась и включает в себя зрителей обоих полов, разного возраста и социального статуса.

Существуют огромные сообщества фанатов аниме. Участники аниме-фэндома, которыми в основном являются подростки и молодежь, помимо просмотра аниме и информационного обмена (форумы, блоги, социальные сети, видеохостинг), занимаются разными видами творчества: создают фансаб (от англ. *fan subtitles* – видеоматериалы с субтитрами на родном

языке, сделанные любителями), занимаются перерисовками, изготовлением фанклипов (ремиксов любимого аниме), написанием фанфиков (англ. *fan fiction* – фан-литература, создание любительских сочинений по мотивам аниме и манга), увлекаются косплеем (от англ. *costume play* – создание и переодевание в костюмы персонажей аниме, манга и компьютерных игр). Во всем мире проводятся аниме-фестивали (Anime Convention). Anime Expo (AX) – крупнейший аниме-фестиваль в США в 2016 году собрал более 300 тыс. участников, из них более 100 тыс. уникальных посетителей (для сравнения посещаемость первого фестиваля в 1992 г. составила 1 750 участников). Календарь аниме-конвентов России 2016 г. включил более 270 мероприятий. Существует российская ассоциация аниме-клубов R.An.Ma (Russian Anime and Manga Association) с филиалами в двух десятках городов по всей России, связанная с аналогичными клубами в Японии, Европе, США, Израиле, Прибалтике.

При этом увлеченность аниме достаточно не однозначно воспринимается в японском обществе и международном сообществе. С увлеченностью аниме и современной японской поп-культурой в целом (включая увлечение манга, компьютерными играми, специальными эффектами в кино, японской поп- и рок-музыкой) связано появление понятия «отаку» (дословно – «ваш дом» – в Японии словом отаку называют сильно увлекающегося чем-то человека (фаната), и сам термин имеет негативную коннотацию). В отличие многочисленных поклонников японской анимации, для которых просмотр новой ленты или обмен мнениями в виртуальном пространстве или в живом общении – один из способов приятного времяпрепровождения, отаку – это своеобразные «экстремалы», маниакальные фанаты, для которых аниме, манга и др. – главная цель и смысл жизни. Отаку «не знают разницы между реальным и виртуальным миром и однозначно предпочитают виртуальный», что ведет к разрыву связей с обществом и уходу молодых людей от реальной жизни в свой замкнутый мир («бегство в параллельные миры») [2; 3]. Современными исследователями отаку рассматривается как новое социокультурное сообщество, новая субкультура, со своими правилами общения, поведения, особенностями времяпрепровождения, специфическим сленгом, своей психологией и философией жизни, стремительно расширяющая свои границы. Отдельные исследователи связывают субкультуру отаку с распространенным в современной Японии феноменом – хикикомори (*социальная самоизоляция*, *social withdrawal*) – «состояние молодых людей в возрасте до 30 лет, сопровождающееся ограничением своего жизненного пространства пределами дома и отказом от какого-либо участия в жизни общества на срок от 6 месяцев и более» [4]. Хикикомори рассматривается ими как следующая ступень отаку [5–7].

Несмотря на культурную специфичность данного феномена в нашей стране на уровне описания отдельных случаев из практики встречаются близкие по описанию состояния, наблюдаемые в основном среди молодых людей в возрасте около 20 лет. В социальной сети «ВКонтакте» можно найти десятки групп, посвящённых жизни хикикомори, количество подписчиков у самого популярного паблика более 500 тыс. человек. Как правило, записи в таких группах посвящены японской культуре, чаще всего это картинки из аниме и манга, музыка и кино; кроме того, иногда пользователи делятся своими личными историями. Как отмечают сами подростки, в период таких состояний они испытывают сниженное настроение, повышенную утомляемость, апатию, практически не выходят из дома и все время смотрят аниме и/или читают манга. Зачастую родители и близкие подростков не поддерживают их увлечения, что обостряет переживание межличностного одиночества. Можно предположить, что подобные состояния имеют сходство с описываемым в Японии феноменом хикикомори.

Если в Японии существует дифференциация отношения к фанатам аниме по степени выраженности увлечения, и негативную окраску получили только крайние формы, результаты исследования существующих представлений о фанатах аниме, проведенного группой американских и канадских ученых [4], показали превалирующее негативное отношение к фанатам аниме, что свидетельствует о том, что фанаты аниме подвергаются стигматизации. Освещение в прессе преступлений, случаев суицидов, совершенных отаку формирует представление о негативном влиянии аниме на подростков [2]. Критическую оценку получили отдельные жанры аниме в связи с обилием сцен, содержащих агрессию, насилие, порнографию (отдельные аниме-сериалы запрещены в Китае, Саудовской Аравии, Франции, США, Новой Зеландии, Малайзии, Японии, России). Однако данная информация, как правило, не подкрепляется данными научных исследований. Большинство публикаций содержат культурологический, философский анализ проблемы [8], психологические исследования стали появляться только в последние несколько лет [9–11].

Целью данного пилотажного исследования являлся поиск личностных коррелятов увлечения аниме.

На первом этапе исследования выборку составили 36 человек, из них экспериментальная группа (увлекающиеся аниме) – 21 человек (12 юношей, 9 девушек), контрольная группа (не увлекающиеся аниме) – 15 человек (7 юношей, 8 девушек). На втором этапе в исследовании приняли участие 50 девушек, по 25 человек в экспериментальной и контрольной группах. Выборка состояла из студентов вузов г. Новосибирска. Возраст испытуемых варьировался от 18 до 25 лет.

Методики первого этапа исследования: 1) Опросник структуры темперамента В. М. Русалова (ОСТ); 2) Опросник агрессивности Басса-Дарки (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI) (стандартизация А. А. Хвана, Ю. А. Зайцева и Ю. А. Кузнецовой, 2005); 3) Торонтская алекситимическая шкала (TAS-26) (адаптирована в НИИ им. В. М. Бехтерева); 4) Ценностный опросник (ЦО) Ш. Шварца.

На втором этапе применялись следующие методики: 1) Фрайбургский личностный опросник (FPI-B); 2) Интегративный тест тревожности (ИТТ) (шкала для выявления личностной тревожности); 3) Методика для исследования самооценки «Q-сортировка» (сокращенный вариант, S. Krauss); 4) Индекс жизненного стиля (H. Kellerman, R. Plutchik); 5) Шкала субъективного ощущения одиночества (D. Russell, L. A. Peplau, M. L. Ferguson).

Дополнительно на каждом из этапов проводился контент-анализ данных интервью для исследования специфики восприятия аниме.

Основные результаты

Темперамент. Темпераментальных различий при сравнении экспериментальной и контрольной групп не было обнаружено.

Агрессивность. В группе «увлекающихся аниме» был выявлен более низкий уровень Физической агрессии и Негативизма при более высоких показателях по шкалам Враждебность, Подозрительность, Чувство вины, Обида (на уровне тенденции к значимости).

Алекситимия. По данным Торонтской алекситимической шкалы значимых различий между группами не было выявлено.

Ценностные ориентации. В структуре ценностных ориентаций в группе, увлекающихся аниме, на уровне нормативных идеалов более значимой является ценность Безопасности (ср. ранг эксп. гр. = 15,41, ср. ранг контр. гр. = 22,83) [1], $p < 0{,}05$), а на уровне индивидуальных приоритетов менее значима ценность Стимуляции (ср. ранг эксп. гр. = 21,31, ср. ранг контр. гр. = 14,57, $0{,}05 < p < 0{,}1$).

Корреляционный анализ. В результате корреляционного анализа данных внутри групп наиболее интересными и проясняющими отдельные из представленных выше результатов оказались следующие связи: в группе увлекающихся аниме была выявлена положительная связь между шкалой Подозрительность и ценностью Стимуляция ($r_s = 0{,}52$, $p < 0{,}05$); в контрольной группе (не увлекающихся аниме) была выявлена отрицательная связь между шкалой Физическая агрессия и ценностью Стимуляция ($r_s = -0{,}66$, $p < 0{,}01$).

[1] Чем ниже ранг, тем ближе ценность к началу ряда в структуре значимых ценностных ориентаций личности.

Оценка психического состояния и особенностей личности. По данным Фрайбургского личностного опросника, в группе увлекающихся аниме выявлены более высокие значения по шкалам: Спонтанная агрессивность, Депрессивность, Раздражительность, Открытость (на уровне тенденции, $0{,}05 < p < 0{,}1$), Эмоциональная лабильность, Маскулинность / Феминность. В контрольной группе получены более высокие значения по шкалам: Общительность, Уравновешенность.

Тревожность. По шкале личностной тревожности ИТТ значимых различий не обнаружено.

Самооценка. По показателям методики для исследования самооценки «Q-сортировка» значимых различий не выявлено.

Психологические защиты. По уровню напряженности психологических защит по данным ИЖС значимых различий не выявлено. Качественный анализ структуры защитного функционирования показал, что в обеих группах напряженность большинства защитных механизмов превышает 50 стандартных баллов, однако в экспериментальной группе (увлекающихся аниме) напряженность четырех механизмов из восьми превышает 60 стандартных баллов. В структуре МПЗ эксп. гр. проекция занимает 3-е место, тогда как в контр. гр. – 6-е место.

Одиночество. На уровне тенденции ($0{,}05 < p < 0{,}1$) были получены различия по уровню выраженности субъективного ощущения одиночества (ср. эксп. гр. = 23,12, ср. контр. гр. = 17,32), в группе, увлекающихся аниме уровень выраженности субъективного переживания одиночества выше.

Специфика восприятия аниме. По данным контент-анализа интервью было выявлено, что испытуемые экспериментальной и контрольной групп отличаются спецификой восприятия аниме. Испытуемые, увлекающиеся аниме, при содержательном описании причин предпочтения аниме чаще выделяют такие признаки как: оригинальный стиль рисовки (схематичность, символьность) ($\chi^2 = 17{,}00$; $p < 0{,}01$), новизна и непредсказуемость развития сюжета ($\chi^2 = 15{,}00$; $p < 0{,}01$), глубина сюжета (философские, мировоззренческие аспекты сюжета) ($\chi^2 = 14{,}00$; $p < 0{,}01$). Среди причин предпочтения аниме наибольший процент упоминаний был связан с психологическими аспектами сюжета (взаимоотношения персонажей, изменение героев) (частота встречаемости признака 63,16 %). Также наиболее часто отмечаемыми были следующие характеристики: новизна и непредсказуемость развития сюжетной линии (52,63 %); философские, мировоззренческие аспекты сюжета (52,63 %); оригинальный стиль рисовки персонажей (52,63 %) и уникальность характеров персонажей (47,37 %).

Испытуемые, «не увлекающиеся аниме», при описании своего негативного отношения к аниме чаще выделяли такие признаки как: специфика образов персонажей (символьность рисовки) (46,67 %), эмоциональность персонажей ($\chi^2 = 8{,}00$; $p < 0{,}01$), их гипертрофированные эмоции (40 %),

недостаточная глубина сюжета (26,67 %) и его однообразность (33,33 %), гиперсексуальность (20 %), андрогинность (20 %), кровавость (13,33 %). Также было выявлено противоположное отношение к амбивалентности персонажей: «увлекающиеся аниме» отмечают это как положительное качество (10,53 %), тогда как «не увлекающиеся» – как отрицательное (13,33 %).

По оценкам испытуемых аниме может оказывать психотерапевтическое влияние: способствовать гармонизации эмоционального состояния («помогает расслабиться, отвлечься от проблем» – 44 %, «ликвидирует негативные эмоции» – 16 %, «вдохновляет для творчества, погружаюсь в мечты» – 12 %, «заряжает позитивом» – 4 %, «выплеск агрессии» – 4 %); активизировать когнитивные процессы («приводит мысли в порядок, помогает сосредоточиться» – 16 %), развивать рефлексию, углублять самоанализ («сопоставление себя с персонажами, поиск идентичности» – 24 %, «анализ чувств, ценностей, поступков, учит думать, развивает рефлексию» – 20 %); и отчасти компенсировать недостаток эмоциональной социальной поддержки («я понимаю, что кому то нужна, у меня появляется поддержка и опора, я не чувствую себя одинокой и беззащитной» – 4 %).

Контент-анализ речевых высказываний испытуемых на вопрос «Как аниме влияет на Вашу жизнь?» показал, что увлечение аниме способствует возникновению интереса к японской культуре, мировоззрению (52 %) и распространению интереса на другие виды японского искусства (увлечение японской музыкой, литературой, играми, рисованием, изучением языка – 32 %); кроме того увлечение аниме может являться объединяющим фактором и способствовать формированию дружеских взаимоотношений («облегчает общение, появились друзья благодаря участию в аниме-фестивалях, конкурсах косплея» – 44 %); появление аниме-атрибутики (8 %). 28 % испытуемых отметили отсутствие влияния.

По данным зарубежных исследований, увлекающиеся аниме отличаются более высокими показателями интроверсии; отмечают большую социальную тревожность; легко возбуждаются от всего, что связано с аниме; иногда бывают обсессивны; большое количество времени проводят за компьютером [4]. Учитывая результаты данного пилотажного исследования (согласно которым увлекающиеся аниме отличаются повышенным враждебным аффектом, импульсивностью, раздражительностью, эмоциональной лабильностью), можно рассматривать эти показатели как факторы психологической уязвимости. Увлечение аниме с одной стороны может рассматриваться как психотерапевтический фактор для подростков (просмотр аниме отчасти может компенсировать недостаток эмоциональной социальной поддержки, а участие в фэндомном сообществе может являться объединяющим фактором и способствовать формированию дружеских

взаимоотношений). В то же время на фоне выявленных факторов психологической уязвимости специфика японской анимации, основанная на особой культурной традиции (системе эстетических и этических принципов: эстетизация суицидального поступка героя, согласно принципам Бусидо; пессимистическое настроение, неопределенность категорий Добра и Зла) [12; 13], может способствовать возникновению негативных эффектов, связанных с усилением латентных признаков психопатологических проявлений у подростков. Данное предположение требует дальнейшего исследования.

Список литературы

1. *Иванов Б. А.* Введение в японскую анимацию. 2-е изд. М.: Фонд развития кинематографии; РОФ «Эйзенштейновский центр исследований кинокультуры», 2001. 396 с.
2. *Катасонова Е. Л.* Японцы в реальном и виртуальном мирах: очерки современной японской массовой культуры / Ин-т востоковедения РАН. М.: Вост. лит., 2012. 357 с.
3. *Новикова О. Н.* Игроизация культуры постмодерна и современные практики эскапизма // Вестн. Челяб. гос. ун-та. 2016. № 8 (390). Философские науки. Вып. 41. С. 45–51.
4. *Reysen S. et al.* An examination of anime fan stereotypes // The Phoenix Papers. 2016. Vol. 2 (2). P. 90–117.
5. *Молодяков В. Э.* Растерянное поколение: старые и новые проблемы японской молодежи // Япония: экономика и общество в океане проблем. М.: Ин-т востоковедения РАН; Ассоциация японоведов; Японский фонд, 2012. С. 114–126.
6. *Furlong Andy*. The Japanese hikikomori phenomenon: acute social withdrawal among young people // The Sociological Review. 2008. Vol. 56 (2). P. 309–325.
7. *Heinze U., Thomas P.* Self and salvation: visions of hikikomori in Japanese manga // Journal of the German Institute for Japanese Studies Tokyo. 2014. Vol. 26 (1). P. 151–169.
8. Online Bibliography of Anime and Manga Research. URL: https://animemangastudies.wordpress.com
9. *Жила А., Бернат А., Деметрович Ж.* Агрессивность и эмоциональный интеллект: исследование на выборке отаку // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. № 4 (33). С. 8. URL: http://mprj.ru (дата обращения 09.09.2017).

10. *Rozema R.* Manga and the Autistic Mind // English Journal. 2015. Vol. 105 (1). P. 60–68.

11. *Saito T.* Hikikomori: Adolscence without End. Minneapolis: Uni. of Minnesota Press, 2013. 208 p.

12. *Мунипов А. Ю.* Тема смерти в японской массовой культуре: Дис. ... канд. культурологии / Гос. ин-т искусствознания. М., 2002. 192 с.

13. *Meng Wang.* Discussion on Japan's Animation Culture and Its Influence // International Conference on Economic Management and Social Science. International Informatization and Engineering. Associations Atlantis Press, 2014. P. 86–89.

ПРЕДПОЧТЕНИЯ ПРИ ВОСПРИЯТИИ ДВОЙСТВЕННЫХ ИЗОБРАЖЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА *

М. П. Мезенцева

Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск
mezya@mail.ru

PREFERENCES DURING PERCEPTION OF AMBIGUOUS FIGURES AMONG PRE-SCHOOL CHILDREN

M. P. Mezentseva

Изучение восприятия двойственных изображений является междисциплинарной областью, представленной не только психологией, но также философией сознания и физиологией. В каждой из этих областей знания присутствуют разные способы объяснения – через восходящие и нисходящие процессы [1, 2]. В психологии наличие этого противоречия есть признак часто встречающейся бинарной оппозиции «внутреннее – внешнее», что с современной точки зрения представляет собой методологическую ошибку. Поиск гибридной, а в перспективе и интегративной модели приводит к необходимости поиска иных методов исследования. Одним из таких путей является изучение восприятия двойственных изображений в процессе развития.

Представленное исследование проводилось на детях дошкольного возраста. Выбор данной возрастной группы обусловлен несколькими причинами. Во-первых, детям-дошкольникам не знакома сама идея двойственности. Во-вторых, они не знают конкретных интерпретаций двойственных изображений. И, наконец, в-третьих, существует точка зрения, согласно которой необходимые для восприятия двойственных изображений процессы формируются в возрасте от 3 до 5 лет [2].

Исследование состояло из двух экспериментов, проведенных с участием детей 4–7-летнего возраста, посещающих детский сад № 10 общеразвивающего вида г. Новосибирска.

В первом эксперименте приняли участие 39 детей. Им предъявлялись 6 наборов изображений животных, в каждом из которых было представлено: двойственное изображение, две его однозначные альтернативы и однозначное изображение. Ребёнка просили назвать каждое из изображений

* Исследование выполнено при поддержке фонда РФФИ, отделение гуманитарных и общественных наук (проект № 17-06-01014а «Позитивный смысл торможения конкурирующих интерпретаций при восприятии многозначной информации»).

и сказать, какое изображение нравится ему больше всего. После того, как ребёнок осуществлял выбор, это изображение (либо изображения, в таком случае присваивался средний ранг) убиралось и ребёнка снова просили выбрать наиболее предпочитаемое изображение из оставшихся. Таким образом получался ранговый ряд предпочтений всех четырёх изображений. При этом однозначные альтернативы классифицировались как осознанная и неосознанная в зависимости от того, какую интерпретацию ребёнок давал двойственному изображению. Впоследствии ранговые ряды по всем 6 наборам усреднялись. Сравнение полученных рангов четырёх групп изображений показало наличие значимого различия между двойственными изображениями и однозначными. Однозначные изображения (все три группы) являются более предпочитаемыми по сравнению с двойственными изображениями.

Также в данном эксперименте проверялась гипотеза о различии предпочтений в случаях, когда ребёнок называет, и когда он не называет обе интерпретации двойственного изображения. Во внутригрупповом сравнении различий обнаружить не удалось. В межгрупповом сравнении дети, которые хотя бы в одном случае назвали обе интерпретации, в большей степени предпочитают двойственные изображения по сравнению с детьми, которые ни разу не назвали обе интерпретации.

Во втором эксперименте исследовалось влияние детализированности на выбор изображений в качестве предпочитаемых. Использовались 6 наборов, в каждом из которых были двойственное изображение и три однозначных недетализированных изображения. В исследовании приняли участие 16 детей, общая процедура проведения эксперимента совпадала с описанной выше.

Результаты свидетельствуют о меньшем предпочтении двойственных изображений по сравнению с гипотетической медианой, равной двум, однако в сравнении с данными эксперимента 1 произошёл значимый сдвиг в сторону предпочтения. Это свидетельствует о том, что недетализированность изображений может рассматриваться как детерминанта непредпочтения детьми дошкольного возраста двойственных изображений, однако объяснительная модель должна содержать и другие факторы.

Таким образом, двойственные изображения оказываются в дошкольном возрасте менее предпочитаемыми по сравнению с однозначными изображениями. Одной из причин непредпочтения двойственности является недетализированность таких изображений. Возможным теоретическим объяснением непредпочтения двойственности в дошкольном возрасте служит предсказываемое беглостью обработки [3] предпочтение более простых стимулов. Проверка иных параметров беглости обработки информации предполагается в последующих исследованиях.

Список литературы

1. *Long G. M., Toppino T. C.* Enduring interest in perceptual ambiguity: alternating views of reversible figures // Psychological Bulletin. 2004. Vol. 130 (5). P. 748–768. URL: https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.5.748

2. *Wimmer M. C., Doherty M. J.* The development of ambiguous figure perception // Monographs of the Society for Research in Child Development. 2011. Vol. 76 (1). P. 1–130. URL: http://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2011.00589.x

3. *Reber R., Schwarz N., Winkielman P.* Processing Fluency and Aesthetic Pleasure: Is Beauty in the Perceiver's Processing Experience? // Personality and Social Psychology Review. 2004. Vol. 8 (4). P. 364–382. URL: https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0804_3

КАТЕГОРИИ ЦЕЛОСТНОСТИ И ОТКРЫТОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА В КОНТЕКСТЕ ГАРМОНИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ УЧАЩИХСЯ

Н. В. Минайчева

ГБНУ ВО «Московский институт открытого образования» г. Москва
nminaycheva@yandex.ru

CATEGORY INTEGRITY AND OPENNESS OF THE EDUCATIONAL SPACE IN THE CONTEXT OF THE HARMONIOUS DEVELOPMENT OF PERSONALITY OF STUDENTS

N. V. Minaycheva

Можно с уверенностью утверждать, что в настоящее время особое значение приобретает модификация отечественного образования, как важнейшего фактора духовно-нравственного развития России. Стратегическая цель государственной политики в области образования – повышение доступности качественного образования, соответствующего требованиям инновационного развития экономики, современным потребностям как общества в целом, так и каждого гражданина. Развитие системы общего образования, интегративно объединяющегося с дополнительным образованием с целью формирования целостного образовательного пространства, предусматривает индивидуализацию образовательных траекторий учащихся, ориентацию на практические навыки и фундаментальные умения. Выпускнику современной школы нужна не сумма знаний и навыков, а способности к их получению; не исполнительность, а инициатива и самостоятельность. Саморазвитию научить нельзя – эта способность напрямую не передается. Но педагог может создать условия для формирования этой способности. Умение создать такие условия становится профессиональным требованием к педагогу.

Как подчеркнул Президент России Владимир Путин в Послании Федеральному собранию 1 декабря 2016 года «В основе всей нашей системы образования должен лежать фундаментальный принцип: каждый ребенок, подросток одарен, способен преуспеть и в науке, и в творчестве, и в спорте, в профессии и в жизни. Раскрытие его талантов – это наша с вами задача, в этом – успех России». Именно реализации этой цели и должна соответствовать интеграция основного и дополнительного образования. Сущность формирования целостного образовательного пространства в условиях интеграции заключается:

- в предоставлении каждому ребенку наряду с общим образованием возможности для развития индивидуальных и творческих способностей;
- в разработке интегрированных занятий и гибких учебных планов;
- в осуществлении дифференцированного подхода в процессе обучения и воспитания с учетом интересов обучающихся;
- в организации воспитательной работы на основе сотрудничества школьных коллективов с творческими объединениями учреждений дополнительного образования.

Обеспечение решений перечисленных функциональных задач с учетом особенностей и возможностей каждого общеобразовательного учреждения и является критерием при выборе системы принципов, позволяющих создать в образовательном учреждении целостное образовательное пространство, в котором базовое (общее) и дополнительное образование выступают как равноправные взаимодополняющие компоненты. Эффективность при формировании целостного образовательного пространства достигается посредством максимальной реализации функций дополнительно образования, а именно:

- образовательной – обучение ребенка по дополнительным образовательным программам, получение им новых знаний;
- креативной – создание гибкой системы для реализации индивидуальных творческих интересов личности;
- воспитательной – обогащение и расширение культурного слоя общеобразовательного учреждения, формирование в школе культурной среды, определение четких нравственных ориентиров;
- компенсационной – освоение ребенком новых направлений деятельности, дополняющих основное образование и создающих эмоционально значимый для ребенка фон, предоставление ребенку гарантий достижения успеха в избранных им сферах творческой деятельности. Компенсационную функцию определяют так же как психотерапевтическую, поскольку именно в этой сфере обучающиеся получают возможность индивидуального развития тех способностей, которые не всегда получают поддержку в учебном процессе. Будучи слабо успевающим по основным школьным дисциплинам, в системе дополнительного образования ребенок может оказаться в числе лидеров. Опыт лучших школ показывает, что педагогам дополнительного образования, зачастую, удается снять стереотип однозначного восприятия школьника как «неуспешного» или «трудного»;
- рекреационной – организация содержательного досуга как сферы восстановления психофизических сил ребенка;
- профориентационной – формирование устойчивого интереса к социально значимым видам деятельности, содействие определению жизненных планов ребенка, включая предпрофессиональную ориентацию. При

этом общеобразовательное учреждение способствует не только дифференциации интересов ребенка, но и помогает выбрать форму дополнительного образования, где его способности и получают развитие;

- интеграционной – создание единого образовательного пространства;
- функции социализации – освоение ребенком социального опыта, приобретение им навыков воспроизводства социальных связей и личностных качеств, необходимых для жизни;
- функции самореализации – самоопределение ребенка в социально и культурно значимых формах жизнедеятельности, успех, саморазвитие.

Перечень функций показывает, что дополнительное образование детей, очевидно, является неотъемлемой частью любой эффективно функционирующей образовательной системы. Современное дополнительное образование детей должно представлять особый тип образования, объединяющее воспитание, обучение и развитие в единый процесс с целью удовлетворения и развития познавательных интересов, творческого потенциала ребёнка, содействуя процессам самореализации и социализации личности.

Таким образом, целью дополнительного образования детей является разностороннее развитие ребенка как личности, ориентирующейся в традициях мировой культуры, в современной системе ценностей, способной к социальной адаптации, к самообразованию, самосовершенствованию и самостоятельному жизненному выбору. Задачами дополнительного образования является не только процесс успешной социализации, но и индивидуализации личности ребенка, развитие его творческих способностей. Д. И. Фельдштейн отмечает, что «процессы социализации и индивидуализации представляются неразрывно взаимосвязанными компонентами единого процесса развития личности, определенный уровень которого порождает самоуправление личности, сознательно организующей свою собственную жизнь, следовательно, и определяющей в той или иной мере свое собственное развитие» [1]. По мнению автора, личностное развитие заключается в индивидуальном освоении социального, как выражения общего социального, присвоение которого проявляется в определенном уровне самосознания, самоопределения [2]. В условиях целостного образовательного пространства, образованного путем интеграции основного и дополнительного образования, дети с признаками одаренности, с ограниченными возможностями здоровья, как и все остальные, могут удовлетворять индивидуальные потребности, развивать творческий потенциал, адаптироваться в современном обществе. Если ребенок имеет возможность жить полноценно, реализовать себя социально, готовиться к освоению профессии, это значительно повышает его шансы достичь успеха в будущем.

Результатами реализации интеграционной модели урочной и внеурочной деятельности являются:

- повышение интереса учащихся к образовательному процессу;
- повышение психологического комфорта в образовательном учреждении;
- консолидация деятельности всех субъектов образовательного процесса, направленная на создание условий для полноценного развития личности ребенка.
- и, как следствие, формирование целостности образования в единстве урочной и внеурочной деятельности.

В данном контексте дополнительное образование имеет целью компенсировать недостатки и противоречия традиционной школьной системы и часто удовлетворяет насущные образовательные потребности, которые не в состоянии удовлетворить общее образование. Особо следует отметить, что теоретические основы дополнительного образования – одна из наименее разработанных проблем педагогики. К числу дискуссионных вопросов относится проблема цели дополнительного образования. Так, В. А. Горский в «Концепции дополнительного образования» в качестве цели дополнительного образования выделяет социально-педагогическую поддержку личности ребенка. А. Г. Асмолов определяет ее, как формирование мотивации ребенка к познанию и творчеству. И в то же время рассматривает дополнительное образование как зону ближайшего развития образования в России. Для развития и становления системы дополнительного образования необходимы новые подходы, направленные на личностное развитие ребёнка и его воспитание специфическими средствами, методами, присущими прикладному, художественному, эстетическому и другим видам творчества. Ключевая социокультурная роль дополнительного образования состоит в том, что мотивация внутренней активности саморазвития детской и подростковой субкультуры становится задачей всего общества, а не отдельных организационно-управленческих институтов: детского сада, школы, техникума или вуза.

Соответственно, помимо целостности, важное значение в развитии личности учащихся имеет критерий открытости образовательного пространства. Как отмечается в докладе Юнеско «Учиться быть», образование не должно больше ограничиваться стенами школы. Все существующие учреждения, независимо от того, предназначены они для обучения или нет, должны использоваться в образовательных целях. На современном этапе развития системы образования наиболее актуальными для формирования открытого образовательного пространства являются сетевая модель и модель социального партнерства.

Сетевая форма реализации образовательных программ – обеспечивает возможность освоения обучающимся образовательной программы с использованием ресурсов нескольких организаций, осуществляющих образовательную деятельность, в том числе иностранных, а также при необхо-

димости с использованием ресурсов иных организаций. В реализации образовательных программ с использованием сетевой формы наряду с организациями, осуществляющими образовательную деятельность, также могут участвовать научные организации, медицинские организации, организации культуры, физкультурно-спортивные и иные организации, обладающие ресурсами, необходимыми для осуществления обучения, проведения учебной и производственной практики и осуществления иных видов учебной деятельности, предусмотренных соответствующей образовательной программой [3].

Социальное партнерство представляет собой следующие формы взаимодействия в процессе формирования образовательного пространства:

- система отношений данной образовательной организации с учреждениями (организациями), обеспечивающая возможность привлечения их образовательных ресурсов для освоения образовательных программ определенного уровня и направленности учащимися данного образовательного учреждения;
- система взаимоотношений между работниками (представителями работников), работодателями (представителями работодателей), органами государственной власти, органами местного самоуправления, направленная на обеспечение согласования интересов работников и работодателей по вопросам регулирования трудовых отношений и иных непосредственно связанных с ними отношений. Это детально проработанная и гибкая форма сотрудничества, построенная на четком распределении ролей, ответственности, долей участия, содержащая как социальные, так и экономические аспекты [3].

В завершении подчеркнем несколько важных для формирования гармоничной личности обучающихся положений, реализуемых посредством создания целостного, открытого образовательного пространства.

- Основное и дополнительное образование не должны существовать друг без друга, ибо по отдельности они односторонни и неполноценны.
- Интеграция основного и дополнительного образования позволяет сблизить процессы воспитания, обучения и развития, что является одной из наиболее сложных проблем современной педагогики.
- Необходимость полного цикла образования в общеобразовательном учреждении обусловлена новыми требованиями к образованности современного человека. Сегодня она определяется не столько предметными знаниями, сколько его разносторонним развитием как личности, ориентирующейся в традициях отечественной и мировой культуры.
- Для того чтобы дополнительное образование могло в полной мере реализовать заложенный в нем потенциал, необходима четкая и слаженная работа всей педагогической системы. Только совместные продуманные действия всех субъектов образовательной системы могут стать основой

для создания целостного образовательного пространства на уровне школы, города, региона…

Отметим, что вышеперечисленные выводы составляют концептуальную основу целостного открытого образовательного пространства, соответствующего главным принципам гуманистической педагогики: признание уникальности и самоценности человека, его права на самореализацию, личностно-равноправная позиция педагога и ребенка, ориентированность на его интересы, способность видеть в нем личность, достойную уважения.

Список литературы

1. *Фельдштейн Д. И.* Психология развивающейся личности. М.: Ин-т практической психологии, Воронеж: МОДЭК, 1996. 512 с.

2. *Фельдштейн Д. И.* Глубинные изменения детства и актуализация психолого-педагогических проблем развития образования. СПб.: СПбГУП, 2011. (Избранные лекции Университета; Вып. 119)

3. *Гершунский Б. С.* Образовательно-педагогическая прогностика. Теория, методология, практика: Учеб. пособие. М.: Флинта: Наука, 2003. 768 с.

СБАЛАНСИРОВАННОСТЬ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ КАК ФАКТОР АКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

О. Н. Попова

ОО «НИКА» МКУ г. Новосибирска ЦППМ «Родник»
Ankor-akc@yandex.ru

BALANCING OF THE TEMPORARY PERSPECTIVE AS A FACTOR OF ACTIVE ACTIVITY

O. N. Popova

Изучение факторов, определяющих специфику временной перспективы на сегодняшний день не является новым направлением психологии. Начиная с прошлого века разработан ряд концепций, определяющих и описывающих временную перспективу такие, как: пространственно-психологическая модель К. Левина; временная перспектива как мотивационная установка Ж. Нюттена; причинно-следственная концепция Е. И. Головахи и А. А. Кроник; концепция личностной организации времени К. А. Абульхановой-Славской. Как считает О. С. Ширяева, большинство исследователей выделяют внешние, объективные (Б. Г. Ананьев, Е. В. Антонов, Л. И. Анцыферова, Е. Бастин, Л. Бауфард, В. В. Бочаров, Н. Браун и др.) и внутренние, субъективные факторы, определяющие характер временной перспективы личности (Д. Бьюдженталь, Дж. Келли, А. Маслоу, Г. Мерфи, Р. Мэй, Г. Мюррей, Г. Оллпорт, К. Роджерс и др.) [1].

В отечественной науке также есть много работ, связанных с исследованиями временной перспективы: взаимозависимость суицидального поведения с временной перспективой И. М. Ермоловой и А. В. Штраховой; временная перспектива при различных типах оценки среды жизнедеятельности О. С. Ширяева и Е. А. Навроцкая; временная перспектива старших школьников Е. А. Денисова и И. М. Ткаченко; временная перспектива успешных и неуспешных людей О. Н. Саковская; временная перспектива в ситуациях межличностного конфликта М. Р. Хачатурова и А. К. Болотова; особенности временной перспективы людей, различных профессий Н. С. Терехина; исследования волевой активности, изучение механизмов организации целенаправленного поведения, включающих в себя выбор из спектра целей, принятие решения и инициацию действий во времени В. В. Гордеев; О. В. Лукьянов, Ю. Ю. Неяскина [2–9]. Исследования временной перспективы, как мотивационной установки, согласно концепции Ж. Нюттена, нашли продолжение в работах Н. Н. Толстых, которая исследовала мотивацию и временную перспективу у подростков. Методиче-

ский подход и оригинальность этих идей были использованы в работах Б. В. Зейгарник, А. Б. Орловой, Ю. А. Васильевой, Д. А. Леонтьева [10–12].

Человеческая жизнь наполнена деятельностью и тем самым она качественно отличается от жизни других высокоорганизованных животных. И эта деятельность, выходит за пределы удовлетворения тех потребностей, которые поддерживают жизнеобеспечение, она связана и с достижением общественно значимых целей, и с заботой о других людях [13]. Влияние времени на функционирование и активность личности является актуальным вопросом, человек организует свою деятельность во времени и выстраивает собственную временную перспективу в соответствии со своими потребностями и реальными условиями внешней среды.

В данной статье рассмотрена проблема сбалансированности временной перспективы, в отношении взрослых, на примере личностей, занимающихся предпринимательством на протяжении длительного времени. Выдвинуто предположение о том, что эффективность деятельности личности зависит от сбалансированности количества и направленности мотивационных объектов, расположенных на оси временной перспективы.

Для понимания проблемы необходимо рассмотреть существующие на сегодняшний день идеи о взаимовлиянии временной перспективы и поведения, направленного на деятельность.

Ф. Зимбардо изучил, эмоциональный аспект временной перспективы и его влияние на поведение человека. По мнению Ф. Зимбардо, позитивная или негативная установка к собственному прошлому, настоящему и будущему влияет на поведение личности в настоящем [14]. По его мнению, люди, ориентированные на будущее, более успешны в профессии и учебе, правильно питаются, регулярно занимаются спортом и планируют профилактические посещения врачей. Ориентированные на будущее люди с большой вероятностью будут успешными и с наименьшей вероятностью будут помогать другим. И наоборот, ориентированные на настоящее люди, скорее всего, не будут успешными, зато они готовы помогать нуждающимся. По мнению Ф. Зимбардо, для одних прошлое наполнено положительными воспоминаниями о семейных традициях, успехе и удовольствиях, а для других прошлое составлено из негативных воспоминаний – мучений, ошибок и сожалений. Разное восприятие своего прошлого играет роль в принятии решений в настоящем, потому как становится ограничивающей точкой зрения, преобладающей в уме тех, кто позитивно или негативно относится к своему прошлому [14].

Ж. Нюттен к проблеме активности и временной перспективы подошел с позиции взаимоотношений индивида с окружающей средой. Он рассматривал мотивации, как динамический аспект поведения, посредством которого индивид осуществляет свою деятельность. Для него мотивация пред-

ставляет собой активный процесс направленного на достижение целей поведения [15]. Временная перспектива представляет собой некую перспективу будущего наполненную мотивационными объектами, которые активируют поведение личности. По Ж. Нюттену, «протяженная временная перспектива способствует постановке субъектом отдаленных целей и выработке долгосрочных поведенческих проектов…» в то время, как субъект, который имеет короткую временную перспективу будет неспособен найти средства и цели для удовлетворения своих потребностей. В соответствии с этим, по его мнению, чем более насыщена мотивационными объектами временная перспектива и имеющая большую глубину, тем более успешной будет деятельность человека. При этом Ж. Нюттен не отвергал значение эмоционального отношения к периодам жизни, но главную роль отдавал направленной целевой активности личности. В противоположность этим идеям К. Роджерс, Маслоу, Ф. Перлз утверждали, что жизнь человека погруженного только в настоящий момент более эффективна, чем у того, кто строит воздушные замки [16].

Противоречие, присутствующее в данных точках зрения, вполне решается пониманием сбалансированности характеристик временной перспективы. Как отмечает в своей работе Ж.Нюттен, « «объектный» (содержательный) аспект перспективы будущего состоит из целевых объектов и структур «средство-цель», виртуально присутствующих в сознании индивида, действующего в актуальной ситуации [15]. Сама перспектива будущего строится на основе репрезентации мотивационных объектов, расположенных в определенных темпоральных зонах. Основными характеристиками временной перспективы, согласно Ж. Нюттена, являются протяженность, глубина, насыщенность, степень структурированности и уровень реалистичности: под протяженностью понимается весь временной период времени, присутствующий во временной перспективе; под глубиной понимается то, на сколько далеко в будущем располагаются объекты – цели, под насыщенностью – количество разнообразных объектов; под степенью структурированности – распределение объектов по темпоральным зонам; под уровнем реалистичности понимается объективная возможность достижения объектов-целей. Мотивационная природа временной перспективы выступает как целевой активатор поведения в настоящем, содержание и расположение объектов в темпоральных зонах взаимосвязано с направленностью активности деятельности и величиной ее проявления.

Соответственно, малое количество мотивационных объектов во временной перспективе будет ограничивать личность в видении возможностей, которые предоставляет жизнь, и, следовательно, снижать деятельную активность. С другой стороны, слишком большое целевое разнообразие временной перспективы приведет к потере понимания смысла и осознания

достигнутых целей, личность не успевает ассимилировать полученный опыт, как результат не наступает осознанное удовлетворение от собственной деятельности. Человек находится в «погоне» за результатами, при этом не осознавая для чего ему это нужно и какие свои потребности он при этом удовлетворяет. Необходим некий баланс насыщенности мотивационными объектами темпоральных зон, при котором активность деятельности будет осознаваемой и достаточно высокой, также необходим баланс в направленности целей, которые дают возможность человеку оставаться в активном и разностороннем взаимодействии с социумом.

Можно выделить отдельные виды сбалансированности временной перспективы по насыщенности объектами темпоральных зон и направленности этих объектов. Насыщенность может быть представлена следующими видами: «обедненный», при котором временная перспектива имеет ограниченное количество мотивационных объектов; «умеренно насыщенный», во временной перспективе представлено оптимальное количество мотивационных объектов, затрагивающих разные стороны жизни человека и «квазинасыщенный», предполагающий расположение большого количества мотивационных объектов, превышающее оптимальный уровень. По направленности объектов временная перспектива может быть представлена двумя видами: «направленная на проблему» и «направленная на жизнь». «Направленная на проблему» временная перспектива содержит мотивационные объекты, так или иначе связанные с одной или двумя актуальными проблемными темами и минимальное количество объектов, направленных на другие жизненные потребности. В свою очередь, «направленная на жизнь» временная перспектива содержит разнообразие мотивационных объектов, отражающих потребности в различных жизненных сферах человека.

«Обедненная» временная перспектива, содержащая малое количество объектов, и «направленная на проблему» будет у личностей, чья деятельность на данный период времени находится стагнации. Человек, находящейся в кризисном или пост кризисном состоянии, имеет суженое восприятие жизни и себя, временная перспектива в этом случае содержит малый набор мотивационных объектов, имеет короткую протяженность и сосредоточена вокруг одной или двух субъективно определяемых проблем. У предпринимателей это будет выражаться в том, что предприятие находится в убыточном состояние, а сам человек имеет пессимистичное настроение. В таких ситуациях человек отказывается продолжать заниматься самостоятельным бизнесом и переходит на работу по найму. В направленности мотивационных объектов чаще всего присутствуют иррациональные объекты: «все наладится»; «в стране улучшится экономическая ситуация»; «все будет хорошо» и т. д. В данной ситуации самореализация не происходит, личность находится в процессе самосохранения, самовыживания.

Важно учитывать, что мы имеем дело с психически сложной личностью, с высокой самоорганизованностью, здесь не идет речь об индивидах с упрощенной психической организацией, с временной перспективой изначально обедненной, наполненной примитивными, чаще биологическими потребностями и имеющей короткую протяженность. «Квазинасыщеная» временная перспектива и «направленная на проблему» будет у человека, ведущего социально активный образ жизни. Такая личность в настоящем проявляет высокую активность в области проблемы, однако, это не дает желаемых результатов. Предприниматели с такой временной перспективой обычно имеют грандиозные планы в направлении развития бизнеса, очень часто они на протяжении десятков лет в своем бизнесе находятся на стадии «стартап». Самореализация в этом случае также затруднена, человек предпринимает бесчисленные попытки продвинуться в достижении своей цели, но каждый раз оказывается на том же уровне. Оптимально насыщенная (сбалансированная) временная перспектива с «направленностью на жизнь» будет у личности самореализующейся, активность деятельности которой имеет продуктивный характер и приводит к достижению желаемых результатов. Именно в этом случае можно говорить о сбалансированности временной перспективы. Предприниматели со сбалансированной перспективой имеют оптимальное количество мотивационных объектов, распределенных по темпоральным зонам, при этом это объекты направленные на различные области жизни человека (на отношения с другими, рабочие планы, отдых, саморазвитие и др.). При сбалансированной временной перспективе личность способна целенаправленно направлять свои усилия на достижение намеченных целей, при этом проявляя достаточную активность.

Отдаленные цели, долгосрочное планирование делает возможным прогрессивное движение личности в своей самореализации, но именно при активном внимании к потребностям настоящего можно ожидать осознанности проживания своей жизни, эффективности деятельности и удовлетворенности от этой деятельности. Баланс сосредоточенности на дальних и ближних целях (мотивационных объектах), является основой целенаправленной эффективной деятельности, в тоже время нарушение баланса негативно влияет на самовосприятие и самореализацию личности. Сбалансированность разнообразия целевой активности будет определять способность личности концентрироваться на главных целевых направлениях своей деятельности, при этом осознанно участвовать в проживании своей жизни в настоящий период.

В заключение можно говорить о том, что сбалансированность временной перспективы выступает, как системная характеристика успешной деятельности личности. Отклонение характеристик временной перспективы от оптимального уровня по насыщенности мотивационными объектами,

направленности и распределению на временной оси приводит к снижению эффективности деятельности личности, в худшем случае к депрессии. Необходимы дальнейшие исследования сбалансированности временной перспективы для выявления оптимального уровня значений характеристик, свойственных успешным, эффективно действующим личностям.

Список литературы

1. *Ширяева О. С., Навроцкая Е. А.* Временная перспектива личности при разных типах оценки среды жизнедеятельности // Вестн. Краунц. Гуманитарные науки КГУ им. Витуса Беринга. Петропавловск-Камчатский, 2011. С. 108–118.
2. *Абульханова К. А., Березина Т. Н.* Время личности и время жизни. СПб.: Алетейя, 2001. 304 с.
3. *Беккер И. И.* Временная перспектива как характеристика личности предпринимателя // Социология и право. 2013. № 2 (19). С. 41–46.
4. *Гордеев В. В.* Психологические особенности волевой активности во временной перспективе личности: Автореф. дис. … канд. психол. наук. М., 2014. 28 с.
5. *Ермолова И. М., Штрахова А. В.* Временная перспектива и переживания безнадежности в структуре внутренних форм суицидального поведения // Вестн. ЮУрГУ. Серия «Психология». 2015. Т. 8, № 4. С. 39–51.
6. *Караваева Л. П.* Особенности представления о будущем в период середины жизни личности у людей с разной временной перспективой // Человеческий капитал. 2013. № 4 (52). С. 23–27.
7. *Лукьянов О. В., Неяскина Ю. Ю.* Смысловые детерминанты временной перспективы личности // Вестн. Том. гос. ун-та. 2012. № 360. С. 152–157.
8. *Осницкий А. К.* Психологические механизмы самостоятельности. М.; Обнинск: ИГ – СОЦИН, 2010. 232 с.
9. *Хачатурова М. Р., Болотова А. К.* Временная перспектива личности и выбор стратегий совладающего поведения в ситуации межличностного конфликта // Культурно-историческая психология. 2012. № 1. С. 69–76.
10. *Васильева Ю. А.* Особенности смысловой сферы личности у лиц с нарушениями социальной регуляции поведения: Дис. … канд. психол. наук. М., 1995.
11. *Леонтьев Д. А.* Методика предельных смыслов (методическое руководство). М.: Смысл, 1999.
12. *Толстых Н. Н.* Жизненные планы старшеклассников. Варианты временной перспективы // Педагогика. 1989. С. 25–55.

13. *Терехина Н. С.* Субъективные и личностные характеристики людей различных профессий при построении временной перспективы: Дис. … канд. психол. наук. М., 2014. 261 с.

14. *Зимбардо Ф., Бойд Дж.* Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь. СПб.: Речь, 2010. 352 с.

15. *Нюттен Ж.* Мотивация, действие и перспектива будущего / Под ред. Д. А. Леонтьева. М.: Смысл, 2004. 608 с.

16. *Мандрикова Е. Ю.* Современные подходы к изучению временной перспективы личности // Психологический журнал. 2008. Т. 29, № 4. С. 54–65.

ИГРА КАК ФАКТОР СОЦИАЛИЗАЦИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЁНКА

Н. А. Тарасевич

Новосибирский государственный педагогический университет
г. Новосибирск
ntpararam@gmail.com

THE GAME AS A FACTOR OF SOCIALIZATION AND EMOTIONAL HEALTH OF A CHILD

N. A. Tarasevich

Мы играем не потому, что мы дети…

К. Грос

Игра охватывает огромный пласт человеческой деятельности: в широком философском смысле к игровой деятельности можно отнести ритуалы, праздники, обряды, мифологию, декоративно-прикладное искусство, спортивные состязания и, в том числе, трудовую деятельность – не случайно возникла поговорка «Работает играючи». В узком смысле к игре относят весь спектр детских и юношеских забав: пальчиковые игры для малышей, настольные игры, сюжетно-ролевые и подвижные игры для детей, подростков и юношества. Объём доклада не позволяет подробно разобрать все виды игры, и мы остановимся на подвижных играх как универсальном и методически простом средстве педагогического и психологического воздействия на здоровых детей и на детей с отклоняющимся поведением.

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как физическое, психическое, интеллектуальное, эмоциональное и социальное благополучие. Из этих пяти составляющих здоровья рассмотрим благополучие социальное и эмоциональное и их связь с игрой.

В дошкольном возрасте игра является ведущей формой деятельности и практикой развития ребёнка. В более старшем возрасте существенное значение в развитии личности ребёнка, подростка и юноши приобретает неигровая повседневная бытовая деятельность, но роль игры в социализации и эмоциональном развитии по-прежнему очень важна.

Существующие со времён Шиллера теории игры условно можно разделить на две группы: игра как способ развития физических и душевных сил ребёнка (Ф. Шиллер, К. Грос, В. В. Зеньковский, С. А. Шмаков) и игра как выброс накопившейся «лишней» энергии (Спенсер и др.), а также способ

убить свободное время – это мнение большинства современных педагогов и родителей. Теория избавления от лишней энергии во время игры не физиологична, так как ни у одного из живых организмов лишней энергии нет и быть не может – вся биохимия в организме работает на выработку энергии, необходимой для жизнедеятельности и поддержания двигательной активности, которая нужна для поиска источника энергии – пищи, а движение, в свою очередь, вырабатывает необходимую организму энергию. Необходимость движения как источника энергии для жизнедеятельности всего живого подтверждает афоризм «Движение – это жизнь».

Подвижные детские игры не только развивают эмоциональную, эстетическую, интеллектуальную, социальную и двигательную сферы личности ребёнка, но и являются универсальным и мягким средством коррекции перечисленных функций. При этом наиболее эффективными в социальном и психологическом плане являются традиционные народные игры, в которых сконцентрирован педагогический опыт многих поколений.

Подвижная игра не представляет собой чего-то случайного и присутствует у всех народов и на всех стадиях культурного развития, а также у детёнышей животных, что говорит о её естественной биологической природе.

Ловкость, пластику и грацию движений, силу выносливость и умение перемещать себя в пространстве и ориентироваться в нём, мышечное чувство и координацию движений – эти качества, характеризующие уровень физического развития, ребёнок вырабатывает в игре.

Движение и связанное с ним мышечное чувство являются для ребёнка первичной школой мышления (И. М. Сеченов), а ситуация игры требует смекалки, сообразительности, быстрой спонтанной реакции, находчивости, следовательно, развивает его интеллектуально.

Игра всегда эмоциональна, она будит у играющих сильные и яркие чувства, но она же учит не слепо следовать эмоциям, но согласовывать их с правилами и конечной целью игры. Таким образом, игра воспитывает самоконтроль и является лучшей формой организации эмоционального поведения. Подчиняя импульсивные желания правилам игры, ребёнок совершает волевое усилие, тренируя тем самым волю.

Что касается социальной функции, то, по выражению Л. С. Выготского «…игра является величайшей школой социального опыта, так как в ней усилие ребёнка всегда ограничивается и регулируется множеством усилий других играющих. Во всякую игру входит, как непременное её условие, умение координировать своё поведение с поведением других, становиться в активное отношение к другим, нападать и защищаться, вредить и помогать, рассчитывать наперёд результат своего хода в общей совокупности всех играющих. Такая игра есть живой коллективный опыт ребёнка

и в этом отношении она представляет из себя совершенно незаменимое орудие воспитания социальных навыков и умений» [1].

В классическом труде по общей психологии С. Л. Рубинштейн даёт следующее определение детской игры: «Игра является деятельностью, в которой разрешается противоречие между быстрым ростом потребностей и запросов ребёнка и ограниченностью его оперативных возможностей. Игра – способ реализации потребностей и запросов ребёнка в пределах его возможностей» [2]. Какие же запросы и потребности позволяет удовлетворить подвижная детская игра? В первую очередь в общении и чувстве принадлежности к группе сверстников, которое особенно ярко выражено в возрасте от 10 до 16–18 лет. Неудовлетворение этой потребности вызывает у детей и подростков душевный дискомфорт, чувство одиночества, скованности в общении, формирует низкую самооценку, что в свою очередь приводит к асоциальному поведению как способу самоутверждения и преодоления коммуникативных комплексов.

Если не всё, то очень многое в молодёжной субкультуре можно объяснить нарушением контактных взаимоотношений и недоразвитием эмоционально-волевой сферы, которые изначально формируются и созревают в игре. Подвижная игра задаёт такую модель поведения и общения, которая обеспечивает ребёнку активное и свободное взаимодействие со сверстниками, раскрепощает его, формирует и тренирует социальные навыки и умения. Ситуация подвижной игры обеспечивает ребёнку разнообразное и всегда положительно окрашенное взаимодействие со сверстниками.

Механизм эмоционального развития ребёнка в игре хорошо объясняется при помощи закона двойного выражения чувств описанного В. В. Зеньковским в «Психологии детства» [3]. Чтобы закрепиться в душевной жизни, чувство должно быть выражено физически и психически. Физически чувство выражается движением, мимикой, изменением мышечного тонуса и других физиологических параметров, а психически – через внутреннее проживание при помощи образов. Эти два способа выражения чувств не могут быть заменены один другим – если эмоция не будет прожита в образе, она не сможет закрепиться в душевном строе ребёнка. В условной ситуации подвижной игры ребёнок в образах проживает подлинные чувства – это разнообразные положительные эмоции: дружелюбие, радость, сопереживание, азарт, сочувствие, чувство единения, защищённости, веселья и др., которые по закону двойного выражения чувств закрепляются в душевном строе и составляют фундамент личности ребёнка.

Таким образом, подвижные игры являются универсальным, мягким и адекватным средством социального и эмоционального развития и коррекции детей. Простая методика проведения подвижной народной игры доступна не только квалифицированным специалистам, но и широкому кругу педагогов, родителей, воспитателей летних лагерей отдыха.

Под эгидой ЮНЕСКО учёными ряда стран было проведено масштабное исследование «Дети и игра». Один из выводов этого исследования был следующий: «Решающее значение имеет отношение взрослых к играм детей – враждебно настроенные или безразличные родители и педагоги могут свести к нулю игровые способности детей» [4].

Из этого следует, что необходимо повысить этнокультурную компетенцию педагогов, психологов, родителей и всех заинтересованных лиц с тем, чтобы вернуть современным детям подвижные игры, в которых они нуждаются и на которые имеют право.

Список литературы

1. *Выготский Л. С.* Игра и её роль в психологическом развитии ребёнка // Вопросы психологии. 1966. № 6. С. 62–76.
2. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2000.
3. *Зеньковский В. В.* Психология детства М., 1996.
4. Дети и игра // Курьер ЮНЕСКО. 1980. № 2. С. 4.

ВОСПРИЯТИЕ ЭСТЕТИЧЕСКИХ И ЭТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК МУЛЬТИПЛИКАЦИОННЫХ ПЕРСОНАЖЕЙ ДЕТЬМИ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

И. В. Хан, *Я. С. Лякина*

Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск
ivk075@rambler.ru

PERCEPTION OF AESTHETIC AND ETHICAL CHARACTERISTICS OF MULTIPLICATION CHARACTERS BY CHILDREN OF YOUNG SCHOOL AGE

I. V. Khan, *Ya. S. Lyakina*

Актуальность данного исследования связана с повышением значимости факторов влияния культуры на психическое здоровье [1; 2]. В последнее время рассматриваются проблемы современных детей в связи с изменением характеристик детской субкультуры, в частности, изменение качества детской агрессии, по Е. О. Смирновой, связано со снижением способности к сопереживанию и стиранием ощущения порога вседозволенности, предвидения последствий своих действий [3].

Проблема. В качестве значимого фактора рассматривается проблема влияния современной информационной среды на детей. Согласно данным современных опросов родителей М. В. Соколовой, около 75 % дошкольников проводят свободное время у телевизора каждый день, причем, средний возраст первого просмотра составляет примерно 1,8 лет [4]. Специалисты отмечают, что в настоящее время именно мультфильм стал для ребенка одним из основных носителей и трансляторов представлений о мире, об отношениях между людьми и нормах их поведения [4; 7]. Если ребенок соотносит себя с определенным героем, он становится объектом идентификации, образцом для подражания [8–10]. Сформированность эстетических и этических представлений является важной составляющей развития высших чувств (сопереживание, эмпатия, вчувствование в Другого) [3; 7].

Исходя из данных тенденций, интересным было бы исследовать содержание эстетических и этических представлений у современных детей, способны ли они разделять эстетические переживания, свойственные классической культуре, или же у них отмечается не целостное представление, которое формируется под воздействием современной культуры.

Новизна. В настоящее время растет количество публикаций, в которых отмечается необходимость изучения особенностей восприятия и понимания современных мультфильмов детьми дошкольного и младшего школьного возраста, которые проводят огромное количество времени за их просмотром, с целью профилактики нежелательных последствий для развития личности ребенка [3; 6; 11; 12]. Однако по-прежнему отмечается недостаточное количество эмпирических исследований по причине трудности разработки дизайна подобных исследований [12].

Цель исследования: изучение особенностей восприятия эстетических и этических характеристик мультипликационных персонажей младшими школьниками.

Теоретическая основа исследования и обоснование гипотез

Согласно положениям целостно-диалогического подхода Д. А. Леонтьева, эстетические и этические представления формируются в условиях культуры, которая понимается как «поле коллективных смыслов», а искусство является одним из носителей культурных ценностей и смыслов. Следовательно, опираясь на культурно-историческую концепцию Л. С. Выготского, можно предполагать наличие различий в представлениях детей о красоте, добре, зле, смешном и грустном, сформированных на основании восприятия классических и современных мультфильмов. Согласно канонам Культуры, представления о красоте выражалось в понятии калокагатия – прекрасное-и-доброе. В качестве ведущей тенденции современной культуры исследователи выделяют «телоцентрированность» культуры, ее визуалистскую ориентацию [13]. Отдельным феноменом в постклассической эстетике, по В. В. Бычкову, является эстетизация безобразного (когда предметом искусства становится болезненное, жестокое, злое) [14]. Среди тенденций современной культуры (и мультипликации в частности) отмечается тотальное использование многообразных приемов комического (от юмора до сарказма), что в большей степени ориентирует на развлекательный характер восприятия мультфильмов. В современных мультфильмах даже при наличии грустных переживаний персонажами слишком высокая скорость предъявления видеоряда, отсутствие сюжетных пауз для осмысления происходящего затрудняют осознание внутреннего мира героя и, соответственно, не создают условий для проявления сопереживания. Основываясь на отечественных и зарубежных исследованиях развития эстетических и этических чувств у детей (В. В. Зеньковский, Л. С. Выготский, Л. И. Божович, П. М. Якобсон, А. В. Запорожец, А. Д. Кошелева, Т. П. Гаврилова, А. А. Мелик-Пашаев, Е. О. Смирнова, Н. Ньюкомб и др.) и положениях системного подхода, который предполагает учет комплекс-

ного взаимовлияния биологических, психологических, социокультуральных факторов на психическое развитие, нами были выдвинуты следующие гипотезы.

1. Эстетические представления (представления о красивых и не красивых персонажах), сформированные на основе восприятия персонажей классических мультфильмов, соответствуют категориям классической эстетики и связаны с понятием калокагатии («прекрасный и добрый»), а эстетические представления, сформированные на основе восприятия персонажей современных мультфильмов, связаны с характеристиками внешней привлекательности.

2. Этические представления (представления о добрых и злых персонажах), сформированные на основе восприятия персонажей классических мультфильмов будут более дифференцированы, чем этические представления, основанные на восприятии персонажей современных мультфильмов.

3. Категория «смешного» будет чаще встречаться при описании персонажей современных мультфильмов.

4. Категория «сочувствия» будет чаще наблюдаться в описании отношения к грустным персонажам классических мультфильмов.

Организация и процедура исследования

Для эмпирического исследования была набрана общая выборка из 40 человек, из которых 23 девочки и 17 мальчиков. Возраст испытуемых варьируется от 9 до 10 лет. Выборка представлена учащимися третьего «В» класса начальной школы МБОУ Лицея № 130 имени Академика М. А. Лаврентьева г. Новосибирска.

Методы и этапы исследования

Полуструктурированное интервью

Индивидуальное интервью включает блок вопросов на прояснение эстетических представлений (вопросы о красивых, некрасивых, веселых, грустных персонажах), блок вопросов на прояснение этических представлений (вопросы о добрых и злых персонажах). Отдельный блок вопросов направлен на прояснение личных предпочтений ребенка (вопросы о том, какой его любимый мультфильм, какой его любимый персонаж и хотел ли бы он быть на него похожим) – введен с целью выявления того, какие характеристики дети выделяют чаще при спонтанном описании предпочитаемого персонажа. В интервью также были включены вопросы о том, как

ребенок относится к смешным и грустным персонажам, с целью исследования эмоционального компонента отношения к персонажам.

Контент-анализ данных интервью

Контент-анализ (качественно-количественный анализ содержания) относится к методам экспертной оценки, ориентированным на клинико-содержательный анализ продуктов деятельности испытуемого, заключается в «систематизированной надежной фиксации заданных единиц содержания в исследуемом материале» [15]. В данной работе использован с целью выявить особенности содержания эстетических и этических представления детей, основанных на восприятии персонажей классических и современных мультфильмов. В основу выделения категорий контент-анализа были положены рассмотренные в литературном обзоре содержание и механизмы развития высших чувств (сочувствие, сопереживание, ориентация на Другого), основные эстетические категории, выделенные В. В. Бычковым [14], претерпевающие изменения в современной культуре и искусстве.

Анализ результатов исследования

1. При сравнении групп [1] по выраженности выделенных категорий с помощью *U*-критерия Манна – Уитни было выявлено, что при описании классического персонажа достоверно чаще ($p < 0{,}05$) встречалась категория «калокагатии» (сочетание внутренней и внешней красоты), что соответствует калокагатийному принципу в классической культуре (см. таблицу).
2. Также при описании доброго персонажа достоверно чаще ($p < 0{,}05$) встречались категории «альтруизм» (при описании неклассического персонажа) и «особые феномены» (при описании классического персонажа).
3. При описании отношения к грустному персонажу достоверно чаще ($p < 0{,}05$) встречается категория «сочувствие персонажу» среди детей, отдавших предпочтение классическим персонажам.

Интерпретация полученных данных

По результатам исследования, в описании красивого персонажа из классического мультфильма достоверно чаще встречается категория калокагатии, предполагающая неразрывное единство эстетического и этического

[1] Группа 1 – дети, называющие персонажа классического мультфильма. Группа 2 – дети, называющие персонажа современного мультфильма.

Сравнение результатов исследования

Категория	Сумма рангов		Средний ранг		*U*	*Z*	Асимп. знач.	Точн. знач.
	1	2	1	2				
Представления о красивом персонаже								
Калокагатия	243,00	253,00	20,25	13,32	63,00	–3,01	0,003	0,039
Представления о добром персонаже								
Альтруизм	183,50	377,50	13,11	19,87	78,50	–2,100	0,036	0,46
Феномены	285,50	275,50	20,39	14,50	85,50	–2,785	0,005	0,84
Отношение детей к грустному персонажу								
Сочувствие	165,50	362,50	23,64	14,50	37,50	–2,545	0,011	0,020

идеала (прекрасно-доброе): «хорошо выглядят и очень красивы душой», «доброта украшает», «она красивая, потому что добрая». В группе детей, описывающих красивого персонажа из современного мультфильма категория калокагатии не встречалась, описание внешней привлекательности содержит поверхностные характеристики: «у нее короткие волосы», «красивое платье», «мне нравится ее одежда», «он всегда стильно одевается». Внутренние качества при описании красивого персонажа из современного мультфильма включали следующие характеристики: «умный», «веселая, забавная», «спортивный», «хорошо себя ведет», «добрая». Таким образом, можно заключить, что представление о красоте человека, сформированное на основе восприятия персонажей классического мультфильма, является более целостным, его отличает ориентация на соразмерную гармонию красоты внешней и внутренней. С позиции классической эстетики это может рассматриваться как более развитое эстетическое восприятие, что связано, в свою очередь, с вовлеченностью, направленностью на Другого и объединяет эстетические и этические чувства [16].

При сравнении представлений о некрасивом персонаже значимых различий обнаружено не было. При описании некрасивого персонажа и из классического, и из современного мультфильма, испытуемые выделяли внешнюю непривлекательность и антиэтические характеристики. Интересно, что только при описании внешних характеристик некрасивого персонажа классического мультфильма встречалась категория страха.

При сравнении представлений о добрых и злых персонажах значимые различия были получены в отношении доброго персонажа, и на уровне тенденции по описанию злого персонажа. Несмотря на то, что при описании добрых персонажей из современных мультфильмов достоверно чаще встречается категория «альтруизм», их описания достаточно однотипные, носят обобщенный характер (самый распространенный ответ: «он всем помогает») по сравнению с описаниями доброго персонажа классических мультфильмов, которые отличает эмоционально-личностная наполненность и безусловный характер («с большой душой», «настоящий друг», «не сердится на врагов [мышат]»).

Представления о злом персонаже из классического мультфильма носят более индивидуально-личностный характер и связаны с описанием антиэтических чувств: проявлениями превосходства, отсутствием жалости, жадностью, местью, асоциальными поступками. Описания злого персонажа из современного мультфильма носят более общий характер, незначительно чаще выделялась категория власти: «хотел захватить королевство», «кто-то, кто хочет весь мир захватить». Обобщая данные результаты можно предположить, что классическая мультипликация способствует формированию более дифференцированных этических представлений, способствуя развитию морально-нравственного сознания ребенка.

Предположение о том, что категория «смешного» будет чаще встречаться при описании персонажей современных мультфильмов подтвердилось на уровне тенденции. Категория смешного в классическом ее понимании, по В. В. Бычкову, предполагает наличие некоего комичного, *безобидного* по своей природе противоречия, которое неожиданно разрешается [14], чем вызывает реакцию смеха, что мы можем наблюдать при описании смешных персонажей из классических мультфильмов («он маленький, хорошенький, веселый, прыгает и чирикает забавно», «у него забавный пропеллер»). При этом представление о смешном персонаже из современного мультфильма в большей степени связано с описанием оптимистичного, веселого настроения героя. Согласно литературным данным, в современных мультфильмах преобладает категория комического во всех ее проявлениях, нередко встречается юмор персонажей, который часто бывает ироничным и даже саркастичным, то есть, циничным, обидным, однако в содержании ответов детей этот аспект не раскрывается.

Интересные результаты были получены при сравнении отношения к смешному и грустному персонажу. Испытуемые, чье представление о смешном и грустном персонаже было основано на восприятии классического мультфильма, чаще отмечали проявление сорадования по отношению к смешному персонажу и сопереживания по отношению к грустному персонажу. Так, при описании мотивов своего положительного отношения к смешному персонажу испытуемые отмечали (совместное действие): «потому что они поднимают настроение», «потому что можно посмеяться», «смеюсь естественно», «потому что, если дети грустят, они могут посмеяться, получить хорошее настроение». При описании своего отношения к смешным персонажам из современных мультфильмов описание непосредственного эмоционального ответа встречалось реже, в основном просто отмечалось положительное отношение («он смешной, мне это нравится», «на них интересно смотреть, интереснее, чем на грустных»).

Также подтвердилось предположение о том, что категория «сочувствия» будет чаще наблюдаться в описании отношения к грустным персонажам классических мультфильмов. Испытуемые, чье представление о грустном персонаже основано на восприятии классического мультфильма, при описании своего отношения к нему чаще выражали сочувствие, готовность оказать эмоциональную поддержку. В отношении к грустному персонажу из современного мультфильма менее выражен поддерживающий эмоциональный отклик, чаще отмечалось желание, чтобы персонаж изменился («ну это тот герой, которому все время все не нравится, и мне тоже это не нравится», «мне кажется, надо ему развеселиться, писать более веселые стихи, например»). То есть отношение к грустным персонажам из классических мультфильмов носит в большей степени альтруистическую направленность, в то время как желание того, чтобы персонаж изменился –

направленность на получение «эмпатического удовольствия». Таким образом, можно предположить, что классическая мультипликация способствует формированию более отзывчивого отношения к грустным персонажам, в отличие от современной мультипликации, при восприятии которой у детей формируется представление о том, что можно быть более оптимистичным, менее серьезным по отношению к трудностям.

Дополнительным результатом данного исследования является анализ мультипликационных предпочтений у современных детей школьного возраста. Было выявлено, что большинство испытуемых (90,09 %) в качестве предпочитаемых называют современные мультфильмы. Всего 9 % опрошенных выбирают в качестве любимых персонажей из классических мультфильмов; предпочитающие современных персонажей в подавляющем большинстве (83,3 %) выделяли поверхностные внешние характеристики, далекие от этических и этетических проявлений. Таким образом, в посткультуре, как было отмечено ранее, наблюдается смешение ценностей и смыслов, отсутствие абсолютных понятий, следовательно, это отражено и в мультфильмах. Современные дети в качестве предпочитаемых могут выбирать противоречивых героев, но при рефлексивной оценке (когда уточняется, хотел ли бы ребенок быть на него похожим), отрицательные качества выделяются, и по этой причине ребенок не выражает желания им подражать. В то же время, согласно данным Н. Ньюкомб, для формирования альтруистической направленности личности более важное значение имеет наличие просоциальных героев [9].

С учетом сложившейся ситуации, когда большая часть детей воспитывается на неклассических мультфильмах, можно предположить, что в будущем, с учетом смены поколений и прогрессирующего внедрения в искусство категорий пост-культуры, представления об эстетических и этических категориях будут все сильнее отдаляться от классических.

Ограничения данного исследования состоят в том, что невозможно достоверно говорить об устойчивости детских представлений, корреляционный характер исследования не позволяет судить о причинно-следственной связи представлений с выбором персонажей, которых дети называют, отвечая на вопросы.

Полученные результаты можно учитывать при психологической работе с детьми, проявляющими агрессию, жесткость, показывающими отсутствие сформированных эстетических и этических представлений. Также данные материалы можно использовать при работе с родителями, так как именно родитель, по Л. С. Выготскому, формирует для ребенка зону ближайшего развития [4], выступая в качестве посредника между ребенком и окружающей средой, прежде всего, социальной, и именно при взаимо-

действии с родителем у ребенка формируется и развивается способность к эмпатии.

Список литературы

1. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Homo Postmodernus. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире: Монография. Новосибирск, 2009. 248 с.
2. *Холмогорова А. Б.* Природа нарушений социального познания при психической патологии: как примирить «био» и «социо»? // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 4. С. 8–29.
3. *Смирнова Е. О.* Современная детская субкультура // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23, № 4. С. 25–35. doi: 10.17759/cpp.2015230403
4. *Соколова М. В.* Персонажи современных мультфильмов в играх и игрушках детей // Психологическая наука и образование. 2011. № 2. С. 68–74.
5. *Асенин С. В.* Волшебники экрана. Эстетические проблемы современной мультипликации. М.: Искусство, 1974. 288 с.
6. *Смирнова Е. О., Соколова М. В., Матушкина Н. Ю., Смирнова С. Ю.* Исследование возрастной адресации мультфильмов // Культурно-историческая психология. 2014. Т. 10, № 4. С. 27–36.
7. *Коломинский Я. Л., Панько Е. А., Игумнов С. А.* Психическое развитие детей в норме и патологии: психологическая диагностика, профилактика и коррекция. СПб.: Питер, 2004. 480 с.
8. *Запорожец А. В., Неверович Я. З., Кошелева А. Д.* Эмоциональное развитие дошкольника: Пособие для воспитателей дет. сада / Под ред. А. Д. Кошелевой. М.: Просвещение, 1985. 176 с.
9. *Кошелева А. Д.* Эмоциональное развитие дошкольников: Учеб. пособие для студентов высших педагогических учебных заведений / Ред. В. И. Перегуда, О. А. Шаграева. М.: Академия, 2003. 176 с.
10. *Якобсон С. Г.* Психологические проблемы этического развития детей. М.: Педагогика, 1984.
11. *Смирнова Е. О., Соколова М. В.* Психолого-педагогическая экспертиза мультфильмов для детей и подростков // Культурно-историческая психология. 2014. Т. 10, № 4. С. 4–11.
12. *Смирнова Е. О.* Современные игрушки: риски и опасности (по материалам семинара в центре игры и игрушки МГППУ) // Культурно-историческая психология. 2016. Т. 12, № 2. С. 86–89. doi: 10.17759/chp.2016120209

13. *Шалыгина О. В., Холмогорова А. Б.* «Телоцентрированность» современной культуры и ее последствия для здоровья детей, подростков и молодежи // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23, № 4. С. 36–68. doi:10.17759/cpp.2015230404

14. *Бычков В. В.* Эстетика: Учебник. М.: КНОРУС, 2012. 528 с.

15. *Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М.* Словарь-справочник по психодиагностике. СПб.: Питер Ком, 1999. 528 с.

16. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2002. 720 с.

САМОВОСПРИЯТИЕ С ПОЗИЦИЙ КЛАССИЧЕСКИХ ТЕОРИЙ ВОСПРИЯТИЯ

Б. М. Хорошилов

Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск
bmh@ngs.ru

SELF-PERCEPTION FROM THE POINT OF VIEW OF CLASSICAL THEORIES OF PERCEPTION

B. M. Khoroshilov

В контексте данной работы самовосприятие будет рассматриваться в прямом смысле как частный случай восприятия, психического процесса основанного на непосредственных сенсорных данных. Под классическими теориями восприятия имеются ввиду теории, которые на протяжении последних 50–60 лет доказали свою перспективность, жизнеспособность и значительно повлияли на теоретические и эмпирические исследования в данной области. Речь идет о конструктивизме (Р. Грегори, И. Рок и др.), экологическом подходе Дж. Гибсона и теории перцептивного цикла У. Найссера. Основной вопрос, который предполагается обсудить: в какой мере и какие концептуальные идеи указанных теорий могут быть применены при описании, анализе и объяснении процесса самовосприятия.

Актуальность такой постановки проблемы связана: во-первых, с тем, что эмпирической основой рассматриваемых теорий восприятия являются главным образом, исследования зрительного восприятия, в гораздо меньшей степени слухового и еще менее – осязательного. Во-вторых, с тем, что опыт применения данных теорий в исследованиях самовосприятия весьма ограничен. В-третьих, тем, что когнитивные нарушения самовосприятия (например, дефицит полимодальной интеграции сенсорных данных или диссоциация связей между восприятием внешнего мира и самовосприятия) могут вести к нарушению, например, подражания, которое в свою очередь ведет к нарушениям игры, коммуникации, становления внутреннего плана психического (А. Валлон), модели психического, а с ними и общего, интеллектуального развития ребенка.

Сенсорная основа самовосприятия весьма неоднородна. Можно выделить три функционально и морфологически различные класса: Первый включает сенсорные данные являющиеся основой воспринимающих систем, отображающих главным образом окружающий мир (зрение, слух, осязание): зрительная, слуховая, кожная (тактильная, температурная, болевая) рецепция. Человек воспринимает себя как один из объектов окружающего

мира. Хотя этот аспект самовосприятия относительно слабо разработан в классических теориях восприятия, важные теоретические идеи предложены Дж. Гибсоном (оптическая информация для самовосприятия, эгорецепция на основе полимодальной интеграции)), а кроме того нет принципиальных препятствий для распространения концептуального аппарата теорий восприятия на эту область самовосприятия.

Второй класс включает сенсорные данные от механорецепторов мышц, сухожилий, суставов, рецепторы вестибулярного аппарата и болевую чувствительность органов и тканей скелетно-мышечной системы человека и является основой восприятия тела. Несмотря на теснейшую связь со зрительным и особенно осязательным восприятием (общность проприорецептивных сенсорных данных), есть все основания полагать, что динамичный образ тела – результат функционирования самостоятельной воспринимающей системы направленной главным образом на самовосприятие, назовем ее восприятие тела. Хотя на данный момент восприятие тела рассматривается главным образом в контексте регуляции двигательных актов, личностных, социально-психологических детерминант самовосприятия и нарушений самовосприятия, нет принципиальных препятствий для приложения теорий восприятия и к этой области самовосприятия. По нашему мнению данные теории, их понятийный аппарат могут существенно облегчить структурирование разнородного эмпирического материала и стимулировать теоретические поиски.

Третий класс сенсорных данных включает в себя висцеральную чувствительность разной природы (механо-, хемо-, термо- и др.) и болевую. В отношении этих сенсорных данных к самовосприятию имеется большая неопределенность. Сформулируем основные логически возможные варианты: А. Сенсорные данные не интегрируются в перцептивный образ состояния внутренней среды организма в рамках отдельной воспринимающей системы, Тогда они либо (А1) функционируют в рамках нервной, допсихической регуляции жизнедеятельности организма и лишь эпизодически в экстренных случаях в форме отдельных ощущений «прорываются» в сознание (вариант популярный среди физиологов) и включаются в восприятие тела как непостоянная сенсорная составляющая, либо (А2) входят в виде постоянной подструктуры в образ тела. В этом случае самовосприятие тела и организма интегрировано в едином целостном образе. Смущает в таком варианте чрезвычайная функциональная разнородность перцептивного образа: если информация о состоянии и изменениях скелетно-мышечной системы пространственна и «механична» (силы, ускорения, масса, инерция, скорость), то интерорецептивная сигнализирует главным образом об отклонении от физиологических оптимумов и степени этого отклонения каких-то переменных и параметров внутренней среды организма. Вопрос, как в целостном перцептивном образе могут интегрироваться столь разнородные сенсорные данные, остается открытым. Кроме

того, эмоции, потребностные состояния теснейшим образом связанные с интерорецепцией оказываются «принудительно» неотделимыми от текущего состояния тела (не организма), что возможно, но вовсе не бесспорно. Наконец последний логический вариант (Б) – признать существование особой воспринимающей системы отражающей состояния и изменения внутренней среды организма и опосредующей регуляцию жизненно важных функций организма. Признав это, придется признать, что эта воспринимающая система во многом противоположна всем остальным, так как состояния и изменения внутренней среды организма отражаются не непосредственно, а как сигнал рассогласования оптимальных и текущих значений. Естественно, возникает вопрос, применимы ли в данном случае теории восприятия в принципе, так как объект восприятия отображается очень опосредованно и как целостный (системный) сигнал рассогласования.

Рассмотрим на этом последнем случае, какие понятия и идеи классических теорий восприятия могут быть перспективны, если допустить их применимость и наличие такой особой воспринимающей системы. Конструктивизм может предложить понятийный аппарат для объяснения искажения осознания аффективных реакций и потребностных состояний, возможно и некоторых аффективных нарушений. Теория перцептивного цикла У. Найссера, в которой важен момент перцептивного предвосхищения (антиципирующие схемы) перспективна для описания предвосхищения состояний организма как следствие собственных действий и событий в окружающем мире. Кроме того Найссер подчеркивал: «Схемы, обеспечивающие прием информации и направляющие дальнейший ее поиск, не являются зрительными, слуховыми или тактильными, они носят обобщенно перцептивный характер. Следить за событием – значит искать и принимать любую информацию о нем независимо от модальности, а также интегрировать всю эту информацию по мере поступления» [1. С. 51]. Дж. Гибсон сформулировал некоторые общие положения, позволяющие более интегрированно рассматривать разные аспекты самовосприятия. Так он различал эгорецепцию и экстерорецепцию и утверждал, что «все воспринимающие системы проприочувствительны в той же мере в которой они экстерочувствительны, поскольку все эти системы поставляют (хотя и в разной форме) информацию об активности наблюдателя <…> Самовосприятие и восприятие окружающего мира происходят одновременно» [2. С. 174–175].

Список литературы

1. *Найссер У.* Познание и реальность М.: Прогресс, 1981.
2. *Гибсон Дж.* Экологический подход к зрительному восприятию. М.: Прогресс, 1988.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ: АКТУАЛЬНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Т. И. Хромова

Новосибирский государственный педагогический университет
г. Новосибирск
tatyana.hromova.93@mail.ru

EMOTIONAL INTELLIGENCE: THE RELEVANCE AND PROSPECTS OF RESEARCH

T. I. Khromova

Ускорение темпа жизни на современном этапе развития приводит к увеличению числа стрессовых факторов, а отсутствие своевременных возможностей анализа и проработки эмоционального напряжения и релаксации приводит к тому, что развитие эмоциональной культуры человека входит в число приоритетных проблем современной психологии, требующих изучения и описания. Увеличение частоты и интенсивности эмоциональных нагрузок связано с повышением эмоциогенности современных условий, реакцией на которые становится ощущение беспомощности, переживание тревожности, тоски и отчаяния [1].

Закреплено мнение о дезорганизующей роли эмоций, следствием чего является навязанный культ рационального отношения к жизни, эталон которого – это стойкий и выносливый в любых ситуациях человек, неподвластный эмоциям [2]. Запрет на выражение эмоций и невозможность психологической переработки эмоций приводит к физиологическим нарушениям в виде психосоматических заболеваний. Игнорирование и недооценка значения эмоциональной стороны жизни влекут за собой нарушение душевного равновесия человека, увеличение числа аффективных и эмоциональных расстройств, конфликты, ведут к состоянию неудовлетворённости собой, своими профессиональными условиями и жизнью в целом, а также к нарушению социального взаимодействия, сопровождаются трудностями в установлении близких контактов и получении социальной поддержки [3]. При этом эмоциональная система, как одна из основных регуляторных систем жизнедеятельности, обеспечивает оптимальный уровень эмоциональности, способствующий более эффективной адаптации в социуме и ориентации в мире [1].

Актуальность проблемы развития эмоциональной компетентности связана с возможностью гармоничного взаимодействия сердца и разума, аффекта и интеллекта [4]. Идея единства аффекта и интеллекта в отечествен-

ной психологии отражена в трудах Л. С. Выготского, С. Л. Рубинштейна, А. Н. Леонтьева. Единство аффекта и интеллекта, по мнению Л. С. Выготского, наблюдается во взаимосвязи и взаимовлиянии этих сторон психики на всех ступенях развития. С позиции классика психологии данная связь является динамической, а также всякой ступени в развитии мышления соответствует своя ступень в развитии аффекта [5]. Развивая идеи Л. С. Выготского, С.Л. Рубинштейн отмечал, что уже само по себе мышление является единством эмоционального и рационального [6]. При этом подходы к пониманию единства аффекта и интеллекта в процессе развития человека, намеченные Л. С. Выготским, на сегодняшний день не получили должной разработки.

Решению проблемы эмоциональных и психосоматических расстройств способствует развитие эмоционального интеллекта – ЭИ (emotional intelligence – EI) [2]. Проблема эмоционального интеллекта давно и активно исследуется зарубежными учёными (Д. Гоулман, Дж. Мейер, П. Сэловей, Г. Орме, Д. Карузо, Р. Бар-Он, Дж. Сайаррочи, Р. Робертс, Дж. Мэттьюс, М. Зайднер и др.). Американские психологи Дж. Мейер и П. Сэловей в 1990 году представили свою первую исследовательскую работу, в которой дали определение понятию «эмоциональный интеллект», что позволило получить научную методику измерения уровня эмоционального интеллекта. Согласно сформулированному ими определению, под эмоциональным интеллектом нужно понимать способность отслеживать как личные, так и чужие чувства, различая их и используя эту информацию для направленного мышления и действия. Немного позднее, в 1995 году, психолог Даниель Гоулман высказал мысль, согласно которой эмоциональный показатель интеллекта – коэффициент EQ (Emotional Intelligence), играет даже более важную роль, чем IQ, так как умение контролировать собственные эмоции, а также правильно воспринимать чужие чувства характеризуют интеллект больше, чем способность логически мыслить. На сегодняшний день сложно дать однозначный ответ, насколько изменчив эмоциональный интеллект у разных людей на протяжении жизни. При этом существующие на данный момент данные показывают, что он может являться не менее мощным критерием, чем коэффициент умственного развития, в той или иной ситуации и превосходя его.

Появление все большего числа теоретических моделей эмоционального интеллекта создало необходимость их классификации. Свой вариант классификации представили П. Сэловей, Дж. Мэйер и Д. Карузо, которые предложили выделять модели способностей, трактующие эмоциональный интеллект как совокупность когнитивных способностей, и смешанные модели, рассматривающие эмоциональный интеллект как сочетание когнитивных способностей и личностных характеристик. На основе соединения этих двух типов моделей появилась возможность создания интегрирован-

ной двухэлементной структуры эмоционального интеллекта, в содержание которой входит внутриличностный и межличностный компоненты.

Изучением эмоционального интеллекта в отечественной психологии на сегодняшний день занимаются С. П. Деревянко, Д. В. Люсин, Э. Л. Коврига, Н. В. Носенко, О. И. Власова, М. А. Манойлова, Г. В. Юсупова, А. С. Петровская и др. Академическая психология быстро признала эмоциональный интеллект в качестве важного конструкта, наделенного высоким объяснительным и прогностическим потенциалом [1; 2; 5]. Рост интереса к изучению данного психологического феномена связан не только с множеством неисследованных сторон в концептуальном поле эмоционального интеллекта, но и с потребностями прикладных исследований [2; 7]. В настоящее время разработка проблематики эмоционального интеллекта активно набирает темпы. При этом внимательное изучение распространённых представлений об эмоциональном интеллекте показывает широкое и расплывчатое содержание этого понятия. Д. В. Люсин определил эмоциональный интеллект в качестве умения использовать эмоциональные состояния, собственные эмоции и окружающих людей для решения проблем и управления поведением к пониманию эмоций, а также интеллекта, как совокупность взаимосвязанных друг с другом умственных способностей [8]. С точки зрения Е. Л. Яковлевой, посредством осознания индивидуальных эмоциональных реакций и состояний, определяющих индивидуальное отношение к происходящему, происходит определение собственной индивидуальности [9]. В 2009 году И. Н. Андреева определила эмоциональный интеллект как группу базовых способностей, включенных в понимание собственной эмоциональной сферы и эмоциональной сферы окружающих [1]. Все это дает возможность субъекту определять причину возникновения эмоции, переходить от одной эмоции к другой, вербально и невербально регулировать эмоции, тестировать реальную действительность, использовать информацию для управления и понимания собственного поведения и поведения окружающих [10].

Эмпирические данные, полученные на сегодняшний день, свидетельствуют о повышении уровня эмоционального интеллекта работников, влияя на продуктивность деятельности организации в целом. Полученные данные показывают, что индивиды с гармонично развитыми когнитивными и эмоциональными способностями должны занимать руководящие позиции в организации.

Анализ исследований по рассматриваемой теме позволяет указать на ряд проблем в изучении эмоционального интеллекта. Во-первых, эмоциональный интеллект как предмет социально-психологического исследования является относительно новым, малоизученным феноменом [10]. Во-вторых, несмотря на существование различных подходов к пониманию сути и структуры эмоционального интеллекта, не разработана единая тео-

рия эмоционального интеллекта. Несмотря на это, определение путей развития эмоционального интеллекта открывает реальную возможность оптимизации взаимоотношений при помощи более глубокого осознания эмоциональных процессов и состояний, возникновение которых неизбежно между людьми в процессе межличностного взаимодействия. Развитие эмоционального интеллекта может рассматриваться в качестве значимого фактора повышения психологической культуры общества в целом [7; 10]. В-третьих, зачастую исследователи ограничиваются лишь констатацией наличия понятия «эмоциональный интеллект», четко не выделяя его структурные компоненты, что можно связать с семантической неоднозначностью понятия, а также с вытекающими отсюда проблемами операционализации эмоционального интеллекта. Обозначенные противоречия намечают перспективные направления в изучении эмоционального интеллекта как конструкта, обуславливающего более высокую адаптивность личности, способствующего развитию навыков управления эмоциональной сферой, достижению эффективность в общении и успешности.

Список литературы

1. *Андреева И. Н.* Эмоциональный интеллект: исследования феномена // Вопросы психологии. 2006. № 3. С. 78–86.
2. *Андреева И. Н.* Эмоциональный интеллект как феномен современной психологии. Новополоцк, 2011. 388 с.
3. *Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г.* Культура, эмоции и психическое здоровье // Вопросы психологии. 1999. № 2. С. 61–74.
4. *Куницына В. Н., Казаринова Н. В., Погольша В. М.* Межличностное общение. СПб.: Питер, 2001.
5. *Выготский Л. С.* О двух направлениях в понимании природы эмоций в зарубежной психологии в начале XX века // Вопросы психологии. 1968. № 2. С. 157–159.
6. *Рубинштейн С. Л.* Проблемы общей психологии. М., 1973.
7. *Крайторов А. Н.* Эмоциональный интеллект как интегративный феномен психологического знания в структуре социального и общего интеллекта // Научный альманах. 2017. № 4-2 (30). С. 212–215.
8. *Люсин Д. В.* Новая методика для измерения эмоционального интеллекта: опросник ЭмИн // Психологическая диагностика. 2006. № 4. С. 3–22.
9. *Яковлева Е. Л.* Эмоциональные механизмы личностного и творческого развития // Вопросы психоогии. 1997. № 4. С. 20–27.
10. *Бруннер Е. Ю., Иванова В. И.* К вопросу определения дефиниции «эмоциональный интеллект» с применением технологии интеллект-картирования // Проблемы современного педагогического образования. 2015. № 47-2. С. 256–262.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИЛЕММ В ЭМПИРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ МОРАЛИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

А. П. Шабалин, *О. Н. Первушина*

Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск
alexeyshabalin1994@yandex.ru

USING OF DILEMMAS IN EMPIRICAL STUDIES MORALITY: PROBLEMS AND PROSPECTS

A. P. Shabalin, *O. N. Pervushina*

Общепринятым способом изучения поведения в ситуации морального выбора является предъявление моральных дилемм. На протяжении предшествующих десятилетий использование заданий с моральными дилеммами было наиболее предпочитаемой экспериментальной парадигмой в эмпирических исследованиях морального познания; относительно недавно оно стало предпочитаемой парадигмой в области когнитивной нейронауки принятия моральных решений. Впервые дилеммы в психологии морали стал применять Лоренц Колберг. В рамках нейроэтики к моральным дилеммам впервые обратился Джошуа Грин для развития парадигмы искусственно вызванного «когнитивного конфликта» [1].

Применяемые в современных исследованиях моральные дилеммы представляют собой короткие истории о ситуации, включающей в себя моральный конфликт. В свою очередь, моральный конфликт можно определить как ситуацию, при которой субъект оказывается между конкурирующими моральными соображениями; при этом предполагается осознание им несовместимости конкурирующих способов поведения и возможных последствий. Типичным для используемых в нейрофизиологии морали дилемм является конфликт между утилитаристской (правильное действие – то, которое даёт наибольшую выгоду наибольшему количеству людей) и деонтологической (люди должны придерживаться определённого набора моральных требований и обязательств, невзирая на возможные последствия) этикой [1; 2].

Отмечается, что используемые в рамках когнитивной нейронауки моральные дилеммы так или иначе основываются на «проблеме вагонетки» (trolley problem), сформулированной философами Ф. Фут и Дж. Томсон. «Проблема вагонетки», один из самых известных мысленных экспериментов в области этики, изначально применялась в качестве своеобразного

риторического приёма, позволяющего сформулировать следствия тех или иных моральных принципов в конкретных и необычных ситуациях [2; 3].

Несоответствие изначальной цели использования дилеммы вагонетки тем целям, в которых она используется в рамках современных эмпирических исследований морали, закономерным образом привело к ряду проблем. Прежде всего, критики обращают внимание на высокую нереалистичность ситуации, предлагаемой как в оригинальном мысленном эксперименте, так и в большой части дилемм, созданных по его образу и подобию. В этой связи возникает вопрос о том, насколько получаемые в ходе экспериментов результаты применимы к реальной жизни [4]. Помимо проблем с внешней валидностью получаемых результатов, эмпирические исследования с использованием моральных дилемм отличаются методологической гетерогенностью, следствиями которой является невозможность осуществления метаанализа и низкая воспроизводимость. Более того, исследователи, как правило, не осуществляют контроль над значимыми параметрами предлагаемых испытуемым ситуаций [1; 2].

Между тем, само использование дилемм при изучении морального выбора является весьма перспективным. Так, Бауман замечает, что лёгкая модифицируемость различных аспектов сценариев дилемм подходит для исследования моральных феноменов в лабораторных условиях, а Кристенсен и Гомила полагают, что дилеммы предоставляют теоретическую возможность включения большого количества переменных и обеспечения высокого уровня экспериментального контроля над ними [1; 3]. Хаузер сравнил использование искусственных моральных дилемм с использованием теоретических или статистических моделей с различными параметрами [5].

Таким образом, одной из ключевых проблем исследований морального выбора с использованием моральных дилемм (возможно, ставящей под угрозу все полученные ранее результаты) является отсутствие попыток обеспечить их методологическую гомогенность, а также нерефлексивное отношение к применяемому инструментарию. Так, наибольшей популярностью среди исследователей пользуется набор дилемм, впервые приведённый Джошуа Грином в статье 2001 года «фМРТ-исследование вовлечённости эмоций в моральное суждение» [6]. Однако ни сам Грин, ни другие пользователи вышеупомянутого набора не предпринимали попыток валидизации и стандартизации используемого ими инструментария.

По этой причине в высшей степени актуальной является работа по переосмыслению и переработке сложившегося в рамках современных исследований морального выбора инструментария. К примеру, Кристенсен и соавторы переработали ставший классическим в нейрофизиологии набор дилемм в соответствии с четырьмя концептуальными факторами («Личностная сила», «Бенефициарий», «Неизбежность», «Намерение»), а также

гомогенизировали их в таких методологических аспектах формулировки, как количество слов, стилистика и формат вопросов [2].

В рамках настоящего исследования был осуществлён анализ использованного в исследовании Грина [7] набора дилемм с использованием математико-статистических средств.

В исследовании приняло участие 264 человека в возрасте от 17 до 57 лет (средний возраст – 22,59, стандартное отклонение – 5,47), из которых 95 – мужчины, 169 – женщины. Испытуемым предъявлялись 27 дилемм: 9 «высококонфликтных личностных», 9 «низкоконфликтных личностных» и 9 «безличных».

Собранные данные были подвергнуты факторному анализу по методу главных компонент и факторному анализу по центроидному методу.

Факторный анализ по методу главных компонент позволил выделить 5 факторов, объясняющих 56 % дисперсии. Однако расщепление выборки случайным образом на две равные части с последующим факторным анализом каждой из них по методу главных компонент показал отсутствие устойчивого факторного решения (выделено по 6 факторов, не тождественных друг другу в двух частях выборки).

Факторный анализ по центроидному методу выявил наличие трёх факторов, объясняющих 40 % дисперсии, также не в полном объёме соответствующих тем факторам, которые были выделены посредством факторного анализа по методу главных компонент.

Тем не менее, сопоставление полученных результатов показывает, что ряд дилемм устойчиво оказывается в рамках одного фактора. Первую группу объединяет сочетание неизбежности вреда и инструментального характера, вторую – отсутствие неизбежности вреда и инструментального характера, третью группу – отсутствие причиняемого физического вреда, получение выгоды для себя, отсутствие неизбежности и инструментальный характер. Вышеупомянутая трёхкомпонентная формула Грина не описывает всей специфики этих групп, в то время как концептуальные факторы, выделенные Кристенсен и соавторами, могут быть применены для объяснения принимаемых респондентами решений даже в случае нестандартизированных и невалидизированных дилемм (как в данном случае).

Список литературы

1. *Christensen J. F., Gomila A.* Moral dilemmas in cognitive neuroscience of moral decision-making: A principled review // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2012. Vol. 36. P. 1249–1264.

2. *Christensen J. F., Flexas A., Calabrese M., Gut N. K., Gomila A.* Moral judgment reloaded: a moral dilemma validation study // Frontiers in Psychology. 2014. Vol. 5 (607). P. 1–18.

3. *Bauman C. W., McGraw P. A., Bartels D. B., Warren C.* Revisiting External Validity: Concerns about Trolley Problems and Other Sacrificial Dilemmas in Moral Psychology // Social and Personality Psychology Compass. 2014. Vol. 8/9. P. 536–554.

4. *Chorus C. G.* Models of moral decision making: Literature review and research agenda for discrete choice analysis // Journal of Choice Modelling. 2015. Vol. 16. P. 69–85.

5. *Hauser M., Cushman F., Young L., Jin R. K. X., Mikhail J.* A dissociation between moral judgments and justications // Mind Lang. 2007. Vol. 22. P. 1–21.

6. *Greene J. D., Sommerville R. B., Nystrom L. E., Darley J. M., Cohen J. D.* An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment // Science 2001. Vol. 293. P. 2105–2108.

7. *Greene J. D., Morelli S. A., Lowenberg K., Nystrom L. E., Cohen J. D.* Cognitive Load Selectively Interferes with Utilitarian Moral Judgment // Cognition. 2008. Vol. 107. P. 1144–1154.

ЛИЧНОСТНО- И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СОЦИАЛЬНОГО ИЖДИВЕНЧЕСТВА

Ю. С. Шумкова

Тюменский государственный университет, г. Тюмень
shumkova.y@inbox.ru

PERSONAL- AND SOCIO-PSYCHOLOGICAL FACTORS OF SOCIAL DEPENDENCY

Yu. S. Shumkova

Проблема социального иждивенчества становится с каждым годом все более актуальной. Статьи, посвященные иждивенчеству, появляются в научной, научно-популярной и публицистической литературе. Социальное иждивенчество проявляется в различных сферах и негативно влияет на их развитие. Перед учеными стоит задача исследования механизмов формирования установок на социальное иждивенчество у трудоспособного населения.

Под социальным иждивенчеством мы понимаем социальную установку индивида к использованию средств государства, общественных организаций или других социальных групп для обеспечения своего существования. Можно выделить две группы факторов социального иждивенчества: личностные и социальные.

В современной научной литературе и публицистике большое внимание уделяется социальным и экономическим (т. е. социальным в широком смысле слова) факторам социального иждивенчества. В частности, вице-премьер Республики Беларусь А. Тозик считает, что необходимо создать экономические стимулы, скорректировать социальную политику, уточнить государственные социальные стандарты и пересмотреть нормы труда, чтобы работа по борьбе с иждивенчеством шла эффективно [1].

По мнению исследователя Е. И. Долгаевой, причинами возникновения иждивенчества у российских граждан являются отсутствие возможностей для самостоятельного достижения достойного уровня жизни, а также плохое исполнение государственных функций, прописанных в конституции РФ, касающихся социальной сферы [2]. В. Н. Пантелеев считает необходимым срочно корректировать или менять важные приоритеты в правовой пропаганде, которые ведут отечественные НПО, так как идеи «сверхпотребления» или «потребления ради потребления» порождают в массовом сознании девальвацию честного производительного труда и социальное иждивенчество [3]. Причиной социального иждивенчества инвалидов по

мнению В. Селезнева является страх потерять свою инвалидность, а вместе с ней лишить незначительных, но стабильных материальных благ и льгот [4]. Решение проблемы социального иждивенчества И. С. Кузнецов видит в воспитании в обществе ценностей, соответствующей мировоззренческой культуры, которые бы способствовали стремлению людей к независимости, в создании условий для самостоятельного заработка граждан которые служили бы «своеобразным барьером человеческой лени» [5]. Важен также психологический аспект, люди должны чувствовать, что они нужны, встроены в систему и эффективно работают в ней. По мнению Т. Сидориной и О. Тимченко, такая принадлежность поднимает самооценку и мотивирует действовать эффективно. На данный момент живет заблуждение, что самооценка и счастье человека зависят от его дохода. Действительно же оценка окружающими играет ключевую роль в самооценке. Востребованность, дающая осознание, что ты нужен другим людям, и есть такая позитивная оценка индивида обществом [6].

И. С. Кузнецов отмечает, что необходимо социально-психологический аспект учитывать в реализации социальных программ, популяризировать престижность труда в общественном мнении при помощи социальной рекламы [5]. Жители Тюменской области, по данным исследования И. С. Кузнецова, видят следующие способы уменьшения иждивенческой нагрузки: повышение минимальных окладов и заработной платы в сочетании с увеличением числа рабочих мест. При этом незначительная часть респондентов все же предлагает снижение размеров и продолжительности получения материальной помощи как способ борьбы с иждивенчеством [7].

Таким образом, в социальной сфере выделяются такие причины и факторы социального иждивенчества как отсутствие возможности самостоятельно достигнуть достойного уровня жизни; плохое исполнение государством своих конституциональных обязанностей; страх инвалидов потерять минимальный доход от социальных выплат и потерпеть неудачу в профессиональной деятельности; отсутствие ценностей и мировоззренческой культуры, способствующей стремлению людей к независимости; отсутствие ощущения принадлежности российских граждан к социальной системе; низкий минимальный оклад и заработная плата; нехватка рабочих мест; высокие размеры социальной помощи и большая продолжительность их выплаты.

Вопрос о личностно-психологических факторах социального иждивенчества является недостаточно разработанным, с этой целью мы обратились к методологии трёхаспектного анализа личности Е. Л. Доценко. Динамический, структурный и функциональный аспекты позволяют детально разобрать механизм формирования личностно-психологических факторов социального иждивенчества [8].

Динамически личность рассматривается как система психических процессов, благодаря которым происходит взвешивание интенций (устремлений, побуждений), оценка их потребностной значимости (субъективного веса), поиск приемлемой для данного случая и данного человека их композиции (сочетания). Поведенческое выражение (во внешнем плане деятельности) внутриличностной динамики человека – это его поступки. Социальный иждивенец характеризуется отсутствием готовности брать на себя ответственность за свою жизнь и свои поступки. Примером может быть перекладывание ответственности на центр занятости в ходе поиска работы, перекладывание ответственности на государственное устройство за свою неуспешность, перекладывание ответственности на менеджера по подбору персонала за отказ в приеме на работу и др. Описанное поведение может нам говорить о такой характеристике личности социальных иждивенцев как экстернальный локус контроля (по Роттеру). Люди с экстернальным локусом контроля полагают, что их успехи и неудачи регулируются внешними факторами: судьба, удача, счастливый случай, влиятельные люди и непредсказуемые силы окружения.

А есть ли у социальных иждивенцев возможность совершать поступки в рамках условий государственного обеспечения и социальной поддержки безработных? Имеют ли они альтернативные мотивы для совершения поступков или создается только видимость подобной возможности? Возможно, государство, подталкивая граждан на совершение выборов в одном и том же направлении, само создает иждивенческую личностную структуру у населения.

В терминах структурного определения (личность как иерархия мотивов) Е. Л. Доценко выделяет разные типы личности: уплощенной (ценности ориентированы на мотивы приземленные и повседневные) или возвышенной (ценности относятся к разряду духовных). В этих же терминах можно говорить о целостной или дезинтегрированной (расщепленной на слабо связанные между собой фрагменты) личности. Согласно этой визуальной метафоре иждивенцев можно отнести к уплощенному типу личности, поскольку большая часть их времени посвящена решению насущных бытовых вопросов: на какие средства покупать еду, оплачивать коммунальные услуги, одевать детей, куда обратиться, чтобы найти работу, т. е. ценности иждивенцев ориентированы на мотивы приземленные и повседневные.

В. В. Петухов и Т. А. Нежнова предложили термин «мничность» – мнимая личность, обозначающий неспособность человека к поступку в изменившейся социокультурной ситуации, когда требуется найти новые смыслы в существующих культурных нормах и запретах и, таким образом, сохранить преемственность культуры и свою целостность в ней. «Личность принимает жесткие обыденные законы, но, стремясь поступать,

быть, как все, – «обыкновенным чудом», исключением из житейских правил. Мничность же, наоборот, стремится получить результат сразу, стать исключительной (личностью) – не как все, подчеркивая «самоосуществление» индивидуальности как условие и цель развития общества» [9]. Социальных иждивенцев мы можем назвать мнимыми личностями, так как в изменившейся социокультурной ситуации: потеря работы, кризис в стране, тяжелое финансовое положение, когда требуется найти новые смыслы в существующих культурных нормах и запретах и совершить поступок, – они перекладывают ответственность на государство, ожидая результатов и имея при этом завышенные требования.

Мы можем предположить, что основным мотивом их иждивенчества является мотив самоутверждения. Человек пытается доказать окружающим, что он чего-то стоит, стремится получить определенный статус в обществе, стремится добиться, чтобы его уважали и ценили. Только удовлетворяет человек потребность в уважении и признании за чужой счет, а именно за счет государства. По Франклу иждивенцы «скорее пытаются казаться, чем быть». В рамках теории личности Э. Берна, государство выступает при этом в роли родителя для иждивенца как незрелой личности, который, подобно ребенку-подростку, обманывая родителя, считает себя крутым, умным и смелым. Имеет место своеобразная игра, с определенными мотивами деятельности, обслуживающая потребности не реализовавшегося социального иждивенца.

Личность как функция – это функциональный орган индивидуальный интеграции, сознательного самоопределения, формирования активной жизненной позиции (Е. Л. Доценко). В данном случае речь идет об иерархии мотивов, возглавляемой ценностями. Функциональный аспект анализа личности социального иждивенца может быть раскрыт в контексте теории «Я-концепции К. Роджерса», согласно которой личностью является человек, понимающий, кто он есть, знающий о своих качествах, осознающий, что он делает, способный описать и объяснить свое поведение. В основе сознательного самоопределения лежит умение сравнивать себя с другими людьми. Интегрирующей структурой здесь выступает осознание своего образа «Я». Структура Я-концепции включает в себя три компонента: когнитивную составляющую – «образ Я», оценочную составляющую – самооценка, и поведенческую составляющую, проявляющуюся в поведенческих ожиданиях к себе и от других по отношению к себе.

«Образ Я» социального иждивенца, на наш взгляд, включает такие самоописательные характеристики, как умный, предприимчивый, скромный, дружелюбный, консервативный. Умным социальный иждивенец может считать себя в связи с тем, что у него получилось «надуть» государство и фактически обманными путями получать доход. По этой же причине социальный иждивенец может считать себя и предприимчивым. В связи

с размером дохода, получаемого от государства, иждивенец может характеризовать себя как скромного. Скромность также может объясняться решением иждивенца переложить ответственность за поиск работы на центр занятости и нежеланием навязываться работодателям. Представление о себе как о дружелюбном может быть связано с уверенность в том, что люди должны помогать друг другу, особенно когда кто-то оказался в сложной жизненной ситуации. Консервативность (стабильность, надежность) выступают фундаментом взаимных ожиданий, обосновывает его внутреннее право на помощь от государства. С другой стороны консервативность социальных иждивенцев объясняет проблемы адаптации к изменившимся жизненным обстоятельствам.

На наш взгляд, самооценка социального иждивенца может быть как завышенной, так и заниженной. По формуле, предложенной У. Джеймсом, самооценка определяется успехом, поделенным на уровень притязаний.

Согласно К. Левину, уровень притязаний – это уровень, которого индивид стремится достичь в различных сферах жизнедеятельности, идеальная цель его будущих действий, у иждивенцев также может проявляться в двух полярностях. Фразы на собеседованиях при приеме на работу типа «Что вы можете мне предложить?», «Слишком маленькая зарплата!», убежденность социальных иждивенцев в том, что государство обязано помогать им в поиске работы, свидетельствуют о завышенной самооценке и высоком уровне притязаний. Заниженная самооценка и соответственно заниженный уровень притязаний может проявляться в выжидательной позиции социального иждивенца, в отказе от самостоятельного поиска работы объясняемый неуверенности в собственных силах: «У меня все равно ничего не получится», «Без помощи центра занятости я не смогу найти работу». У клиентов центра занятости существует иллюзия гарантированного трудоустройства через центр занятости. Они полагают, что направление от центра занятости обязывает организацию трудоустроить безработного, но в действительности оно имеет максимум рекомендательный характер. Более того, рекрутерам не рекомендуется принимать на работу клиентов центра занятости ввиду их очевидной несамостоятельности. Иждивенцы с заниженной самооценкой готовы на любую работу, в том числе низкооплачиваемую, предпочитают должности исполнителей.

Поведенческая составляющая «Я-концепции» социального иждивенца имеет два вектора: готовность самому действовать (ожидания в отношении себя) и ожидания к другим по отношению к себе. Проявляется данная составляющая в таких высказываниях как «Я должен получать достойную зарплату», «Мне должны помогать», «Я жду помощи от других», «Само собой сложится», «Работа не волк, в лес не убежит», «Я предпочитаю использовать все возможные варианты поддержки от государства».

Таким образом, теоретическая модель «Я-концепции» социального иждивенца состоит из трех компонентов: когнитивный – «образ Я», оценочный – самооценка, и поведенческий, проявляющийся в поведенческих ожиданиях к себе и от других по отношению к себе. Когнитивный компонент включает такие самоописательные характеристики как умный, предприимчивый, скромный, дружелюбный, консервативный. Оценочный компонент – самооценка – может быть как завышенной, так и заниженной. Поведенческий компонент проявляется в высказываниях, характеризующих пассивность и потребительскую позицию по отношению к государству и его структурам.

Зрелую же личность также характеризует формирование активной жизненной позиции. Состоит она в умении принимать в расчет отдаленные перспективы своих поступков, сознательно и ответственно соотносить их с устремлениями других людей, встраивать свое видение в широкий социальный контекст.

Список литературы

1. *Лукашенко А. Г.* Охота на бездельников [о социальном иждивенчестве, Республика Беларусь]: Выступление президента Республики Беларусь / записал(а) И. Халип // Новая газета. 2014. № 121, 27 окт. С. 5.
2. *Долгаева Е. И.* Патернализм или эффективное государство: социальные ожидания населения // Регионология. 2013. № 4. С. 185–195.
3. *Пантелеев В. Н.* Этические стандарты в защите прав человека // Мировой судья. 2010. № 10. С. 2–4.
4. *Селезнев В.* Противодействие дискриминации // Служба занятости. 2012. № 1. С. 52.
5. *Кузнецов И. С.* Роль иждивенчества в системе социального обеспечения // Изв. высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. 2009. № 3. С. 72–75.
6. *Сидорина Т. Ю., Тимченко О.* Социальное иждивенчество – оборотная сторона благоденствия // Отечественные записки. 2012. № 5-50. С. 58–72.
7. *Кузнецов И. С.* Социальный портрет иждивенца глазами населения Тюменской области // Изв. высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. 2012. № 4. С. 48–51.
8. *Доценко Е. Л., Андреева О. С.* Психология личности: Учеб.-метод. комплекс для студентов направления «Психология». Тюмень: Изд-во ТюмГУ, 2011. 506 с.
9. *Петухов В. В.* Природа и культура. М.: Тривола, 1996. 136 с.

СЕКЦИЯ
«ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК У ЖЕНЩИНЫ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ *

Л. А. Агаркова [1], *А. Л. Ульянич* [2], *Е. М. Вершкова* [3], *И. Ю. Бухарина* [1]

[1] Научно-исследовательский институт акушерства,
гинекологии и перинатологии, г. Томск
perinat@tomsk.net

[2] Национальный исследовательский
Томский государственный университет, г. Томск
FiALe@yandex.ru

[3] Национальный исследовательский
Томский политехнический университет, г. Томск
vem@tpu.ru

THE PECULIARITIES OF RELATIONS BETWEEN QUALITY OF LIFE AND INDICATORS OF PSYCHOLOGICAL AND EMOTIONAL STATE AND PERSONAL CHARACTERISTICS OF WOMEN DURING PREGNANCY

L. A. Agarkova, *A. L. Uliyanich*, *E. M. Vershkova*, *I. Yu. Bukharina*

Неблагоприятная демографическая ситуация в России обусловливает необходимость проведения социологических, психологических и клинико-медицинских исследований причин низкой рождаемости, осложнений беременности, в частности – угрозы ее прерывания. Известно, что на физиологическое протекание беременности влияет множество факторов. К основным относятся социально-экономические условия, в которых находится женщина во время беременности – это семейное положение, ха-

* Исследование поддержано РГНФ, проект № 15-06-10666а «Оценка влияния психоэмоционального состояния, уровня качества жизни и городской среды на физиологическое протекание беременности, родов у женщины и состояние новорожденного».

рактер взаимоотношения с близкими людьми и коллективом [1–3]. В качестве психологических факторов, влияющих на течение беременности, выделяют личностную зрелость, адекватную половозрастную идентификацию, интернальный локус контроля, адекватную самооценку, зрелую мотивацию рождения ребенка и оптимальный уровень реактивной и личностной тревожности [4–9]. В том числе, согласно современным данным, среди факторов, влияющих на течение беременности, выделяют такой интегративный фактор, как качество жизни [10; 11].

Понятие качества жизни объединяет в себе оценку физического и ментального здоровья, уверенность в себе, удовлетворенность социальным взаимодействием и условиями окружающей среды [10]. Физическое и ментальное здоровье определяется способностью людей выполнять свои социальные роли, и представляет собой процесс поиска и сохранения равновесия, постоянно нарушаемого давлением внутренней и внешней среды [11–14]. Мы полагаем, что особенности проживания процесса беременности может быть связаны с формированием определенных физических и психоэмоциональных состояний у беременных женщин, а также то, что характер этих взаимосвязей преломляется через личностные особенности женщин.

Целью данного исследования является оценка взаимосвязи трех групп факторов: показателей качества жизни, психоэмоциоального состояния и личностных особенностей женщин в период беременности.

Выборка исследования. В исследовании принимали участие 325 беременных женщин с 19 до 43 лет первого, второго и третьего триместров беременности. Сбор данных проходил на базе НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии г. Томска.

Методы исследования

Качество жизни женщин изучалось с помощью Методики «Качество жизни» SF-36. Для оценки психоэмоционального состояния беременных женщин были использованы Методика оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН) и методика «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка. Для изучения личностных особенностей беременных женщин были использованы Пятифакторный личностный опросник (Big five) Р. МакКрае и П. Коста и Семантический дифференциал Ч. Осгуд.

Результаты исследования

На первом этапе исследования с помощью описательной статистики показателей шкалы Методики качества жизни SF-36 было выявлено содержание показателей качества жизни беременных женщин (табл. 1).

Таблица 1

Описательная статистика

Показатель	Минимум	Максимум	Среднее значение	Стандартное отклонение	Дисперсия	Асимметрия		Эксцесс	
						Статистика	Стандартная ошибка	Статистика	Стандартная ошибка
Показатели качества жизни									
Физическое функционирование	20	100	73,16	18,747	351,444	–1,119	,226	2,028	,449
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	20	100	62,50	40,904	1673,119	–,882	,226	,539	,449
Интенсивность боли	32	100	80,74	21,817	475,966	–,656	,226	–,968	,449
Общее состояние здоровья	25	105	76,82	16,066	258,111	–,821	,226	,422	,449
Жизненная активность	25	100	67,46	16,147	260,728	–,557	,226	–,213	,449
Социальное функционирование	37,5	100,0	82,566	17,5693	308,679	–,589	,226	–,884	,449
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	20	100	74,30	37,404	1399,096	–1,654	,226	3,235	,449
Психическое здоровье	36	100	74,74	13,602	185,010	–,623	,226	,093	,449

Продолжение табл. 1

Показатель	Минимум	Максимум	Среднее значение	Стандартное отклонение	Дисперсия	Асимметрия		Эксцесс	
						Статистика	Стандартная ошибка	Статистика	Стандартная ошибка
Показатели психоэмоционального состояния									
Самочувствие	0,0	9,4	5,389	1,7049	2,907	–1,355	,243	3,434	,481
Активность	0,0	9,9	4,692	1,7286	2,988	–,507	,243	1,841	,481
Настроение	0,0	9,7	5,869	1,7134	2,936	–1,793	,243	5,468	,481
Тревожность	0,0	14,0	5,859	4,0077	16,061	,072	,243	–1,145	,481
Фрустрация	0,0	16,0	4,788	3,5865	12,863	,561	,243	–,108	,481
Агрессивность	0,0	20,0	7,667	4,2330	17,918	,149	,243	,093	,481
Ригидность	0,0	20,0	7,485	3,9289	15,436	,118	,243	,318	,481
Показатели личностных особенностей									
I. Экстраверсия – Интроверсия	0	75	47,22	19,141	366,370	–,607	,227	,666	,451
II. Привязанность – Обособленность	0	75	50,87	21,055	443,295	–,723	,227	,587	,451
III. Самоконтроль – Импульсивность	0	75	52,44	21,802	475,338	–,801	,227	,355	,451
IV. Эмоц. неустойчивость – Эмоц. устойчивость	0	75	45,81	19,680	387,283	–,201	,227	,746	,451
V. Экспрессивность – Практичность	0	75	48,28	19,553	382,330	–,655	,227	,760	,451

Окончание табл. 1

Показатель	Минимум	Максимум	Среднее значение	Стандартное отклонение	Дисперсия	Асимметрия		Эксцесс	
						Статистика	Стандартная ошибка	Статистика	Стандартная ошибка
Показатели отношения женщин к себе, своей беременности, внутриутробно развивающемуся ребенку и к будущему									
Я сама – Оценка	–6	9	,85	2,459	6,048	,338	,243	1,408	,481
Я сама – Сила	–6	11	3,57	3,497	12,228	,049	,243	–,616	,481
Я сама – Активность	–9	9	,02	2,646	7,000	,119	,243	2,044	,481
Моя беременность – Оценка	–6	8	,71	2,260	5,107	1,033	,243	2,669	,481
Моя беременность – Сила	–6	12	2,04	3,329	11,080	,432	,243	,413	,481
Моя беременность – Активность	–6	9	,89	2,571	6,610	,442	,243	,478	,481
Мой ребенок – Оценка	–6	8	,66	1,858	3,452	,615	,243	4,557	,481
Мой ребенок – Сила	–6	12	1,77	3,528	12,445	,522	,243	–,064	,481
Мой ребенок – Активность	–6	9	,05	2,265	5,130	,768	,243	2,608	,481
Мое будущее – Оценка	–6	8	,78	1,998	3,991	,901	,243	3,080	,481
Мое будущее – Сила	–9	7	,25	2,890	8,354	–,232	,243	,886	,481
Мое будущее – Активность	–6	12	,25	2,400	5,762	1,732	,243	7,662	,481

Анализ средних значений шкал физического компонента здоровья, оценивающих уровень физического функционирования и степень влияния болевого симптома на уровень общего функционирования, свидетельствует о том, что женщины данной выборки удовлетворены общим состоянием здоровья, они не чувствуют серьезных ограничений в физическом функционировании, однако испытывают некоторые ограничения в своем функционировании в следствии болезненных проявлений, но удовлетворены общим состоянием здоровья и перспективами возможного лечения.

Анализ средних значений шкал психологического компонента здоровья, раскрывающих особенности эмоционального состояния и оценивающих степень его влияния на функционирование, показал, что женщины данной выборки ощущают снижение своей жизненной энергии, при этом не чувствуют ограничений для эффективного взаимодействия с окружающими и высоко оценивают свое психоэмоциональное состояние.

На следующем этапе исследования с помощью описательной статистики показателей методик оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН) и «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка были изучены особенности психо-эмоционального состояния беременных женщин (см. табл. 1).

Анализ средних значений показателей психо-эмоционального состояния женщин данной выборке показал, что большинство показателей находятся в диапазоне низких и средних значений, что говорит о том, что для большинства женщин данной выборки характерен низкий уровень агрессивности и средний уровень ригидности. Они отличаются последовательностью, склонностью придерживаться четкому заранее продуманному алгоритму и в процессе взаимодействия с окружающими им не свойственно использовать агрессивные способы реагирования. Низкие значения по шкалам тревожности и фрустрации свидетельствуют о том, что большинство женщин данной выборки находятся в состоянии удовлетворения своих базовых потребностей, чувствуют уверенность в себе и внутренне спокойствие. Среднее значение шкал «Самочувствие», «Активность», «Настроение» свидетельствует о том, что большинство женщин данной группы находятся в благоприятном эмоциональном состоянии.

На следующем этапе исследования с помощью описательной статистики показателей шкал Пятифакторного теста-опросника (Big five) Р. Мак-Крае и П. Коста и Семантического дифференциала Ч. Осгуд были выявлены личностные характеристики и особенности отношения женщин к себе, своей беременности, к внутриутробно развивающемуся ребенку и к будущему (см. табл. 1). Все показатели личностного теста-опросника имеют средние значения. Большинство женщин данной группы общительны, склонны иметь большой круг знакомых, при этом сдержаны, уверены в себе, обладают ровным фоном настроения, в действиях ориентируются

на внутренние опоры. Склонны ощущать потребность к формированию близких эмоциональных контактов, при этом достаточно самостоятельны и склонны отдавать собственным потребностям и интересам приоритетное значение. Большинство женщин данной выборки ответственны, аккуратны, обязательны при этом склонны к необдуманных поступкам и импульсивны.

По данным табл. 1 (особенности отношения женщин к себе, своей беременности, внутриутробно развивающемуся ребенку и к будущему) видно, что все показатели имеют средние значения и находятся в диапазоне выше нуля, что по мнению автора методики свидетельствует в целом о положительном отношении испытуемых к данным категориям. Самые высокие значения набраны по показателю «Я сама» по шкале «Сила», что говорит о высокой самооценке женщин, об их восприятии себя как достаточно сильных, полных энергии и ресурсов к преодолению различных обстоятельств жизни. Высокие значения по показателям «Моя беременность» по шкале «Сила» и «Мой ребенок» по шкале «Сила» говорят о том, что женщины данной выборки особо ощущают изменения внутри себя, связанные с развитием беременности, и готовы к восприятию первых проявлений внутриутробно развивающегося ребенка, к формированию его самостоятельной ценности.

На следующем этапе исследования с помощью корреляционного анализа по Спирману была выявлена взаимосвязь между показателями качества жизни, личностными особенностями и показателями психического состояния у женщин (табл. 2).

Данные табл. 2 свидетельствуют о наличии взаимосвязей между показателями физического компонента здоровья и шкалами психоэмоционального состояния. Отрицательные взаимосвязи шкал «Физическое функционирование» со шкалой «Ригидность» ($r = –0,227$), шкалы «Интенсивность боли» со шкалой «Тревожность» ($r = – ,253$) и шкалы «Общее состояние здоровья» со шкалой «Фрустрация» ($r = –0,223$) свидетельствует о том, что ограничения в физической активности, возрастание влияния болезненного симптома на общую жизнедеятельность женщин и снижение оценки ресурсов собственного здоровья взаимосвязано с сохранением высокого уровня тревоги, склонностью к использованию стереотипных, неэффективных стратегий взаимодействия в новых ситуациях и развитием состоянием невозможности достижения поставленных целей.

Положительная взаимосвязь шкалы «Общее состояние здоровья» с показателями «Самочувствие» ($r = 0,286$), «Активность» ($r = 0,227$) и «Настроение» ($r = 0,269$) и шкалы «Психическое здоровье» с показателями «Самочувствие» ($r = 0,227$), «Активность» ($r = 0,209$) и «Настроение» ($r = 0,231$) доказывает закономерность: общее состояние физического здоровья связано с психическим здоровьем и благоприятным эмоциональным

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа показателей

Показатель	Физическое функционирование	Ролев. функц., обусл. физическ. сост.	Интенсивность боли	Общее сост. здоровья	Жизнен. активность	Соц. функц-е	Ролев. функц-е, обусл. эмоц. сост.	Психич. здоровье
Показатели качества жизни и показатели психического состояния								
Самочувствие	–	–	–	,286 **	,393 **	–	–	,277 **
Активность	–	–	–	,227 *	,353 **	–	–	,209 *
Настроение	–	–	–	,269 **	,227 *	–	–	,231 *
Тревожность	–	–	–,253 *	–	–,324 **	–,300 **	–,215 *	–,507 **
Фрустрация	–	–	–	–,223 *	–	–	–,245 *	–,454 **
Агрессивность	–	–	–	–	–	–,217 *	–,201 *	–,391 **
Ригидность	–,227 *	–	–	–	–	–,208 *	–,206 *	–,346 **
Показатели качества жизни и показатели личностных особенностей и отношения женщин к себе, своей беременности, внутриутробно развивающемуся ребенку и к будущему								
1.4. Поиск – избег. впечатлений	,215 *	–	–	,264 **	–	–	–	–
2.1. Теплота – равнодушие	–	–	–	–	–	–	–	–,248 *
4.1. Тревожность – беззаботность	–	,219 *	–	,251 *	,261 **	,231 *	–	,273 **
4.2. Напряженность – расслабленность	–	–	–	,307 **	,361 **	,299 **	–	,294 **
4.3. Депрессивность – эмоц. комфорт	–	–	–	,200 *	,238 *	–	–	–
4.4. Самокритика – самодостаточность	,297 **	–	–	,294 **	,204 *	–	–	–
4.5. Эмоц. лабильность – стабильность	–	–	–	,200 *	,244 *	–	–	–
IV. Эмоц. неустойчивость – устойчив.	,197 *	–	–	,310 **	,327 **	,262 **	–	,270 **
Моя беременность Сила	–	–	–	–	–	–,236 *	–	–
Мой ребенок Активность	–,241 *	–	–	–	–	–,367 **	–	,351 **

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

состоянием. Данную закономерность подтверждают также положительные взаимосвязи шкалы «Жизненная активность» с показателями «Самочувствие» ($r = 0,393$), «Активность» ($r = 0,353$) и «Настроение» ($r = 0,227$).

Выявлены отрицательные взаимосвязи шкал психологического компонента здоровья «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» и «Социальное функционирование» с показателями психического состояния «Тревожность», «Фрустрация», «Агрессивность» и «Ригидность», что свидетельствует о том, что высокий уровень тревоги, использование агрессивных способов и стереотипных стратегий взаимодействия с окружающими связано со снижением оценки социального и ролевого функционирования и формированием состояния фрустрации.

На следующем этапе исследования была выявлена взаимосвязь показателей шкал качества жизни с личностными особенностями женщин (см. табл. 2).

Данные табл. 2 свидетельствуют о взаимосвязи шкал качества жизни, раскрывающих содержание физического компонента здоровья с показателями личностных особенностей женщин данной выборки.

Выявлена положительная взаимосвязь шкал «Физическое функционирование» ($r = 0,215$) и шкалы «Общее состояние здоровья» ($r = 0,264$) с первичным фактором «Поиск впечатлений – Избегание впечатлений», который входит в состав основного фактора «Экстраверсия – Интроверсия». Данная взаимосвязь говорит о том, что ориентация на свои внутренние интересы, отгороженность от внешнего мира связаны с благополучным физическим функционированием и состоянием здоровья.

При этом отрицательная взаимосвязь показателя «Психическое здоровье» с первичным фактором «Теплота – Равнодушие» ($r = –0,248$), который входит в состав основного фактора «Привязанность – Обособленность» говорит о том, что равнодушное, безучастное отношение к окружающим и ориентация только на собственные интересы связаны с низкой оценкой психического здоровья, которое определяет наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Выявлены также положительные взаимосвязи показателей «Общего состояния здоровья», «Жизненной активности», «Социального функционирования», «Физического функционирования» и «Психического здоровья» со всеми первичными факторами основного фактора «Эмоциональная неустойчивость – Эмоциональная устойчивость». Выявленные взаимосвязи говорят о том, что уверенность в себе, эмоциональная зрелость, готовность следование требованиям реальной действительности являются личностными особенностями, связанными с высоким качеством физического и психологического здоровья.

Отрицательная взаимосвязь показателя «Социальное функционирование» с показателем «Моя беременность» по шкале «Сила» ($r = –0,236$) свидетельствует о том, что для женщин данной группы погружение в про-

живание процесс беременности во всем его многообразии связан с ограничением социальной активности.

Отрицательные взаимосвязи показателя «Мой ребенок» по шкале «Активность» со шкалами «Физическое функционирование» ($r = –0,241$), «Социальное функционирование» ($r = –0,367$) и положительные со шкалой «Психическое здоровье» ($r = 0,351$) свидетельствуют о том, что активное восприятие проявлений своего внутриутробно развивающегося ребенка во втором триместре беременности связано со снижением физического и социального функционированием и улучшением общего психического состояния женщины.

Выводы

Выявлены взаимосвязи между основными показателями качества жизни, показателями психоэмоционального состояния и личностными особенностями женщин в период беременности.

Установлено, что положительная оценка женщинами своего физического и психического здоровья, жизненной активности, как ведущих характеристик качества жизни связана с хорошим самочувствием, высокой активность и низкой тревожностью.

Выявлено, что повышение уровня качества жизни связано со способностью контролировать свои эмоции, переключать внимания с негативных сторон жизни на позитивные, быть устойчивой к неудачам и не бояться трудностей, гибко менять стратегии поведения в новых жизненных ситуациях и видеть перспективу будущего.

Определено, что при отсутствии ограничений в ролевом функционировании из-за физического состояния, женщина оценивает свое самочувствие как более благоприятное, готова к формированию представлений о внутриутробно развивающемся ребенке, активному восприятию его первых проявлений и формированию позитивного представления о будущем.

Установлено, что активное восприятие своего внутриутробно развивающегося ребенка, внимание к силе его проявлений выступает психологическим условием физического и психического здоровья, успешного ролевого функционирования и источником жизненной активности женщины.

Список литературы

1. *Гацаева Л. Т., Торчинов А. М., Филиппова Г. Г., Цахилова С. Г.* Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2011. № 3. С. 66–73.

2. *Завгородная И. В., Кирюшина Е. В.* Мотивация рождения ребенка в связи с социально-психологическими условиями жизни беременной

женщины // Перинатальная психология и психология родительства. 2008. № 3. С. 51–59.

3. *Чернова Е. П.* Демографическая ситуация и репродуктивный кризис современной семьи в России: экономические и социально-психологические аспекты // Перинатальная психология и психология родительства. 2008. № 1. С. 18–28.

4. *Ветчанина Е. Г.* Особенности психологических состояний беременных при остром и хроническом стрессе и возможности их коррекции на основе современных методов психологической диагностики // Аспирант и соискатель. 2003. №2. С. 169–172.

5. *Ковалева Ю. В., Сергиенко Е. А.* Контроль поведения при различном течении беременности // Психологический журнал. 2007. Т. 28, № 1. С. 70–83.

6. *Магденко О. В.* Методологические подходы к исследованию материнской ролевой идентичности у беременных женщин // Сибирский психологический журнал. 2010. № 38. С. 33–37.

7. *Филиппова Г. Г.* Нарушение репродуктивной функции и ее связь с нарушениями в формировании материнской сферы // Перинатальная психология и психология родительства. 2003. № 4–5.

8. *Филоненко А. Л.* Становление пренатальной психологической общности как условие здоровой беременности: Автореф. дис. … канд. психол. наук. Томск, 2012. 24 с.

9. *Хломов К. Д., Ениколопов С. Н.* Исследование психоэмоциональных и индивидуально-характерологических особенностей беременных женщин с угрозой прерывания беременности // Перинатальная психология и психология родительства. 2007. № 3. С. 38–49.

10. *Емельянова Д. И.* Качество жизни, связанное со здоровьем, и уровень тревоги и депрессии у женщин, беременность которых протекает на фоне артериальной гипертензии (обзор литературы) // Вятский медицинский вестник. 2014. № 2. С. 36–41.

11. *Лучкевич В. С.* Качество жизни как объект системного исследования и интегральный критерий здоровья и эффективности медико-профилактических и лечебно-реабилитационных программ. СПб: Изд-во СПбГМА им. И. И. Мечникова, 2011. 87 с.

12. *Куприянова И. Е., Чуйкова К. И., Ковалева Т. А., Алексеева Е. А.* Психическое здоровье и качество жизни беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 6 (75). С. 63–65.

13. *Новик А. А., Ионова Т. И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред. Ю. Л. Шевченко. 2-е изд. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. 320 с.

14. *Хажомия Р. К.* Анализ качества жизни и обоснование организационных форм дородовой подготовки женщин в период беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2009. 24 с.

РОЛЕВАЯ АДЕКВАТНОСТЬ СУПРУГОВ И ИХ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ БРАЧНЫМИ ОТНОШЕНИЯМИ

М. А. Долгая [1], *О. В. Магденко* [2]

Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск
[1] marinika.20@yandex.ru, [2] olga_mag@academ.org

ROLE ADEQUACY OF SPOUSES AND THEIR SATISFACTION WITH MARITAL RELATIONS

M. A. Dolgaya, *O. V. Magdenko*

Одной из основных социальных проблем современности является проблема создания и сохранения семьи. Общество заинтересовано в том, чтобы люди создавали крепкие семьи, поскольку благодаря этому происходит воспроизводство населения, передача нравственных и культурных ценностей. Семья является звеном социального развития, и, в то же время она сама по себе является ценностью для каждого человека.

Процесс возникновения ролевой структуры семьи является одной из главных сторон ее становления как социальной и психологической общности, адаптации супругов друг к другу. От того, как будут распределены роли супругов в браке, а также от того, будут ли супруги удовлетворены принятой ролевой моделью, зависят существование и дальнейшее развитие семейной жизни [1].

Система ролей определяет, какие обязанности и функции и при каких обстоятельствах будет выполнять каждый член в кругу семьи. Постепенно устанавливается порядок выполнения этих функций, определенный стандарт взаимодействия друг с другом. В процессе формирования семьи как новой системы, каждый из супругов вынужден оставить некоторые свои взгляды и привычки, утрачивая часть своей индивидуальности в пользу приобщения к своей супружеской семье. В нормально функционирующих семьях система ролей единая и, в то же время, подвижная, что подразумевает возможность различных вариантов распределения обязанностей [2].

В каждой семье выстраивается собственный, неповторимый порядок выполнения семейных функций и стандарт взаимодействия друг с другом. На распределение ролей и обязанностей между супругами влияет множество различных факторов: мировоззрение, ценности, социальные установки и цели человека, воспитание, ролевая модель родительской семьи, порядок рождения в семье, наличие братьев и сестер и другие [3].

Так, по мнению Э. Г. Эйдемиллера, супруги, будучи детьми, в процессе взаимодействия со своими родителями усвоили определенные модели по-

ведения с противоположным полом, и, таким образом, каждый из них стремится реализовать эти модели со своим партнером. Также автор считает, что каждый из супругов пытается занять в новой семье положение того члена родительской семьи, который пользовался наибольшим авторитетом. Усвоенные в детском возрасте паттерны поведения могут препятствовать созданию гармоничных отношений с партнером.

Наличие братьев и сестер, а также порядок рождения воздействуют на занимаемые в супружеской семье позиции и роли. Зачастую происходит перенос отношений с сиблингами на своих детей и супруга [4].

Удовлетворенность браком – это показатель успешного воплощения в жизнь образа семьи, который складывается у индивида в процессе получения соответствующего опыта взаимодействия до создания собственной семьи [5].

Благополучность брачных отношений определяется следующими факторами: психологическая готовность партнеров к созданию семьи; сходство мировоззренческих позиций и ценностей; эмоциональная близость; психофизиологическая (в том числе сексуальная) совместимость; согласованность моделей общения; равенство культурного уровня и социального статуса; а также некоторыми личностными качествами супругов (терпимость, самообладание, гибкость в поведении, заботливость, верность, надежность и др.). Следует отметить, что почти все перечисленные факторы изменчивы, и изначально не совместимые партнеры могут постепенно адаптироваться друг к другу. Психофизиологическая несовместимость, а также рассогласование ценностных ориентаций с трудом поддаются изменениям [6].

Целью данного исследования являлось изучение связи между ролевой адекватностью в браке и удовлетворенностью супругами брачными отношениями.

Для проведения исследования использовались следующие методики: для диагностики степени удовлетворенности / неудовлетворенности браком был использован «Тест-опросник удовлетворенности браком» В. В. Столина, Т. Л. Романовой, Г. П. Бутенко; для исследования показателя ролевой адекватности супругов мы использовали опросник «Определение согласованности семейных ценностей и ролевых установок в супружеской паре» (РОП) А. Н. Волковой.

В исследовании принимали участие 40 человек (20 мужчин и 20 женщин), состоящих в браке и не имеющих детей (т. е. 20 супружеских пар со стажем брака от 1 года до 4 лет). Возраст испытуемых от 18 до 35 лет. В зависимости от социального статуса среди испытуемых можно выделить: 15 студентов, 8 безработных, 3 домохозяйки и 14 работающих. Все испытуемые проживают на территории Новосибирской области.

Ролевая адекватность мужа рассчитывалась как разность баллов оценок ролевых притязаний жены и ролевых ожиданий мужа; соответственно, ролевая адекватность жены равна разности баллов, характеризующих ролевые притязания мужа и ролевые ожидания жены. Чем меньше разность, тем больше ролевая адекватность супруга(и), и, следовательно, ориентации жены (мужа) на личное выполнение определенной функции соответствуют установкам мужа (жены) на активную роль брачного партнера в семье [7].

По итогам диагностики были составлены сводные таблицы данных; проводился корреляционный анализ с использованием коэффициента Спирмена для проверки гипотезы исследования.

Анализ результатов исследования показал, что: полностью удовлетворены браком и считают свою семью абсолютно благополучной 20 испытуемых (50 %); считают семью благополучной 12 испытуемых (30 %); скорее благополучной – 6 (15 %); только 5 % испытуемых в той или иной мере не удовлетворены браком. Таким образом, можно считать, что в данной выборке преобладали супруги с высоким уровнем удовлетворенности семейными отношениями.

Также, согласно полученным данным, 11 супружеских пар по всем шкалам имели не более 3 баллов по рассогласованности семейных ценностей, 9 пар – более 3 баллов. Таким образом, для 11 супружеских пар, вероятно, не свойственны проблемы во взаимоотношениях, а 9 пар характеризуются как конфликтные.

По результатам корреляционного анализа была обнаружена статистически значимая обратная связь на уровне 0,01 между показателями удовлетворенности браком и ролевой адекватности ($r = –0,41$; $p = 0,009$). Таким образом, чем выше уровень удовлетворенности браком, тем меньше баллов по показателю ролевой адекватности.

Далее, по результатам корреляционного анализа была обнаружена статистически значимая обратная связь на уровне 0,05 у женщин между показателями удовлетворенности браком и согласованности по эмоционально-психотерапевтической шкале семейных ценностей ($r = –0,52$; $p = 0,018$). Следовательно, удовлетворенность браком у женщин в наибольшей степени связана с согласованностью установок супругов на значимость эмоционально-психотерапевтической функции брака.

Таким образом, уровень удовлетворенности браком связан с показателем ролевой адекватности супругов. Чем больше ролевая адекватность супруга(и), и, следовательно, ориентации жены (мужа) на личное выполнение определенной функции соответствуют установкам мужа (жены) на активную роль брачного партнера в семье, тем уровень удовлетворенности браком супругов выше.

Также полученные результаты говорят о том, что чем меньше рассогласованность по показателю значимости для супругов взаимной моральной и эмоциональной поддержки друг друга, тем выше уровень удовлетворенности браком у женщин. Таким образом, можно предположить, что женщины придают большое значение взаимной моральной и эмоциональной поддержке друг друга и ориентации на брак как среду, способствующую психологической разрядке и стабилизации.

Исходя из теоретического анализа литературы по теме ролевой адекватности в браке, можно сделать следующие выводы:

Система ролей в нормально функционирующих семьях динамична, роли и функции членов семьи могут изменяться в зависимости от ситуации [8].

Такое распределение ролей, при котором супруги удовлетворяют свои потребности, роли соответствуют возможностям каждого члена семьи, и при этом их обязанности не противоречат друг другу, является основой создания гармоничных отношений в браке [4].

Адекватность ролевого поведения определяется, как соответствие ролевых ожиданий супругов – установок на активную реализацию партнером семейных функций, ролевым притязаниям мужа и жены, т. е. личной готовности супругов участвовать в выполнении семейных обязанностей [9].

Социально-психологическая совместимость брачных партнеров характеризуется согласованностью ролевых ожиданий и притязаний, выступающих при реализации функций семьи. Супружеская совместимость напрямую связана с удовлетворенностью браком [10].

Неудовлетворенность брачными отношениями может привести к разрыву отношений, также она часто становится причиной невротических реакций, появления алкогольной и других видов зависимостей [11].

На основании экспериментальных данных были сделаны следующие выводы.

Уровень удовлетворенности браком связан с показателем ролевой адекватности супругов. Так, чем выше уровень ролевой адекватности, тем супруги более удовлетворены брачными отношениями.

Женщины придают большее значение взаимной моральной и эмоциональной поддержке друг друга и ориентации на брак как среду, способствующую психологической разрядке и стабилизации.

Список литературы

1. *Алешина Ю. Е.* Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М., 1999. 208 с.
2. *Минухин С.* Семьи и семейная терапия. М., 1974.
3. *Навайтис Г.* Муж, жена и… психолог. М., 1995.

4. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В.* Психология и психотерапия семьи. М., 1990.

5. *Голод С. И.* Стабильность семьи: социологические и демографические аспекты. М., 1984.

6. *Обозова А. Н.* Супружеская совместимость. М., 1983.

7. *Волкова А. Н.* Социально-психологические факторы супружеской совместимости: Дис. … канд. психол. наук. Л., 1979.

8. *Минухин С., Фишман Ч.* Техники семейной терапии. М., 1998.

9. *Торохтий В. С.* Психология социальной работы с семьей. М., 1996.

10. *Сатир В.* Как строить себя и свою семью. М., 1992.

11. *Силяева Е. Г.* Психология семейных отношений с основами семейного консультирования. М., 2002.

ОСОЗНАННОЕ РОДИТЕЛЬСТВО, ИЛИ ВОСПИТАНИЕ ДО РОЖДЕНИЯ

Ж. Н. Дюльдина

Ульяновский государственный педагогический университет
им. И. Н. Ульянова, г. Ульяновск
gannad@mail.ru

CONSCIOUS PARENTHOOD OR UPBRINGING BEFORE BIRTH

Zh. N. Dyuldina

Древняя мудрость гласит, что воспитание начинается с момента зачатия.

Согласно притче, к мудрецу пришли родители новорожденного малыша и спросили его: «Когда нам начинать его воспитывать? Мудрец ответил: «Вы опоздали ровно на девять месяцев!».

Сегодня огромное внимание уделяется феномену «воспитание до рождения» с очень разных сторон и, подходов и точек зрения. На наш взгляд однозначность, и односторонность различных отраслей наук занимающихся этим вопросом приводит ко многим противоречиям, а зачастую и диаметрально противоположным оценкам данного феномена. С нашей точки зрения, феномен «воспитание до рождения» должен иметь строго научный подход без примеси оккультных воззрений и, самое важное, междисциплинарную основу изучения. Так как феномен очень сложный, имеет долгую историческую, культурологическую, этнографическую, педагогическую, а вот уже в последнюю очередь психолого-медецинсккую направленность.

Самыми первыми упоминаниями о феномене «воспитание до рождения» были во всех традиционных культурах, разных национальностей и вероисповеданий. Культурологический пласт, который мы имеем в пришедшем к нам фольклоре, и устном народном творчестве: «Что посеешь, то и пожнешь», «Яблоко от яблоньки не далеко падает», «Впитать с молоком матери»; колыбельные, полешки, присказки и многое другое.

Важно отметить, что первыми педагогическими, а именно воспитательными характеристиками предстает перед нами забытый труд великого чешского педагога Я. А. Коменского «Материнская школа», где он всю 5 главу книги посвящает феномену «воспитание до рождения».

В период очень быстрой, порой бесконтрольной индустриализации, развития огромного количества новых технологий в различных отраслях наук, мы просто

потеряли, а многое уже безвозмездно, то прошлое что несло в себе основу жизни человека в его самом естественном виде. И теперь пытаемся вернуть то забытое старое как «артефакт» восстанавливая по – крупицам знания и выдвигая робкие гипотезы. Что в давно забытом прошлом на разных континентах мира было общепринятой человеческой норной.

На сегодняшний день феноменом «воспитание до рождения» в разных его аспектах занимаются разные специалисты в разных отраслях науки, таких как философии, медицине, психологии и др. (А. Бертин, Г. И. Брехман, Т. Верни, И. В. Добряков, Р. Равич, С. Ю. Мещерякова, Р. Ж. Мухамедрахимов, Е. О. Смирнова, А. С. Султанова, Г. Г. Филиппова, Н. Чечерина, Ю. И. Шмурак, Ж. В. Цареградская, Т. В. Филипповская, Е. П. Шихова и многие другие)

Н. А. Чечерина выделяет 4 урока в данном воспитательном процессе:

- мысли и эмоции;
- любовь и нежность;
- общение с ребенком;
- красота [1].

Ю. И. Шмурак, напротив, говорит нам о том что, современные не только медики, физиологи, но и психологи по большей части не видят во внутриутробной жизни никакого психологического содержания. Ни отечественные, ни зарубежные психологи никогда не пытались представить плод в утробе матери как объект какого-то целенаправленного воспитательного воздействия. А между тем развитие практики пренатального воспитания существуют во многих, если не большинстве традиционных культур. И им вводится понятие «пренатальная общность» как объекта пренатального воспитания, так как в психологии не т категории понятия воспитания [2].

Р. Равич в статье «Тайная жизнь еще не рожденного ребенка» говорит о тесной эмоционально-психологической связи матери и ребенка [3].

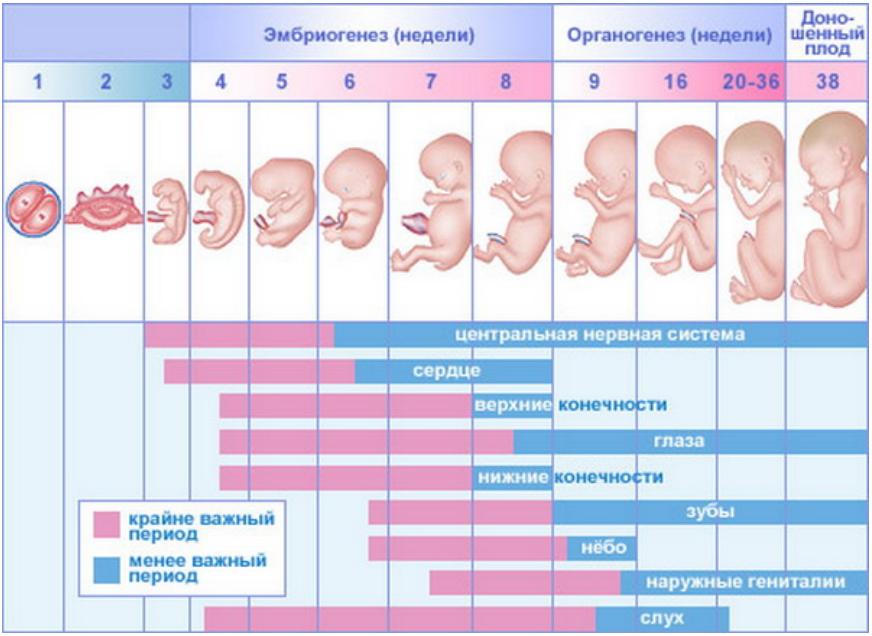
Г. М. Науменко в книге «Этнография детства» рассказывает о тысячелетнем опыте человечества, об этнической памяти развития человеческого начала, и о том, что мы сейчас только начинаем познавать культуру материнства и детства, а наши предки этим владели в совершенстве. Автор называет ее «энциклопедия крестьянской жизни матери и ребенка» [4].

А. Бертин в книге «Воспитание в утробе матери, или рассказ об упущенных возможностях» говорит, о том, что ничего просто так в ребенке не появляется, это все процесс тесной связи матери и ребенка в пренатальный период.

Книга «Феномен насилия (от домашнего до глобального). Взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины» под редак-

цией Г. И. Брехмана и П. Г. Федор-Ффрайберга, где авторы пытаются найти очень четкую связь пре- и перинатального развития человека и дальнейшего поведения склонного к насилию. По мнению авторов, ответственность за закладку этой склонности несут, родители и ближайшее окружение родственников еще до появления ребенка на свет [5].

Это очень хорошо можно увидеть на рисунке, где розовым цветом отмечены крайне важные периоды в развитии человека, которые, к огромному сожалению, не всегда известны современным мамам, что и ведет к феномену насилия, как утверждают авторы:



В книге Д. Пурпура указано точное время формирования личности ребенка в утробе матери – это период между 28-й и 32-й неделями беременности. Начиная с этого периода информация, которая поступает в мозг ребенка, передается отдельным частям его тела. Также было отмечено что, несколькими неделями позже сигналы мозга ребенка становятся все более ярко выраженными и могут быть зафиксированы приборами, позволяющими определить, когда ребенок спит, а когда бодрствует [6].

Американский ученый Т. Верни утверждает, что личность человека формируется до его появления на свет. Ребенок воспринимает мысли, пе-

реживания, эмоции матери, именно эти впечатления впоследствии сформируют его характер, поведение, психику [7].

Как отмечает Э. Эриксон [8], материнская любовь дана ребенку изначально как дар, она является основой формирования у ребенка базового доверия к миру, открытости и готовности с ним взаимодействовать.

Физиологическое развитие ребёнка

1-я неделя	• прикрепление зародыша к стенке матки; • зародыш состоит приблизительно из 150 клеток, будущие функции которых уже определены;
3-я неделя	• сердце бьется (но ещё не внутри тела); • признаки формирование позвоночника и головного мозга; • зародыш уже достиг развития 0,025 см в диаметре;
4-я неделя	• формирования очертания лица; • огромные тёмные круги вокруг места, где в будущем должны появиться глаза; • развитие ротовой полости, нижней челюсти и глотки; • формирование клеток крови и начало циркуляции; • крошечное «сердце» – цилиндр будет биться 65 раз в минуту к концу 4-й недели; • 0,5 см в длину (после зачатия вырос в 10 000 раз);
5-я неделя	• к концу этой недели начинают формироваться уши; • начало формирования рук и ног; • головной мозг, позвоночник и нервная система хорошо развиты; • начинают функционировать кровеносные сосуды;
6-я неделя	• бьющееся сердце уже можно увидеть, но оно ещё расположено вне тела; • формирование головы; • рот закрыт, но начинает развиваться пищеварительная система вниз от ротовой полости; • начало формирования яичек или яичников; • 0,6 см в длину;
7-я неделя	• сердце уже расположено в теле; • формирование головы; • рот ещё закрыт, но пищеварительная система развивается от ротовой полости вниз; • формирование яичек или яичников; • всё ещё в длину 0,6 см;

8-я неделя	• начало формирования зубов; • длина ребёнка 2 см; • его вес 1 грамм; • к концу второго месяца ребёнок по размеру меньше таблетки аспирина;
3-й месяц	• формирование ногтевых лунок; • развитие вкусовых сосочков на языке, желез слюновыделения; • развитие почек; • формируется 4-камерное сердце, бьющееся в ритме 117–157 ударов в минуту; • ребёнок начинает шевелиться, но мать едва может это чувствовать; • пальцы открываются и закрываются, сжимаясь в кулак; • руки сгибаются в запястья; • 8 см в длину, вес 28 г;
4-й месяц	• ребёнок начинает быстро расти, достигает половины того роста, с которым должен родиться; • вес увеличился в 6 раз; • необходимы большие количества питательных веществ, кислорода, воды, поступающие из организма матери через плаценту; • ребёнок может заполнять мочевой пузырь; • у ребёнка уже есть брови и ресницы; • сердцебиение может прослушиваться врачом с помощью фонендоскопа; • 17–22 см в длину, весом 115 г; • в этот период ребёнок может начать сосать большой палец руки;
5-й месяц	• движение плода можно будет ощутить на 20 неделе; • появление волос на голове; • покрыт кожным покровом, начинается жировое отложение; • около 31 см в длину, вес 0,4 кг; • кожа ребёнка морщинистая (но покрыта защитной «сыровидной» первородной смазкой, которая остаётся при рождении ребёнка);
6-й месяц	• глаза открыты; • прослушиваются звуки; • кожные складки полностью сформированы на ладонях и ступнях, что свидетельствует о наличии у ребёнка ин-

	дивидуальных и уникальных рисунков отпечатков пальцев и ступни; • 36 см в длину, вес 1 кг;
7-й месяц	• система органов достаточно развита, и поэтому если ребёнок преждевременно родился, то он сможет выжить; • 38–41 см в длину, вес 1–1,6 кг; • получение от матери иммунитета против любых болезней, которыми мать болела;
8-й месяц	• ребёнок наберёт в весе 1 кг за этот месяц; • ребёнок становится красивым; • ногти вырастут до кончиков пальцев; • вероятное положение ребёнка – головой вниз; • вес может быть более 2 кг, а длина составляет 45 см; • получение от матери иммунитета против любых болезней, которыми мать болела;
9-й месяц	• ребёнок вырастает на 7 см и набирает в весе 1 кг; • волосы на голове могут вырасти в длину на 2,5 см; • получение от матери иммунитета против любых болезней, которыми мать болела; • к концу этого месяца то, что начало развиваться из женской яйцеклетки размером 0,013 см и мужского сперматозоида всего лишь 1/80 000 от размера яйцеклетки, появится на свет, как потрясающее чудо; • новорожденный приблизительно 51 см в длину и около 3,2 кг

В приведенном материале мы сделали попытку междисциплинарного подхода к изучению, а лучше сказать, к реконструкции (воссозданию) феномена «дородовое воспитание», когда каждый член семьи был грамотен в этом вопросе и компетентен, говоря современным языком. Во все времена отношение к внутриутробному периоду было основополагающим как фундамент дома.

Список литературы

1. *Чечерина Н.* Воспитание до рождения // Материнство. 1999. Окт. С. 35–37.

2. *Шмурак Ю. И.* Пренатальная общность // Человек. 1993. № 6. С. 21–37.

3. *Равич Р.* Тайная жизнь еще не рожденного ребенка // Семья и школа. 1995. № 9.

4. *Науменко Г. М.* Этнография детства. М.: Русская жизнь, 2012. 312 с.

5. Феномен насилия (от домашнего до глобального). Взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины / Под ред. Г. И. Брехмана, П. Г. Федор-Ффрайберга. СПб.; Хайфа, 2005. 352 с.

6. *Purpura D. P., Schad J. P.* And of growth maturation the brain. Amsterdam; London; New York: Elsevier, 1964.

7. *Verny T. R.* Womb Ecology / World Ecology: Talk delivered at 2nd World Congress for Prenatal Education. Atens, Greece, 1994.

8. *Эриксон Э.* Детство и общество. М., 1995.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ БРАКОМ И РОДИТЕЛЬСКИХ УСТАНОВОК ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ В СЕМЬЕ ПЕРВЕНЦА

Е. В. Егорова, *Я. Федорова*

АНО ВО Новый сибирский институт, г. Новосибирск
egorova_eva@mail.ru

THE RELATIONSHIP OF SATISFACTION WITH MARRIAGE AND PARENTING ATTITUDES AFTER THE BIRTH IN THE FAMILY OF THE FIRSTBORN

E. V. Egorova, *Ya. Fedorova*

Удовлетворенность супружескими взаимоотношениями является одним из основных компонентов удовлетворенности жизнью в целом и фактором психического здоровья и благополучия человека. Несмотря на то, что в современной науке накоплен обширный материал по различным факторам, влияющим на удовлетворенность браком, работ, где в качестве таких факторов рассматривались бы особенности родительских установок супругов после рождения в семье первого ребенка, практически не встречается.

С целью исследования наличия или отсутствия взаимосвязи между удовлетворенностью браком и родительскими установками супругов после рождения в семье первенца авторы провели теоретическое и практическое исследование. Авторы предположили, что между удовлетворенностью браком и родительскими установками супругов после рождения в семье первенца есть взаимосвязь, которая имеет следующий характер: удовлетворенность браком будет высокой при установлении эмоционального контакта с ребенком и преобладании у родителей собственных притязаний в воспитании детей над ожиданиями активной родительской позиции брачного партнера.

Для проверки предположения были использованы следующие методики: «Тест-опросник удовлетворенности браком» (В. В. Столин, Т. Л. Романова, Г. П. Бутенко); «Опросник измерений родительских установок» Е. Шефер и К. Белл (адаптированная Т. В. Архиреевой); опросник «Ролевые ожидания и притязания в браке» (А. Н. Волкова).

Исследование проводилось на базе психологического центра «Апрель» (г. Новосибирск). В исследовании приняли участие лица в возрасте от 26 до 34 лет в количестве 40 человек. Половой состав выборки: 20 мужчин,

20 женщин. Семейный статус: находящиеся в официальном браке, имеющие одного ребенка в возрасте до 1 года.

Теоретический анализ научной литературы показал, что в качестве факторов, оказывающих влияние на удовлетворенность браком, рассматриваются: стаж семейной жизни, срок предбрачного ухаживания, мотивы вступления в брак, бытовая и духовная адаптация, сексуальная удовлетворенность супругов, количество детей в семье, удовлетворение потребностей в семейно-брачных отношениях (в общении, в открытости, домашней поддержке), распределение бытовой нагрузки между супругами, удовлетворенность в сфере ведения домашнего хозяйства, родительский стиль воспитания и другие [1].

Удовлетворенность браком может снижаться в периоды семейных кризисов. Одним из таких кризисов является нормативный семейный кризис, связанный с переходом супругов в статус родителей [2]. В научной литературе этот нормативный кризис описан, как один из двух самых острых кризисов. Это доказывается статистикой разводов, показывающей, что большой процент распада браков приходиться на самый первый год после появления на свет первого ребенка [3].

Проведенный С. С. Савенышевой анализ исследований динамики супружеских взаимоотношений после рождения ребенка показывает, что и для пар, имеющих детей, и для пар, не имеющих детей, свойственно понижение степени удовлетворенности браком постепенно, но в семьях с детьми оно проявлено интенсивнее и встречается непосредственно после рождения ребенка [4]. Согласно О. В. Егоровой, после рождения ребенка удовлетворенность браком мужчин из «современных» семей положительно связана с оценкой собственного вклада в выполнение роли кормильца. А удовлетворенность браком их жен связана с активностью мужа в роли организатора субкультуры и высоким качеством выполнения им роли кормильца. В «традиционных» семьях после рождения ребенка прослеживается усиление эмоциональной зависимости жены в отношениях с мужем. Для мужей качество брака по-прежнему связано с выполнением женой традиционной экспрессивной роли [5].

С. С. Савенышевой установлено, что положительная динамика степени удовлетворенности браком у супругов во время после появления на свет ребенка замечается при адекватной самооценке, «легком» темпераменте ребенка. Факторы, позитивно воздействующие на отношения при переходе к родительству: модель положительных взаимоотношений в семье родителей; положительные взаимоотношения и умение конструктивно разрешать конфликты еще до появления на свет ребенка; правильное и равноправное распределение домашних обязанностей после появления на свет ребенка; достаточность времени, которое супруги проводят вместе.

Практическое исследование взаимосвязи удовлетворенности браком и родительских установок показало следующие результаты (см. таблицу).

Значительная неудовлетворенность браком выявлена у 8 испытуемых (сумма баллов составила от 17 до 22). Из них у 7-ми определена высокая степень эмоциональной дистанции с ребенком (стены от 8 до 10), а низкая степень эмоционального контакта определена у всех 8-ми испытуемых со значительной неудовлетворенностью браком (стены от 1 до 3). У 5-ти испытуемых со значительной неудовлетворенностью браком были определены высокие ролевые ожидания исполнения родительских функций от другого супруга и у 7-ми испытуемых со значительной неудовлетворенностью браком были определены слабые ролевые притязания на реализацию роли родителя.

Значительная удовлетворенность браком была выявлена только у 6 испытуемых: из них у 4-х выявлена высокая степень эмоционального контакта с ребенком, у 3-х испытуемых определена низкая степень эмоциональной дистанции с ребенком. У 3-х человек определены слабые ролевые ожидания и у всех 6-ти человек определены высокие ролевые притязания на реализацию роли родителя.

Для проверки достоверности предварительных взаимосвязей был проведен корреляционный анализ (с помощью коэффициента Спирмена).

Результаты показали, что удовлетворенность браком достоверно коррелирует со всеми рассмотренными показателями родительских установок, при этом было выявлено три прямые корреляции и две обратные.

Удовлетворенность браком достоверно прямо коррелирует со степенью эмоционального контакта с ребенком ($r = 0{,}84$, $p < 0{,}001$), со степенью концентрации на ребенке ($r = 0{,}19$, $p < 0{,}05$), с ролевыми притязаниями на выполнение родительской роли ($r = 0{,}85$, $p < 0{,}001$).

Удовлетворенность браком достоверно обратно коррелирует со степенью эмоциональной дистанции с ребенком ($r = –0{,}77$, $p < 0{,}01$), с ролевыми ожиданиями на выполнение родительской роли супругом ($r = –0{,}79$, $p < 0{,}01$). Таким образом, был определен следующий характер взаимосвязи между удовлетворенностью браком и родительскими установками супругов, в семье которых родился первый ребенок.

1. Высокая удовлетворенность браком супругов взаимосвязана со следующими факторами:

- оптимальный эмоциональный контакт родителя с ребенком (выражается в поощрении активности ребенка; товарищеских отношениях между родителями и детьми),
- концентрированность родителя на ребенке (забота, оберегание ребенка от трудностей; исключение внесемейных влияний),
- высокие ролевые притязания в сфере родительства (сильная ориентация на собственные обязанности по воспитанию детей).

Сводная таблица результатов эмпирического исследования (баллы)

№ п/п	Тест-опросник удовлетворенности браком (В. В. Столин, Т. Л. Романова, Г. П. Бутенко)	«Опросник измерений родительских установок» Е. Шефер и К. Белл (адапт. Т. В. Архиреевой)				Опросник «Ролевые ожидания и притязания в браке» А. Н. Волковой (родительско-воспитательная шкала)
		эмоциональный контакт	эмоциональная дистанция с ребенком	концентрация на ребенке	ролевые ожидания	
1	18	2	8	6	8	2
2	19	3	9	5	7	3
3	18	2	7	3	8	1
4	17	1	8	4	9	2
5	20	2	10	5	8	3
6	21	3	9	4	7	4
7	22	2	9	3	8	3
8	21	1	10	3	7	2
9	24	1	8	2	8	2
10	25	2	7	3	9	3
11	24	3	6	4	7	2
12	23	4	7	5	8	1
13	23	5	8	2	6	5
14	24	4	9	2	7	4
15	25	3	8	2	5	3
16	26	4	7	3	4	4
17	23	5	6	4	5	3
18	24	5	6	5	6	4
19	23	4	7	5	6	5
20	23	5	8	3	7	4
21	24	6	7	3	6	3

Окончание таблицы

№ п/п	Тест-опросник удовлетворенности браком (В. В. Столин, Т. Л. Романова, Г. П. Бутенко)	«Опросник измерений родительских установок» Е. Шефер и К. Белл (адапт. Т. В. Архиреевой)				Опросник «Ролевые ожидания и притязания в браке» А. Н. Волковой (родительско-воспитательная шкала)
		эмоциональный контакт	эмоциональная дистанция с ребенком	концентрация на ребенке	ролевые ожидания	
22	25	5	6	4	5	4
23	27	7	5	5	6	5
24	28	6	6	4	7	6
25	27	8	4	5	5	7
26	28	7	5	5	4	6
27	28	6	6	6	5	5
28	29	9	7	6	3	6
29	27	8	6	5	4	7
30	29	9	7	6	5	8
31	28	8	5	5	4	7
32	27	8	4	4	5	6
33	28	9	4	5	4	7
34	27	8	3	4	3	8
35	31	7	4	3	2	9
36	30	8	5	4	3	8
37	32	9	4	5	4	7
38	31	8	2	4	5	8
39	31	7	3	3	4	9
40	30	8	2	6	3	9
Средний балл	25,2	5,3	6,3	4,1	5,6	4,8

2. Низкая удовлетворенность браком супругов взаимосвязана со следующими факторами:

- эмоциональная дистанция родителей с ребенком (строгость, раздражительность, избегание общения с ребенком),
- высокие ролевые ожидания в сфере родительства (установка на активную родительскую позицию брачного партнера).

Данное исследование является «пилотным» и требует доработки. Во-первых, необходимо увеличить выборку. Во-вторых, интересно исследовать, как связаны удовлетворенность браком и родительские установки внутри семей, в зависимости от того, какие результаты у супругов.

Однако и в таком виде исследования результаты могут быть интересны семейным, перинатальным психологам и другим специалистам, взаимодействующим с семьями на этом этапе развития семьи.

Список литературы

1. *Романова Е. С.* Факторы, оказывающие влияние на удовлетворенность браком // Психология, социология и педагогика. 2014. № 6.

2. *Олифирович Н. И., Зинкевич-Куземкина Т. А., Велента Т. Ф.* Психология семейных кризисов. СПб.: Речь, 2008. 360 с.

3. *Архиреева Т. В.* Психология родительства и детско-родительских отношений. Учеб.-метод. пособие. В. Новгород, 2006. 216 с.

4. *Савенышева С. С.* Динамика супружеских отношений при переходе к родительству: анализ зарубежных исследований // Психологические исследования. 2016. № 9 (47). С. 11. URL: http://psystudy.ru

5. *Егорова О. В.* Феномен удовлетворенности браком: основные направления исследований // Научные материалы международного форума и школы молодых ученых ИП РАН. Международный форум в Сочи. URL: http://www.ipras.ru/cntnt/rus/dop_dokume/mezhdunaro/nauchnye_m/razdel_3_a/egorova_ov.html

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Е. В. Егорова

АНО ВО Новый сибирский институт, г. Новосибирск
egorova_eva@mail.ru

PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PREGNANCY

E. V. Egorova

В данной статье описывается практический опыт работы перинатального психолога в психологическом центре для беременных и родителей.

Подтверждением того, что женщине, ожидающей ребенка необходима психологическая поддержка, может служить ряд факторов. Например, неприятие или игнорирование факта беременности; негативное отношение к беременности и будущему ребенку; ярко выраженные страхи и опасения за протекание беременности и здоровье будущего ребенка; преобладающее депрессивное состояние или хронически сниженный эмоциональный фон настроения будущей матери; чрезмерная концентрация на переживаниях, связанных с ожиданием ребенка, и как следствие, дистанцирование от членов семьи и своего супруга [1]

В процессе работы с беременными мы выделяем два больших блока: психологическое сопровождение беременности и подготовка к родам. Настоящая статья раскрывает первый блок, работа в котором ведется по пяти направлениям.

1. Гармонизация душевного состояния.

Перестройка гормонального фона приводит зачастую к эмоциональным всплескам и перепадам настроения. У некоторых женщин они могут быть довольно резкими, могут беспокоить, могут вызвать проблемы и конфликты с окружающими. Здесь могут помочь различные медитации, релаксация, аффирмации, арт-терапия, танцевально-двигательная терапия и другое. Важно установить и поддерживать ровный, чуть приподнятый, положительный настрой.

Психологическая помощь женщине направлена на:

- предоставление информации о возможных эмоциональных и поведенческих проявлениях, характерных для беременных женщин;
- обучение способам коррекции этих проявлений;
- помощь в осознании своих чувств и внутриличностных конфликтов, нахождение творческих способов адаптации к состоянию беременности и принятие ответственности за их реализацию.

2. Работа со страхами.

Страхов, зачастую, у беременных очень много: страх родов, страх за здоровье ребенка, страх потерять фигуру, работу, мужчину, превратиться в домохозяйку и т. д. Иногда страхи у беременной женщины настолько сильные, что она не может ни есть, ни спать и ни о чем другом думать. Если страхи не проработать, то гармонизировать душевное состояние будет очень сложно. В родах страхи тоже тормозят процесс [2].

Психологическая помощь женщине здесь направлена на:

- помощь в принятии изменяющегося телесного «Я» женщины;
- коррекцию страхов и опасений, связанных с ощущением ребенка внутри себя;
- помощь в выстраивании оптимальных отношений с ближайшим окружением;
- прояснение актуальных желаний и ожиданий в отношении своей жизни и жизни будущего ребенка;
- оказание поддержки в процессе обретения смысла данного события в её жизни в случае выявления факта непринятия женщиной её беременности;
- коррекцию любых других страхов и опасений, возникающих у женщины.

3. Работа над гармонизацией семейных и супружеских отношений.

Беременность и рождение ребенка вызывают так называемую перестройку семейной структуры. Меняются отношения в паре и меняются отношения в расширенной семье (отношения с родителями, братьями, сестрами и т. д.). Семейные психологи описывают такие понятия как «жизненный цикл семьи» и «нормативные семейные кризисы». Нормативный семейный кризис возникает при переходе с одной стадии жизненного цикла семьи на другую. Особенно серьезным кризисом в семейной психологии признается рождение первого ребенка в семье [3]. И уже на этапе беременности можно выявить, скорректировать или провести профилактику кризисных моментов.

Особое внимание здесь уделяется таким моментам: плановая или не плановая была беременность, стала ли она желанной для обоих супругов, мотивация беременности (конструктивные или деструктивные мотивы способствовали беременности), уровень сплоченности супругов, выявление отношения супругов к произошедшим изменениям в семье, изучение представлений супругов о новом образе семьи и своих ролях в ней.

Психологическая помощь семье направлена на:

- обеспечение благоприятной психологической атмосферы и создание диалогического пространства для супругов;
- коррекцию системы ожиданий и притязаний в супружеской паре;
- поддержку супругов в принятии новых ролей и переструктурировании внутренних границ семьи;

- поиск ресурсов для необходимых изменений в системе;
- помощь в осознании и принятии факта изменения баланса близости-отдаленности в супружеской паре в связи с появлением нового члена семьи;
- поддержка супругов в установлении новых отношений близости-отдаленности в семье;
- помощь в гармонизации сексуальных отношений.

С расширенной семьей отношения тоже перестраиваются. Важно поддержать супругов в выстраивании новых отношений с расширенными семьями, помочь супругам в поисках оптимальной частоты встреч с бабушками и дедушками.

4. Установление психологического контакта с ребенком.

Здесь имеется в виду работа над созданием систем «мать – ребенок» [4] и «мать – отец – ребенок» [5]. Иногда женщина фиксируется на соматических симптомах, особенно, если они ярко выраженные, например, длительный сильный токсикоз. Тогда беременность воспринимается как болезнь. При сильной фиксации может так и не произойти переход болезни в материнство. Одной из основных задач психолога тогда будет перевести симптомы (болезнь) в чувство материнства, «привести» женщину к ребенку. Важно включить в эти процессы и отца ребенка, способствовать уже во время беременности формированию чувства отцовства и формированию родительской подсистемы.

Психологическая помощь направлена на:

- формирование привязанности, любви к ребенку;
- формирование устойчивого адекватного и позитивного образа ребенка;
- умение прислушиваться к состоянию ребенка, фокусироваться на ребенке.

Эти задачи могут быть реализованы разными методами – медитации о ребенке, обучение родителей методам гаптономии (контакт через прикосновение), обучение пренатальной педагогике (воспитание до рождения). Большое внимание уделяется методам телесно-ориентированной психотерапии, в частности, методы и упражнения на повышение чувствительности тела, на принятие своего тела беременной женщиной.

5. Проработка различных личностных проблем, детских психологических травм беременной.

Многие перинатальные психологи отмечают, что во время беременности многие личностные проблемы обостряются, а также приобретают значение детские конфликты беременной с собственной матерью [6]. Это может сказаться на самочувствии беременной, на особенностях протекания беременности и даже на состоянии ребенка. Но здесь важно быть очень осторожным, психокоррекционная работа с беременными должна отли-

чаться от работы с «обычными» людьми. Нужно выбирать более мягкие и бережные способы и методы психокоррекции, делать это в том случае, если в ходе работы выяснились личностные проблемы и травмы, влияющие на состояние и самочувствие беременной и они беспокоят женщину.

Перечисленные направления являются основными в работе перинатального психолога по психологическому сопровождению беременности. Работа осуществляется как в группах, так и индивидуально. Группы могут быть тематические, по какому-либо направлению, а могут включать комплексное сопровождение, включающее работу по всем перечисленным выше направлениям. Индивидуальная работа более адресная, и осуществляется по запросу беременной женщины или пары.

Собственный практический опыт показывает продуктивные результаты и доказывает целесообразность реализации подобной работы с женщинами. У женщин снижается тревожность, уходят страхи, гармонизируется эмоциональное состояние. Улучшаются супружеские отношения, уже до рождения ребенка формируется и начинает функционировать родительская подсистема. В уходе за ребенком даже в первые дни женщина чувствует себя уверенно. Сопровождение психологом во время беременности является хорошей профилактикой послеродовых депрессий.

Список литературы

1. *Олифирович Н. И., Зинкевич-Куземкина Т. А., Велента Т. Ф.* Психология семейных кризисов. СПб.: Речь, 2008. 360 с.

2. *Лосева В., Луньков А.* Страхи вокруг беременности: Учеб. пособие по психологии материнства. Для факультетов психологических, медицинских и социальной работы / Ред.-сост. Д. Я. Райгородский. Самара: ИД БАХ-РАХ-М, 2003. С. 321–334.

3. *Варга А. Я.* Введение в системную семейную терапию. М.: Когито-центр, 2011. 184 с.

4. *Добряков И. В.* Перинатальная психология. 2-е изд. СПб.: Питер, 2015. 352 с.

5. *Коваленко-Маджуга Н. П.* Перинатальная психология. СПб.: БИС, 2001. 214 с.

6. *Пайнз Д.* Влияние особенностей психического развития в раннем детстве на течение беременности и преждевременные роды: Учеб. пособие по психологии материнства. Для факультетов психологических, медицинских и социальной работы / Ред.-сост. Д. Я. Райгородский. Самара: ИД БАХ-РАХ-М, 2003. С. 524–540.

РОЖДЕНИЕ ПЕРВОГО РЕБЕНКА КАК НОРМАТИВНЫЙ КРИЗИС В ЖИЗНИ СЕМЬИ

Е. В. Егорова

АНО ВО Новый сибирский институт, г. Новосибирск
egorova_eva@mail.ru

THE BIRTH OF THE FIRST CHILD AS A NORMATIVE CRISIS IN FAMILY LIFE

E. V. Egorova

Каждая семья проходит в своем развитии определенные стадии, которые составляют её жизненный цикл. Разные исследователи описывают свои стадии развития семьи, но, в целом, различаются они незначительно [1–5]. Мы в своей работе опираемся на периодизацию жизненного цикла семьи, принятую в системной семейной психотерапии [6]:

- стадия монады (стадия самоопределения молодого человека);
- стадия диады (вступление в брак, начало совместной жизни);
- стадия триады (рождение первого ребенка);
- рождение второго и последующих детей;
- выход детей во внешнесоциальные институты (детский сад, школа);
- семья с детьми-подростками;
- стадия «опустевшего гнезда» (взрослые дети живут отдельно);
- стадия монады (один из супругов умирает, второй остается один).

Переход семьи с одной стадии жизненного цикла на другую сопровождается кризисами, которые называются нормативными семейными кризисами [3; 6]. Функционирование каждой семьи, как динамической системы, определяется действием двух законов: гомеостаза и гетеростаза (развития). Когда семья переходит на следующую стадию жизненного цикла, эти два закона вступают в противоречие друг с другом, отсюда и кризис.

В нашей работе, мы рассмотрим второй нормативный кризис в жизни семьи, а именно: рождение первого ребенка.

Это серьезный структурный и функциональный кризис семьи. По мнению А. Я. Варги, среди нормативных кризисов по силе и сложности этот кризис может сравниться только с кризисом, когда дети уходят из семьи и родители остаются одни («синдром опустевшего гнезда») [6].

При рождении первого ребенка, выделяют два основных острых момента.

1. *Освоение супругами родительских ролей и принятие факта появления в семье новой личности* [1; 6–9].

Насколько легко или трудно проходит принятие супругами на себя родительских ролей, зависит от многих факторов: от мотивов беременности; от особенностей взаимоотношений между супругами; от особенностей протекания беременности и родов; от готовности к родительству; от особенностей взаимоотношений каждого из супругов со своими родителями; от моделей родительства, которые есть в голове у каждого из супругов и т. д.

Есть конструктивные и деструктивные мотивы наступления беременности [1; 7;9]. К конструктивным относят:

- обоюдное желание супругов иметь ребенка («мы любим друг друга и хотим иметь общего ребенка»);
- стремление дать жизнь другому человеку со всей его уникальностью и неповторимостью;
- стремление быть матерью как результат психофизиологической готовности женщины к материнству.

Все остальное относят к деструктивным мотивам:

- укрепить отношения в семье;
- вынудить жениться;
- стремление избежать одиночества;
- соответствовать социальным ожиданиям («у всех друзей уже есть дети», «возраст поджимает», «родители хотят внуков» и т. д.);
- ради сохранения собственного здоровья («аборт вреден», «беременность омолаживает организм»);
- показать родителям, что «я уже взрослая» или заставить их с помощью ребенка признать брак;
- материальные причины (пособия, улучшение жилплощади и т. д.);
- изменить социальный статус.

Супруги, руководствующиеся конструктивными причинами зачатия, как правило, редко испытывают трудности с принятием на себя родительских ролей. В случае деструктивных причин зачатия, сложностей больше.

При незапланированном зачатии («так получилось») определяющим фактором является, есть ли у женщины психофизиологическая готовность к материнству, а у мужчины – готовность к отцовству. Например, будет большая разница в становлении родительства, в зависимости от того, хочет ли женщина посвятить себя на какое-то время уходу за ребенком или незапланированная беременность вызвала только разочарование и угрозу карьере. А готов ли молодой мужчина взять ответственность за жену и ребенка, что, возможно, означает отказ от некоторых своих увлечений и другие ограничения. Нежеланная беременность и неконструктивные причины зачатия являются одной из причин послеродовой депрессии, которая тоже осложняет прохождение кризиса.

Собственная модель семьи также очень важна. Муж и жена выросли в разных семьях и, соответственно, их родители воспитывали их и вели себя с ними по-разному. Часто в собственном родительстве молодые люди неосознанно воплощают сценарий или антисценарий, взятый из своей родительской семьи. Таким образом, супруги подходят к родительству с двумя разными сценариями. Сценарий родительства формирует и ожидания супругов друг от друга. Проблема состоит в том, что во многих семьях об этом не говорят. Муж не говорит жене, какой он её видит матерью и не задумывается о своей роли отца, а жена не делится своими ожиданиями от мужчины как от отца ребенка.

2. *Изменение дистанции между супругами* [6].

До рождения ребенка у супругов, как правило, более близкая дистанция, а новорожденный, как бы «вклинивается» между супругами, тем самым, увеличивая дистанцию между ними. Часто мужчины говорят, что чувствуют себя одинокими, заброшенными, что «женщина занимается только своим ребенком». Здесь – пик супружеских измен.

Тяжесть этих переживаний будет зависеть от того, как супруги разрешили предыдущий нормативный кризис: принятие на себя супружеских ролей. Именно на той стадии между супругами должны решаться вопросы близости / автономности, внутренней и внешней границ семьи, сплоченности, разрешение конфликта между личными и семейными потребностями, сексуальной гармонии, умению договариваться по разным жизненным вопросам. Практика показывает, что, если эта стадия была достаточно продолжительной (не меньше 1 года) и супруги смогли договориться по всем этим вопросам, то изменение дистанции между супругами в связи с рождением ребенка обычно не вызывает больших трудностей. В случае если беременность наступила слишком рано, выступила причиной вступления в брак, у супругов не было возможности договориться по всем вышеперечисленным вопросам. Тогда эти нормативные кризисы накладываются один на другой, что усугубляет положение. Трудности встречаются и тогда, когда супруги уже давно живут вместе, но вопросы первой стадии решить так и не смогли.

Коррекция семейных отношений во время беременности облегчает протекание послеродового периода и становления родительства.

В своей практике мы опираемся на вышеперечисленные теоретические положения и находим им подтверждение.

Конечно, каждая семья уникальна и неповторима. Наиболее эффективной помощью в случае возникновения проблем, является личная консультация у семейного психолога. Однако, на основании теории и практической работы, мы сформулировали некоторые общие рекомендации, которые могут помочь семьям, ожидающим ребенка, встретить нормативный кризис подготовленными.

Самые общие рекомендации супругам, ждущим первого ребенка.

Поделитесь своими представлениями и ожиданиями от родительских ролей между собой. Для этого, выберите момент, когда никто никуда не торопиться и у вас двоих хорошее настроение и самочувствие. Сначала один рассказывает о своих представлениях, как это быть родителями и о своих ожиданиях от другого супруга, как родителя, потом наоборот. Можете поделиться с партнером тем, в какой семье Вы росли, какими Вы помните Ваших родителей в Вашем детстве. Подумайте, что из своей семейной модели Вам хотелось бы сохранить для своей семьи, а что изменить. Если изменить, то как, на что? Слушайте друг друга по возможности, спокойно, не перебивая. Если Ваши представления о родительстве и ожидания друг от друга сильно отличаются, дайте себе время подумать. Со временем постарайтесь выработать модель, которая будет устраивать вас обоих. Обсудите детали. Кто будет вставать к ребенку по ночам? Кто будет купать? Гулять? И многие другие вопросы. Как Вы видите свою жизнь после рождения ребенка: первый месяц, полгода, год?

Подумайте о том, как после рождения ребенка найти баланс между родительством и супружеством. Что Вы будете делать как супружеская пара? Будете ли проводить время без ребенка? Если да, то как, и где и с кем в это время будет ребенок? Принято ли в вашей семье обсуждать возникающие проблемы и разногласия? Как Вы это делаете? По возможности, возьмите в привычку спокойно обсуждать возникающие вопросы и, вообще, говорить о них друг с другом.

В заключении подчеркнем, статья нацелена на анализ позиции автора относительно факторов и особенностей протекания нормативного семейного кризиса, связанного с рождением первого ребенка; в связи с чем были определены и представлены общие рекомендации родителям, ожидающим рождения первенца.

Список литературы

1. *Добряков И. В., Малярская М. М.* Как родить счастливого ребенка. СПб.: Речь, 2008. 160 с.

2. *Малкина-Пых И. Г.* Семейная терапия. Справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2006. 992 с.

3. *Олифирович Н. И., Зинкевич-Куземкина Т. А., Велента Т. Ф.* Психология семейных кризисов. СПб.: Речь, 2007. 360 с.

4. *Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб., 2007. 336 с.

5. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В.* Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2008. 672 с.

6. *Варга А. Я.* Введение в системную семейную терапию. М.: Когито-центр, 2011. 184 с.

7. *Добряков И. В.* Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 272 с.

8. *Коваленко Н. П.* Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности: перинатальная психология, медико-социальные проблемы. СПб., 2001. 318 с.

9. *Магденко О. В., Стоянова И. Я.* Психологическая помощь беременным женщинам при становлении материнской ролевой идентичности. Новосибирск, 2012. 224 с.

РЕСУРСНЫЙ ПОДХОД – ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПСИХОТЕРАПИИ

О. Ю. Ефремова [1], *Н. П. Коваленко* [2], *О. В. Магденко* [3]

[1] Перинатальный психолог, член Российской ассоциации перинатальной психологии и медицины, г. Новосибирск
efro@bk.ru

[2] Балтийский гуманитарный институт, г. Санкт-Петербург
mipu@yandex.ru

[3] Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск
olga_mag@academ.org

THE RESOURCE-BASED APPROACH IS A PROMISING DIRECTION IN PSYCHOTHERAPY

O. Yu. Efremova, *N. P. Kovalenko*, *O. V. Magdenko*

Болезнь представляет собой не только соматическое, но и психическое страдание, не только биологическое, но и социальное явление, как по происхождению, так и по его последствиям. Современный врач обязан считаться с психикой больного, учитывать его отношение к болезни. Немаловажно для практического врача – представить себе внутреннюю картину болезни данного человека [1].

Давно напрашиваются изменения в здравоохранении, которые могут быть направлены на реорганизацию подготовки врачей с учетом преподавания им большого объема психологии и психотерапии [2]. Сегодня идет накопление практического опыта, связанного с попытками сближения профессиональных интересов интернистов, психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов в широкой области медицинской практики. Такое сотрудничество способствует пополнению знаний в смежных специальностях, формированию исчерпывающей картины болезни (ее психической и соматической составляющих, «в таких случаях речь идет об интеграции, но не о простом суммировании или подмене знаний специалистов» [2].

Применение методов ресурсной психотерапии, имеющих как профилактическое, так и общетерапевтическое значение может стать важным подспорьем для врача или психотерапевта [3]. Это направление, в котором реализуется исследование психосоматического причинного слоя и решается задача целенаправленной коррекции внутренней картины болезни. Ресурсная психотерапия интегрировала в себе знания таких областей меди-

цины как акушерство, педиатрия, а так же рефлексотерапия и неврозология. В широком смысле ресурсная психотерапия является частью психологии и гуманистической медицины, опирающейся на представление о неповторимости человеческой личности и реализующей во врачебной и консультативной практике идею единства психического и физического [4].

Таким образом, важнейшее место в кругу вопросов, связанных с практикой психотерапевтического подхода, занимает проблема взаимоотношений между психотерапевтом и его пациентом (психологом и клиентом). В перинатальной психологии описаны актуальные связи в системе отношений роженица-акушерка, беременная-врач и выявлены или ятрогенные, или позитивные развивающие воздействия. Все зависит от качества коммуникаций в этой системе отношений. Далеко не каждый специалист, даже высокого профессионального уровня, способен по-человечески поддержать больного, стать при этом для него больше духовником, психологом, чем просто врачом. Нужно помнить и то, что чрезмерная психотерапевтическая активность врача может привести к ятрогенным психическим реакциям, расстройствам. Так, например, бывает при некорректном объявлении онкологического диагноза др. Безоговорочное же принятие всех жалоб и неумение выявить истинные чувства больного чревато не только непредсказуемостью поступков и намерений пациента, но и падением профессионального авторитета врача в глазах его коллег и пациентов.

Средствами ресурсного психотерапевтического подхода при наличии эффективного контакта психотерапевта, врача или психолога с больным можно ускорить решение целого ряда важных задач. Можно добиться оптимальной реализации общего плана диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий. Первичный курс ресурсной психотерапии имеет психопрофилактическое и психокоррекционное значение и при применении ресурсной психотерапии в случае психогенных соматических расстройств на первый план выдвигается собственно терапевтический аспект.

Чувственный компонент реакции личности на болезнь почти всегда включает эффект беспокойства, тревожности, страха, иногда тоскливой подавленности или апатии. При любом заболевании опасения за его исход, озабоченность по поводу того, как это отразится на работе, семейной жизни, страх перед предстоящим обследованием, процедурами или операцией представляют тот эмоциональный фон, который может осложнить течение болезни и негативно отразиться на результатах проводимого лечения. Поэтому снижение выраженности подобных переживаний, снятие эмоционального напряжения является в ряде случаев одной из главных целей психотерапевтического подхода [5]. Патогенность тревожных состояний во время беременности хорошо изучена перинатальными психологами

и доказана необходимость подготовки женщин к регуляции эмоциональных и поведенческих реакций на стресс во время беременности и после родов [6].

Преобладание тоскливого или апатического аффекта также может выступать в качестве причины либо в качестве одного из следствий вынужденной гипокинезии, поэтому другой важной задачей часто становится повышение активности больного. Необходима мобилизация всех внутренних ресурсов на борьбу с заболеванием. В беседах с больным должна настойчиво проводиться мысль о том, что процесс выздоровления может быть замедлен или ускорен его собственным отношением к болезни и лечению. Для решения этой задачи в ресурсной психотерапии разработаны программы «ресурсный потенциал», «ресурсная арт-терапия» и др. Применение этих методик для беременных с угрозой невынашивания, с сопутствующими беременности патологиями показала их корректность и эффективность.

Пробудить у пациента чувство жажды жизни, активное желание саморазвития, изменение возможностей, приобретения навыков, которые могут быть применены за стенами лечебного учреждения – это трудная задача, требующая времени. Обычно, в случае гипернозогнозии на первом этапе психокоррекции показаны методы «поддерживающей» психотерапии, направленные на редукцию чувства страха, отчаяния и беспомощности. Такая техника эффективна у больных с выраженным «избеганием опасности», чертами зависимости, инфантильности, тревожности, ориентации на авторитет врача. Психотерапия на данном этапе носит преимущественно симптоматический характер и решает задачи снижения уровня тревожности, отвлечения внимания от ипохондрических переживаний, осмысления лечебного процесса [7].

Но такой подход обладает малой эффективностью и эффект удерживается малое время. Задача ресурсной психотерапии – формирование у больного активной и самостоятельной установки на возможность выздоровления и на активное «соучастие» в процессе лечения, готовность к тренингу и экспериментам, исследование причин болезни, способность активно участвовать в анализе результатов и принятии ответственности за результаты лечения.

В случае гипогнозии на первом этапе лечения целесообразно использование «рациональной» психокоррекции с директивно-суггестивными элементами, направленной на разъяснение пациенту необходимости лечения, пагубности последствий нарушения режима и попыток самолечения. Некоторые авторы отмечают эффективность такой психотерапии в первую очередь у больных с выраженным «поиском нового», низким уровнем тревожности, высокой активностью и самоконтролем, недооценкой существующей опасности [7]. Для них важен процесс активизации их ресурсного

потенциала, творческая активность, что обеспечивает ресурсная психотерапия.

На дальнейших этапах психотерапии таких пациентов показаны методики, направленные на коррекцию гипертрофированных представлений пациента о собственной компетентности в ситуации болезни, развитие его альтруистических эмоциональных стратегий, сопереживания, способности к сотрудничеству и уважению других. Таким пациентам показана ресурсная арт-терапия для активизации творческого потенциала через саморефлексию.

Современная медицина – прежде всего медицина доказательная, основанная на протоколах и стандартах диагностики, лечения и профилактики конкретных заболеваний. С одной стороны, стандарты – огромное достижение в предотвращении врачебных ошибок, а с другой – это инструкции, в которых пока не предусмотрены психосоматические взаимоотношения. В связи с этим назрела необходимость разработки четких, стандартизированных программ диагностики психических расстройств в общемедицинской практике. Так, на наш взгляд, учитывая ресурсный подход в психотерапии необходимо усиление профилактических программ, которые и могут развивать ресурсный потенциал человека и осуществлять корректирующее воздействие в момент первичных отклонений, не позволяя формировать патологии соматизированной.

Погружаясь в тему ресурсного потенциала человека, мы воспользовались теорией А. Г. Маслоу [8], и концепцией инстинктов В. И. Гарбузова [9] и теорией психических доминант А. А. Ухтомского [10]. Объединяя эти авторские подходы, мы пришли к особому видению запускных механизмов адаптации, мотивационной и поведенческой деятельности человека и остановились на варианте, описывающем инстинкт как ресурс.

Идея создания ресурсного подхода в психотерапии родилась при разработке комплексных программ психопрофилактики и психокоррекции беременных женщин и их семей. Эта задача была успешно решена, создана программа «Глория», которая успешно распространяется в России и в странах СНГ и используется для организации службы психологического сопровождения беременных и рожениц [11]. В процессе создания и внедрения этой программы мы набрали огромный массив информации о проблемных зонах современной семьи и способах их компенсации. В результате выявилось, что при оказании консультативной психотерапевтической помощи семье успех зависит не только от теоретической и практической модели консультирования, но и от возможностей и способностей самих членов семьи, их ресурсов и мотивированости на психотерапевтическую работу.

Уже несколько лет в Санкт-Петербурге на базе Международного института психологии и управления (ЧОУ ВО МИПУ), Балтийского гумани-

тарного института (ЧОУ ВО БГИ), Новосибирского государственного университета (ФГАОУ ВО «НГУ») проводится повышение квалификации психологов, а также усовершенствование врачей и психотерапевтов в области ресурсной перинатальной психологии и психотерапии, проводятся конференции при поддержке СПбГУ, НИИ АГ им. Д. О. Отта. В последние годы специалисты нашли взаимопонимание с врачами клиники традиционной медицины «Амрита» в Санкт-Петербурге, где удачно сочетаются методы рефлексотерапии с ресурсной психотерапией и организовано отделение Ресурсной терапии под научным руководством профессора Н. П. Коваленко.

Детальное изучение вопроса о причинах психосоматических осложнений дает право предположить, что личностно-средовые факторы занимают одно из первых мест в генезе соматических заболеваний [12].

Для оказания профилактической и терапевтической помощи женщинам в климактерическом периоде (с сочетанными патологиями) внедрена программа «Камелия», которая имеет выраженный терапевтический эффект у женщин с психосоматическими осложнениями. Разработаны диагностические методики для работы с ресурсом семьи больной и выявления причин возникновения психосоматических расстройств на фоне эмоциональных травм, накопленных в семье [13].

Таким образом, ресурсный подход является перспективным направлением в профилактике психосоматических состояний. Ресурсы человека – это результат его усилий и конкретных действий. Именно этот тезис – основа тактики ресурсной психотерапии.

Список литературы

1. *Василенко В. Х.* Введение в клинику внутренних болезней. М., 1985.

2. *Циммерман Я. С., Белоусов Ф. В.* // Клиническая медицина. 1999. № 8. С. 9–15.

3. *Коваленко-Маджуга Н. П.* Ресурсная арт-терапия. СПб.: Петрополис, 2009.

4. *Дроздов А. А., Дроздова М. В.* Полный справочник психотерапевта. М.: Эксмо, 2008. 704 с.

5. *Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина. М., 1999.

6. *Шкуротенко О. Б.* Психосоматические расстройства у беременных женщин // Сборник научных статей РАППМ / Под ред. Н. П. Коваленко. СПб.: Петрополис, 2011.

7. *Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Козарев В. Н. и др.* // Журн. неврологии и психиатрии. 1999. № 4. С. 4–16.

8. *Маслоу А. Г.* Дальние пределы человеческой психики / Пер. с англ. А. М. Татлыбаевой; ред., вступ. ст. и коммент. Н. Н. Акулиной. СПб.: Евразия, 1999. 432 с.

9. *Гарбузов В. И.* Неврозы и психотерапия. СПб.: Сотис, 2001. 242 с.

10. *Ухтомский А. А.* Доминанта. Букинист. изд., 2002. 448 с.

11. *Коваленко Н. П.* Перинатальная психология. СПб., 2000.

12. *Бурковский Г. В., Коцюбинский А. П., Левченко Е. В., Ломаченков А. С.* Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: Пособие для врачей и психологов. СПб., 1998.

13. *Коваленко-Маджуга Н. П.* Психосоматическая медицина и ресурсная психотерапия в практике // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. № 7. С. 113–116.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН ПРИ БЕСПЛОДИИ

Н. Г. Иглина [1], *О. В. Магденко* [2], *Е. Д. Тютюнник* [3]

[1] Новосибирский государственный педагогический университет
г. Новосибирск
iglina60@mail.ru

[2] Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск
olga_mag@academ.org

[3] МБОУ СОШ № 187, г. Новосибирск
elenatuytuynnik@mail.ru

PSYCHOPHYSIOLOGICAL FEATURES OF WOMEN WITH INFERTILITY

N. G. Iglina, *O. V. Magdenko*, *E. D. Tyutyunnik*

Актуальность проблемы бесплодия в психофизиологии не утрачивает свое значение со временем. Экстракорпоральное оплодотворение (от лат. extra – снаружи, вне и лат. corpus – тело; т. е. оплодотворение вне тела, сокр. ЭКО́) – вспомогательная репродуктивная технология, используемая в случае бесплодия. В развивающихся странах этот показатель, согласно ВОЗ, достигал 2,5 % для первичного бесплодия и 25 % для вторичного [1].

В абсолютных цифрах бесплодны в 2014 г. были 186 млн супружеских пар в развивающихся странах, исключая Китай. Частота бесплодного брака в России, согласно исследованиям отечественных ученых, в среднем равняется 10–12 %, а по отдельным регионам достигает 20–24 % [2]. В. И. Кулаков, директор Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, отмечает, что частота бесплодных браков в России в настоящее время превышает 15 %, что, по данным ВОЗ, является критическим уровнем [3]. В нашей стране, по неполным подсчетам, зарегистрировано около 6,5 млн бесплодных супружеских пар [4].

Целью нашего исследования стало изучение психофизиологического состояния женщин при бесплодии, проходивших обследование в медицинском центре «Авиценна».

Как отмечает Е. Н. Боровец, под психофизилогическими свойствами понимают совокупность биологических свойств, определяющих особенности поведения человека [5].

В исследовании приняло участие 63 женщины в возрасте от 22 до 44 лет, направленные на процедуру экстракорпорального оплодотворения. Они

были разделены на группы по возрасту (1 и 2 группы) и по количеству лет в браке (3–5 группы): 1 группа (32 человека) – 21–35 лет, 2 группа (31 человек) – 36–43 года, 3 группа (28 человек) – 0–6 лет, 4 группа (26 человек) – 7–14 лет, 5 группа (9 человек) – 15–20 лет.

В качестве диагностического инструментария применялись: тест на определение уровня тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина; опросник «Мотивация успеха и боязнь неудачи» А. А. Реана; шкала депрессии А. Т. Бека; самооценка психических состояний Г. Ю. Айзенка; опросник выявления доминирующего инстинкта – ресурса Н. П. Коваленко. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы Statistica 7.0.

При сравнении результатов учитывались социальные характеристики (образование, работа, семейное положение, материальное положение и пр.), по которым группы значимо не отличались.

Анализ уровня гормонов обследованных женщин, направленных на ЭКО, в зависимости от возраста показал следующее (рис. 1 и 2):

- значения уровня гормонов щитовидной железы – ТТГ (1 группа – 1,9 ± 0,3; 2 группа – 1,74 ± 0,1) и Т4 свободный (1 группа – 15,3 ± 2,4; 2 группа – 14,6 ± 2,4) – не имеют больших различий между группами;
- такая же ситуация наблюдается и с показателями уровней гормонов ФСГ (1 группа – 7,4 ± 1; 2 группа – 6,9 ± 0,96), 17-он прогестерон (1 группа – 3,21 ± 0,6; 2 группа – 3,52 ± 0,7) и эстрадиол (1 группа – 355,3 ± 23,5; 2 группа – 356 ± 56,9);
- уровень гормона ЛГ выше в группе женщин в возрасте от 21 года до 35 лет, чем у женщин более старшей группы и составляет 10,9 ± 0,9 и 5,1 ± 0,75 соответственно;
- значения уровня гормона пролактина достоверно выше у обследованных женщин второй возрастной группы (484,3 ± 50), чем у первой группы женщин (374,7 ± 38,5).

Таким образом, анализ уровня гормонов, постоянно повышенный уровень лютеинизирующего гормона у женщин в возрасте от 21 года до 35 лет можно объяснить наличием различной патологии: кист в половых органах, эндометриоза, недостаточностью работы почек и нарушением функционирования яичников.

В результате анализа уровня гормонов у женщин в возрасте от 36 до 43 лет, выраженная гиперпролактинемия может отражать проблему с функционированием щитовидной железы, нарушением функции половых желез у этих женщин, что плохо влияет на зачатие и беременность. Нарушения выделения пролактина влияет на осуществление овуляции [6]. Причем не имеет значения, больше или меньше нормы выделяется этот гормон, в любом случае отклонения будут препятствовать развитию фолликула, что, как известно, приводит к невозможности оплодотворения [7].

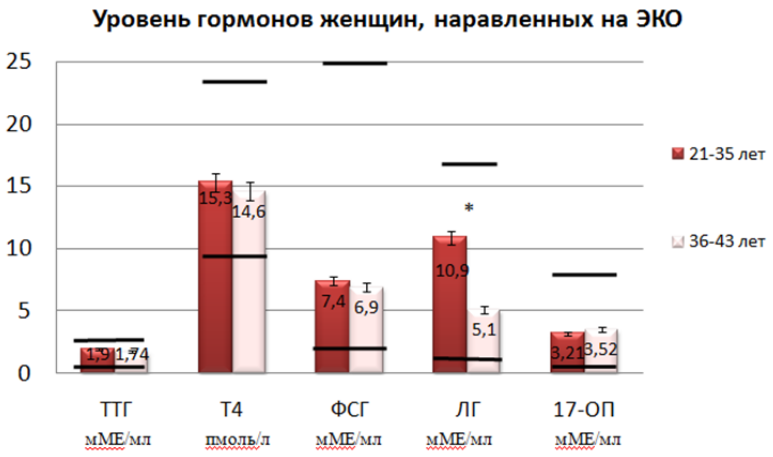


Рис. 1. Среднее значение анализов гормонов женщин, направленных на ЭКО, в зависимости от возраста

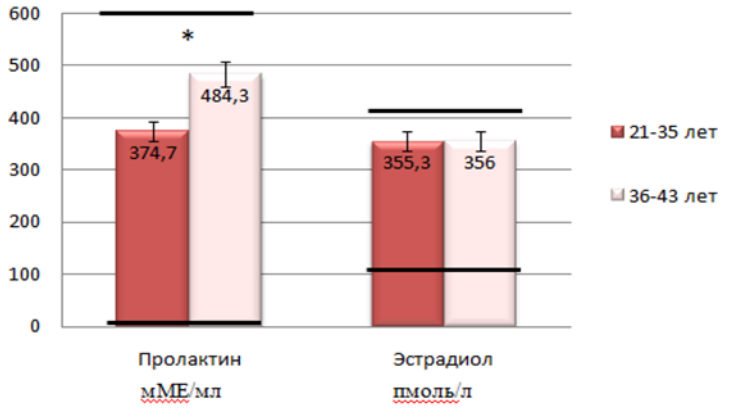


Рис. 2. Среднее значение анализов гормонов женщин, направленных на ЭКО, в зависимости от возраста

Сравнивая уровень тревожности женщин в зависимости от возраста, нам удалось определить, что показатель по шкале «личностная тревожность» у второй группы обследуемых выше, чем у первой (соответственно: 60,38 ± 1,98; 47,44 ± 1,48). Уровень реактивной тревожности женщин второй возрастной группы также выше, чем у первой (соответственно у второй группы 37,96 ± 2,29; у первой группы он равен 29,85 ± 1,69). С возрастом уровень тревожности значительно выше в связи с невозможностью реализовать свои материнские чувства.

Интересно отметить, что у женщин первой группы (в возрасте от 21 до 35 лет) выявлен уровень мотивации на успех 15,33 ± 0,36, а у женщин второй группы (в возрасте от 36 до 50 лет) есть тенденция мотивации на неудачу 12,14 ± 0,59. Таким образом, с увеличением возраста у женщин появляется страх неудачи ЭКО и в связи с этим идея избегания негативных ожиданий. После череды неудачных протоколов ЭКО, женщина уже заранее боится возможной неудачи, думает о путях избегания этой гипотетической неудачи, а не о способах достижения успеха.

Исследование уровня депрессии по шкале А. Т. Бека у женщин в возрасте от 21 до 35 лет составляет 9,3 баллов, а для женщин в возрасте от 36 до 43 лет 16,09 балла. В процессе исследования было обнаружено, что женщины, проживающие в браке менее 6 лет, имеют легкую форму депрессии 10,93 балла. Обследуемые женщины, проживающие в браке от 7 до 14 лет и от 15 до 20 лет, переживают умеренную форму депрессии (соответственно 17,32 и 14,50 балла). Можно заметить, что с возрастом и отсутствием детей в браке женщины испытывают более выраженные депрессивные симптомы.

Диагностика психических состояний у испытуемых, разделенных по возрасту, выявила, что показатель тревожности у женщин в возрасте от 36 лет до 43 лет достоверно выше, чем у более молодых женщин (соответственно 10,53 ± 1,02 и 8,36 ± 0,95). По уровню фрустрации у испытуемых второй группы также достоверно выше значения, чем у первой группы (соответственно 9,29 ± 1,04 и 6,77 ± 0,57). Тогда как показатель агрессивности обеих групп практически идентичен. Для первой группы он составляет 8,76 ± 0,55, для второй возрастной группы 9,29 ± 0,87. Что касается показателя ригидности, он также выше у женщин более старшего возраста, чем у более молодых женщин (соответственно 8,81 ± 0,65 и 10,47 ± 0,96).

Исследование психических состояний по методике Г. Ю. Айзенка у обследованных групп женщин в зависимости от количества лет в браке, выявило, что показатель тревожности у женщин, которые более 15 лет в браке, составляет 12,0 ± 2,89, что значительно превышает значения третьей и четвертой групп (соответственно 9,09 ± 0,92 и 8,77 ± 1,25). Также отмечаются преобладающие показатели ригидности в четвертой и пятой груп-

пах (соответственно 9,63 ± 1,18 и 9,60 ± 1,29), в третьей группе этот показатель 9,12 ± 0,61 балла.

Анализ результатов опросника выявления доминирующего инстинкта – ресурса показал, что вне зависимости от возраста женщин, у них выражены такие составляющие, как продолжение рода, доминирования, свободы (значения более 20 баллов). Это может свидетельствовать о проявлении разных значимых и несовместимых друг с другом ресурсах, потребностях личности.

Проведя анализ всех данных, нам удалось выявить, что у женщин старше 36 лет наблюдается: высокий уровень тревожности, боязнь неудачи, депрессивные состояния и высокие показатели фрустрации, агрессивности и ригидности. Это связано с тем, что беременность после 35 лет, не может быть полностью свободна от риска [8].

Выводы

Для женщин от 21 года до 35 лет характерны следующие психофизиологические особенности: высокая личностная тревожность, низкая реактивная тревожность; отсутствие депрессивных симптомов; мотивация на успех; устойчивость к неудачам, наблюдается средний уровень агрессивности и ригидности; доминирует инстинкт-ресурс продолжение рода, высокий уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ).

У женщин 36–43-летнего возраста наблюдается: высокая личностная тревожность, умеренная реактивная тревожность; умеренный уровень депрессии; проявляется мотивация на неудачу; наблюдается средний уровень агрессивности, фрустрации и ригидности, высокий уровень гормона пролактина.

Список литературы

1. *Соломатин Д. В.* Медико-социальная реабилитация женщин с нарушениями репродуктивного здоровья (комплексное социально-гигиеническое исследование). URL: http://medical-diss.com/medicina/mediko-sotsialnaya-reabilitatsiya-zhenschin-s-narusheniyami-reproduktivnogo-zdorovya-kompleksnoe-sotsialno-gigienicheskoe#ixzz2vl4D0J3Y (дата обращения 06.01.2017).

2. *Радионченко А. А., Филиппов О. С.* Клинико-эпидемиологические аспекты бесплодного брака в Западной Сибири // Бюл. СО РАМН. 2000. № 3–4. С. 108–113.

3. *Кулаков В. И.* Репродуктивное здоровье населения России: медицинские, социальные и демографические проблемы // Поликлиническая гинекология / Под ред. В. Н. Прилепской. 2005. URL: http://med-books.

info/akusherstvo-ginekologiya/reproduktivnoe-zdorove-naseleniya-rossii.html (дата обращения 06.01.2017).

4. *Филиппова Г. Г., Печников Е. Ю., Блох М. Е.* Перинатальная психология и психотерапия во вспомогательных репродуктивных технологиях // Перинатальная психология и психология родительства. 2007. № 3.

5. *Боровец Е. Н.* Психофизиология: Учеб.-методический. комплекс. Новосибирск, 2011. 217 с.

6. *Айзман Р. И. и др.* Физиологические основы здоровья: Электронный учебник / Новосиб. гос. пед. ун-т. CD с автозапуском: электрон. текстовые, граф. Новосибирск, 2005.

7. *Перминова С., Фадеев В., Назаренко Т., Ибрагимова М., Топалян С.* Патология щитовидной железы и беременность. М.: Русский врач, 2008.

8. *Нечас Э, Фоули Д.* 1000 секретов женского здоровья. М.: АСТ, Внешсигма, 2000.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ: РОЛЬ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ

И. А. Колесников [1], *Е. Н. Беляева* [1], *И. В. Добряков* [2]
И. Е. Зазерская [1], *Л. И. Вассерман* [3]

[1] ФГБУ «Северо-западный федеральный медицинский исследовательский центр», г. Санкт-Петербург

[2] ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

[3] Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург
md.kolesnikov@gmail.com

DEPRESSIVE DISORDERS DURING OREGNANCY AND AFTER BIRTH: THE ROLE OF FAMILRY RELATIONS

I. A. Kolesnikov, *E. N. Belyaeva*, *I. V. Dobryakov*
I. E. Zazerskaya, *L. I. Vasserman*

Введение

Депрессия является одним из наиболее часто встречающихся психопатологических расстройств аффективного спектра во время беременности и после родов [1]. По данным литературы, распространенность депрессивных расстройств во время беременности и после родов составляет 7–15 %. [2; 3].Однако в большинстве случаев данные расстройства, в силу ряда причин, остаются не диагностированными [4].

Согласно критериям DSM-5 (2013) антенатальной и постнатальной депрессией принято считать непсихотическую депрессию, отвечающую критериям большого депрессивного эпизода, развивающегося во время беременности или в течение первых шести месяцев после родов.

Ведущим психопатологическим нарушением в клинической картине является сниженное настроение, длящееся более двух недель, не достигающее степени выраженной тоски. Сниженное настроение сопровождается потерей уверенности в себе, необоснованными упреками в собственный адрес, чувством вины. Женщины часто пессимистично оценивают будущее, однако такое отношение носит не генерализованный характер, а ограничено лишь зоной определенных событий (отношения с мужем, предстоящие роды, материнство, уход за ребенком и пр.). Пациентки, как

правило, критически относятся к своему состоянию и заинтересованы в разрешении конфликтных ситуаций. Депрессивная симптоматика проявляется в жалобах, в высказываниях женщин, не отражаясь существенным образом на их внешнем облике и поведении. Динамика состояния характеризуется тем, что сниженное настроение не приобретает свойств стойкой подавленности, а подвержено значительным колебаниям. Важно заметить, что депрессивное расстройство нередко сочетается с тревожными и астеническими проявлениями в эмоциональной сфере [5–7].

В настоящее время принята точка зрения, что в инициации дородовой и послеродовой депрессии участвует комплекс биологических, психологических и социальных факторов [8; 9]. Известно, что депрессия в период беременности расценивается как фактор риска для развития послеродовой депрессии. Приблизительно у одной трети женщин депрессия, возникшая в период беременности, продолжается и после родов [10; 11]. Во многих исследованиях указывается на значимую роль именно психосоциальных факторов [12–15]. Семейные отношения, как правило, являются наиболее важными, значимыми для индивида, этим объясняется их ведущая роль в формировании психических нарушений [16; 17]. Между тем даже при достаточно гармоничных отношениях супругов, семья, ожидающая рождения ребёнка, стоит на пороге серьёзных изменений, её функционирование становится нестабильным [18].

В связи с этим чрезвычайно актуальным является вопрос изучения семейного функционирования у женщин с депрессивными расстройствами до и после родов с целью выяснения роли фактора семейных отношений, а именно взаимоотношений с супругом, в формировании данной патологии.

Цель исследования

Изучить особенности семейного функционирования женщин с депрессивным расстройством во время беременности и послеродовом периоде, а также провести сравнительный анализ полученных данных в двух группах исследования.

Материал и методы

На базе ФГБУ «Северо-западный федеральный медицинский исследовательский центр», отделения биологической терапии психически больных ФГБУ «Психоневрологический институт имени В. М. Бехтерева» и женской консультации № 13 Кировского района Санкт-Петербурга проведено обследование 50 женщин во время беременности (возраст 29,8 ± 0,53) и 42 женщин после родов (возраст 28,4 ± 0,46). Депрессивные расстройства

у женщин было диагностированы с помощью клинико-психопатологического метода и психодиагностических методик: Шкала Цунга для самооценки депрессии (Т. Г. Рыбакова, Т. И. Балашова, 1988) [1] и Опросник депрессивных состояний (И. Г. Беспалько, 1995) [19]. Исследование семейного функционирования в группах проводилось с помощью опросника «Шкала семейной адаптации и сплоченности» FACES – III [20].

При сравнении результатов учитывались социальные характеристики (образование, работа, семейное положение, материальное положение и пр.), по которым группы значимо не отличались.

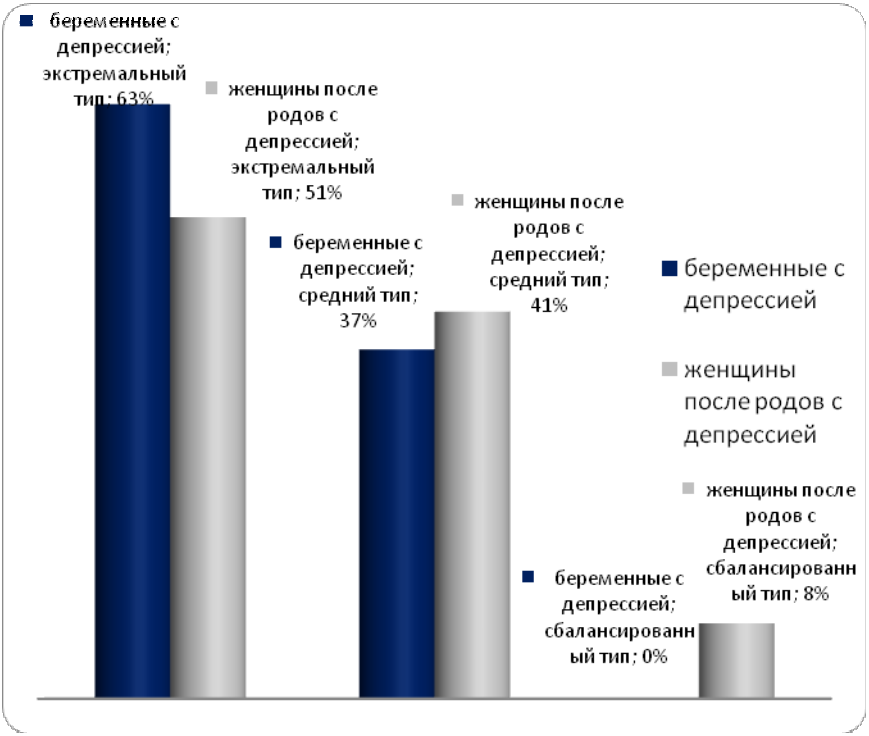
Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы Statistica версии 7.0.

Результаты исследования

Понятие «семейная адаптация» отражает способность семьи приспосабливаться к изменяющимся условиям жизнедеятельности, т. е. это характеристика того, насколько гибки или, наоборот, стабильны отношения в семье. Понятие «Семейная сплоченность» определяет тип эмоциональной близости членов семьи. Семейная адаптация и сплоченность могут быть организованы на экстремальном (разобщенный и сцепленный, ригидный и хаотичный) и сбалансированном уровнях (структурный и гибкий, разделенный и связанный). Экстремальные уровни обычно рассматриваются как проблематичные, ведущие к нарушениям функционирования семейной системы, тогда как сбалансированные определяют ее успешность (см. таблицу и рисунок).

Типы семей у женщин с депрессией
в дородовом и послеродовом периодах

Семьи женщин с дородовой депрессией	Семьи женщин с послеродовой депрессией
сцепленно-хаотичный	
разобщенно-ригидный	
разобщенно-структурный	
связанно-хаотичный	разобщенно-хаотичный
связанно-ригидный	разделенно-хаотичный
сцепленно-гибкий	связанно-структурный
	разделенно-структурный
	разобщенно-гибкий



Сравнение типов семейных систем в двух группах

В группе женщин с депрессивным расстройством во время беременности встречались 6 типов семей (из 16 возможных): сцепленно-хаотичный (48 %) разобщенно-ригидный (15 %) разобщенно-структурный (13 %) связанно-хаотичный (20 %) связанно-ригидный (2 %) сцепленно-гибкий (2 %). Таким образом, 63 % имеют экстремальные значения по обоим уровням, и относятся к экстремальному типу функционирования; 37 % имеют экстремальные значения по одному из уровней, и относятся к среднему типу функционирования.

В группе женщин с послеродовой депрессией наблюдались следующие 8 типов семей (из 16 возможных): сцепленно-хаотичный (20 %), разобщенно-ригидный (16 %), разобщенно-структурный (25 %), разобщенно-хаотичный (15 %), разделенно-хаотичный (15 %), связанно-структурный (6 %), разделенно-структурный (2 %), разобщенно-гибкий (1 %). Таким образом, 51 % семей имеют экстремальные значения по обоим уровням, и относятся к экстремальному типу функционирования; 41 % семей имеют

экстремальные значения по одному из уровней, и относятся к среднему типу функционирования; 8 % относятся к сбалансированному типу функционирования.

Анализ результатов показывает, что типы функционирования семей обеих групп значимо не отличаются ($p \leq 0{,}01$). Для семей беременных и женщин после родов с депрессивными расстройствами характерно доминирование экстремального типа функционирования и практически отсутствие сбалансированного типа.

Параметр «семейная сплоченность»: Для семей беременных с депрессивным расстройством 43,15 ± 0,79 характерен «связанный» тип семейной сплоченности. А для семей женщин с послеродовой депрессией наиболее характерен «разобщенный» тип семейной сплоченности 34,45 ± 2,07.

Параметр «семейная адаптация»: средние значения уровня семейной адаптации в обеих группах относятся к «хаотичному» (экстремальному) типу (в группе беременных 32,91 ± 1,02, в группе женщин после родов 31,5 ± 1,85).

Обсуждение

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что в семьях женщин с депрессиями как в дородовом, так и в послеродовом периодах происходит нарушение семейных взаимоотношений. Причем параметр «семейная сплоченность» указывает на динамику ухудшения отношений. Это отражает то, что семейная система не в состоянии перестроиться на новый уровень функционирования (принять новые для членов семьи роли «матери» и «отца») и вместе с этим сохранить гармоничные супружеские отношения.

Семьи беременных с депрессивным расстройством, как и семьи женщин с послеродовой депрессией характеризуются:

- размытыми границами;
- отсутствием четко обозначенного лидера;
- склонностью к принятию импульсивных решений, подчиненных доминирующим на момент решения обстоятельствам;
- неясностью ролей членов семьи, нередко переходящих от одного члена семьи к другому;
- отсутствием четко закрепленных правил;
- дистанцированностью отношений между членами семьи, отличающихся автономностью каждого из них;
- эмоциональной разобщенностью, недостаточной привязанности друг к другу членов семьи, несогласованностью их поведения;
- склонностью к раздельному проведению свободного времени, различием интересов отсутствием общих друзей;

- неспособностью совместного решения житейских проблем, отсутствием стремления и навыков оказывать поддержку друг другу.

Часто наличие депрессивных нарушений у женщин как в пренатальный, так и постнатальный периоды врачи объясняют «гормональными» изменениями. Однако не у всех беременных с гормональными дисфункциями возникают расстройства эмоциональной сферы, хотя изменения уровня гормонов и создают благоприятный фон для развития депрессивных расстройств посредством повышения эмоциональной реактивности, снижения устойчивости эмоционального фона, психической и физической астенизации. Наши наблюдения показывают, что биологические факторы участвуют в большей степени в патогенезе, а психологические – в этиологии депрессивных расстройств. Подтверждением этого может служить тот факт, что при семейной психотерапии происходит редукция психопатологической симптоматики [21].

Полученные нами результаты свидетельствуют в пользу такого предположения. В семьях беременных с депрессивным расстройством и женщин с послеродовой депрессией выявлены дисгармония супружеских отношений, нарушения структуры семьи. Это позволяет считать такие семьи дисфункциональными, что является как причиной, так и следствием развития у женщин этих семей депрессивных расстройств.

Следует обратить внимание на чрезвычайно важное значение психического состояния матери в перинатальный период для развития ребенка. При депрессивных расстройствах мать не в состоянии устанавливать полноценное и адекватное взаимодействие с пренейтом и младенцем. В пренатальный период беременная может игнорировать факт беременности и продолжать вести прежний образ жизни, употреблять психоактивные вещества (алкоголь, наркотики, никотин) и лекарственные препараты, не соблюдать рекомендации врачей или, наоборот, на фоне соматизации тревоги, часто посещать специалистов, гиперболизировать телесные ощущения и пр. В подобных случаях у беременной часто отсутствует или недостаточно сформирован психологический «образ ребенка» и «себя как матери», что нарушает формирование диады «мать-дитя» в пренатальный период.

Дети, чьи матери испытывали депрессивное расстройство во время беременности или после родов, отличаются от здоровых детей тем, что чаще плачут, просыпаются, тревожатся, у них могут быть различные психосоматические реакции. В младенческом возрасте у них определяется повышенный уровень кортизола, а также кортизол продолжает вырабатываться в избытке в более старшем возрасте. Таким образом, их организм находится в состоянии «токсического стресса» [22–24].

К основным методам лечения депрессивных расстройств относятся психотерапия и фармакотерапия. Общим правилом является применение

лекарственных средств только в случае, когда риск осложнений для беременной (женщины после родов) или плода (ребенка) при отказе от использования медикаментов превышает риск их побочного действия. В связи с этим психотерапевтические методы лечения депрессивных расстройств у женщин в перинатальный период должны быть методами первого выбора. Именно семейный подход в психотерапии представляет оптимальный вариант лечения, так как является патогенетическим и позволяет добиться стойкого терапевтического эффекта [25].

Выводы

1. Необходимо проводить у беременных и женщин после родов психологическую диагностику (скрининг) с использованием специально направленных шкал для выявления депрессивных расстройств.

2. Психосоциальные факторы способствуют образованию системы «круговых зависимостей» и, в свою очередь, поддерживают депрессивный фон настроения. Психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия должны быть направлены на разрыв образовавшихся круговых зависимостей.

3. Для осуществления психологической профилактики депрессии во время беременности и послеродовой депрессии и при планировании мероприятий психологической коррекции и психотерапии необходимо учитывать не только клинические особенности проявления депрессии, но и контекст семейного и социального функционирования женщин во время беременности и после родов.

4. При выборе тактики лечения депрессий у беременных и у женщин после родов следует предпочитать психотерапевтические методы и психокоррекционные воздействия. Психофармакотерапия должна применяться только по жизненно важным показаниям.

Список литературы

1. *Балашова Т. Н., Рыбакова Т. Г.* Клинико-психологическая характеристика и диагностика аффективных расстройств при алкоголизме: Методические рекомендации МЗ РФ. Л.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1988. С. 19–22.

2. *Dougherty L. R. et al.* Maternal psychopathology and early child temperament predict young children's salivary cortisol 3 years later // Abnorm Child. Psycho. 2013. Vol. 41, № 4. P. 531–542.

3. *Shulman H. B., Gilbert B. C., Lansky A.* The Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS): current methods and evaluation of 2001 response rates // Public Health Rep. 2006. Vol. 121. P. 74–83.

4. *Смулевич А. Б.* Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2003. 432 с.

5. *Колесников И. А.* Депрессивные расстройства в период беременности // Психотерапия. 2008. № 5. С. 8.

6. *Краснов В. Н.* Расстройства аффективного спектра. М: Практическая медицина, 2011. 432 с.

7. *Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н.* Аффективные психозы. Л.: Медицина, 1988. 264 с.

8. *Lee A. M. et al.* Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression // Obstet Gynecol. 2007. Vol. 110, № 5. P. 1102–1112.

9. World Health Organization. Maternal mental health. 2015. URL: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/ (дата обращения 01.02.2015).

10. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В.* Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. СПб.: Питер, 2008. 672 с.

11. *Bennett H. A. et al.* Prevalence of depression during pregnancy: systematic review // Obstet. Gynecol. 2004. Vol. 103, № 4. P. 698–709.

12. *Беляева Е. Н., Вассерман Л. И., Мазо Г. Э.* Клинико-психологическая диагностика и оценка фактора семейных отношений у пациенток с послеродовой депрессией // Сиб. психол. журн. 2011. № 42. С. 6–13.

13. *Беляева Е. Н., Вассерман Л. И., Зазерская И. Е.* Послеродовая депрессия: клинико-психологическая диагностика и оценка роли психосоциального фактора // Бюл. ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова. 2011. № 6. С. 29–32.

14. *Добряков И. В., Колесников И. А.* Перинатальная психотерапия семьи // Психическое здоровье. 2010. Т. 8, № 7. С. 24–27.

15. *Beck C. T.* A meta-analysis of predictors of postpartum depression // Nurs. Res. 1996. Vol. 45, № 5. P. 297–303.

16. *Вассерман Л. И., Абабков В. А., Трифонова Е. А.* Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: Учеб.-метод. пособие. СПб.: Речь, 2010. 192 с.

17. *Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб., 2006. 352 с.

18. *Добряков И. В., Колесников И. А.* Депрессии в период беременности // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2008. Т. 108, № 7. С. 91–97.

19. *Беспалько И. Г.* Опросник для психологической диагностики депрессивных состояний: Метод. рекомендации НИПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб., 1995. 23 с.

20. *Шаманина М. В.* Депрессивные состояния в послеродовом периоде: Автореф. дис. … канд. мед. наук. СПб., 2014. 24 с.

21. *Добряков И. В.* Перинатальная психотерапия семьи // Вестн. новых медицинских технологий. 2009. Т. 16, № 4. С. 191–192.

22. *Cooklin A. R., Rowe H. J., Fisher J. R.* Employee entitlements during pregnancy and maternal psychological well-being // Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2007. Vol. 47, № 6. P. 483–490.

23. *Poggi D. E., Sandman C. A.* Prenatal psychobiological predictors of anxiety risk in preadolescent children // Psychoneuroendocrinology. 2012. Vol. 37, № 8. P. 1224–1233.

24. *Shonkoff J. P., Garner A. S.* The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress // Pediatrics. 2012. Vol. 129, № 1. P. 232–246.

25. *Колесников И. А.* Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин: Автореф. дис. … канд. мед. наук. СПб, 2010. 26 с.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОНЦЕПТА «РЕПРОДУКТИВНАЯ МОТИВАЦИЯ»

О. В. Магденко [1], *А. А. Мартюшева* [2]

[1] Новосибирский государственный университет,
г. Новосибирск
olga_mag@academ.org

[2] Новосибирский государственный педагогический университет
г. Новосибирск
martyusheva.anna@inbox.ru

THEORETICAL-METHODOLOGICAL ANALYSIS OF THE CONCEPT OF «REPRODUCTIVE MOTIVATION»

O. V. Magdenko, *A. A. Martyusheva*

Мотивационно-потребностная сфера человека отражает всю сложность и противоречивость современной ситуации. Актуальные тенденции, определяющие социокультурные установки, личностные мотивы, обусловливают те или иные формы репродуктивного поведения.

В практике перинатального психолога часто встречаются случаи, когда репродуктивное поведение беременных женщин обусловлено стремлением достижения целей, направленных на разрешение внутриличностных конфликтов, различных противоречий социально-экономического и психологического характера.

В. С. Петров и М. М. Авакян отмечают скачкообразный характер личностных изменений беременной женщины в условиях дестабилизации социальной действительности [1]. Исследователи акцентируют внимание на том, что формирование личностных новообразований у беременной женщины происходит на фоне необходимости решения определенных жизненных задач в сжатые сроки. Все это свидетельствует о том, что беременность является критическим периодом в развитии личности женщины, этапом кардинального пересмотра своих жизненных позиций и перспектив и сопровождается внутриличностными конфликтами. Маркером этих феноменов может являться репродуктивная мотивация женщины.

Несмотря на значительное число исследований (Н. В. Боровикова, И. В. Добряков, Р. В. Овчарова, Л. Н. Рабовалюк, С. А. Федоренко и др.), посвященных изучению мотивов сохранения беременности, становлению материнской ролевой идентичности, остаётся недостаточно изученным теоретический аспект концепта «репродуктивная мотивация».

Сложность определения концепта «репродуктивная мотивация» обусловлена его междисциплинарным характером и отсутствием единого представления о проблеме мотивации внутри психологической науки. «Репродуктивные мотивации» являются предметом изучения различных научных областей: медицины, социологии, демографии, педагогики, культурологи и психологии.

Цель данного исследования провести теоретико-методологический анализ концепта «репродуктивная мотивация», чтобы в психологическом аспекте четко дифференцировать и определить соотношение понятий «мотив» и «мотивация», «репродуктивный мотив» и «репродуктивная мотивация», «репродуктивное поведение» и «репродуктивная деятельность».

Мотивация как психологическая категория

Проблеме мотивации и мотивов поведения, являющейся одной из ключевых в психологии, посвящено большое количество отечественных (В. Г. Асеев, В. К. Вилюнас, В. И. Ковалев, А. Н. Леонтьев, Д. А. Леонтьев, М. Ш. Магомед-Эминов, В. С. Мерлин, П. В. Симонов, Д. Н. Узнадзе, П. М. Якобсон и др.) и зарубежных (Дж. Аткинсон, Г. Холл, К. Мадесен, А. Маслоу, Х. Хекхаузен и др.) исследований, порождающих многообразие точек зрения. Многочисленные теории мотивации, объясняющие детерминацию человеческого поведения, строятся на основе представлений авторов о природе человека. Как отмечают исследователи Е. П. Ильин, Д. А. Леонтьев, В. Д. Шадриков и др., на сегодняшний день в психологической науке нет единого представления по проблеме мотивации и мотивов, и зачастую эти понятия используются как синонимы [2–4].

Как отмечает А. Б. Орлов, в зарубежной психологии термином «мотивация» обозначают совокупность всех факторов, детерминирующих поведение [5].

В отечественной психологии в изучении вопроса мотивации и мотивов можно выделить два направления: 1) структурный подход: мотивация как совокупность побуждений, вызывающих и определяющую активность индивида, т.е. система факторов (В. Д. Шадриков) и мотивов (К. К. Платонов, 1986 г.), детерминирующих поведение; 2) ситуационно-динамичный подход: мотивация реализуется в процессе актуализации мотива (В. А. Иванников, 1985 г.), поскольку мотив, согласно представлениям А. Н. Леонтьева (1971 г.), возникает в процессе опредмечивания потребности [2].

Представители обоих направлений рассматривают «мотивацию» как вторичное по отношению к «мотиву» явление. Понятие «мотивация» шире, чем «мотив» [2].

Рассмотрим понятие «мотив» в контексте теории деятельности А. Н. Леонтьева, понятие «мотивация» в контексте представлений В. Д. Шадрикова.

По мнению В. Д. Шадрикова, предложившего модель психологической функциональной системы деятельности, «мотивация» включает внутренние и внешние движущие силы, детерминирующие поведение человека [2; 4; 6].

Внутренними факторами поведения выступают психологические характеристики поведения субъекта: социокультурные установки, потребности, цели, направленность, желания, интересы, знания, умения, навыки, способности, характер, мировоззрение, убеждения, уровень притязаний и т. п.

Внешние факторы поведения – внешняя ситуация, условия жизнедеятельности (поведение и отношения других людей, физические, социально-экономические, культурные условия и т. д.) рассматриваются через призму отношения субъекта к объективным параметрам среды.

Таким образом, согласно структурному подходу, «мотивация» есть совокупность влияний внутренних и внешних взаимообусловленных факторов, на основе которых происходит принятие решения, формирование намерения [2; 4; 6].

В психологической теории деятельности А. Н. Леонтьева представлен ситуационно-динамический подход к проблеме мотивации и мотивов.

По мнению А. Н. Леонтьева, рассматривающего «деятельность» как универсальное объяснительное понятие, человеческое поведение имеет сложную «мотивацию», является полимотивированными [7]. Термин «мотивация» понимается как сложный процесс, требующий различения мотивов, которые не всегда осознаются субъектом и сознательных целей и намерений [8].

Категория «деятельность» применяется в отношении как внешних (предметная, практическая, чувственная деятельность), так и внутренних процессов, подпадающих под декартовскую категорию *cogito* (мыслительная деятельность, деятельность воображения, запоминания и т. д.), составляющих общность и единство [9].

Внешняя и внутренняя деятельность имеют одинаковую макроструктуру («единицы» психологического анализа) [9].

«Единицами» анализа человеческой деятельности, образующими ее макроструктуру, выступают: 1) мотив (опредмеченная потребность) побуждает и направляет деятельность; 2) деятельность осуществляется совокупностью действий, направленных на достижение промежуточных сознательно поставленных целей (сознаваемая цель – предмет действия [10]), подчиненных общему мотиву деятельности; 3) операции – способ выполнения действий в определенных условиях (внешние обстоятельства и воз-

можности самого действующего субъекта), отвечающий конкретной задаче (задача – есть цель, данная в определенных условиях [9]. «Операции» – это уровень автоматических действий и навыков; 4) психофизиологические механизмы, реализующие деятельность (деятельность, действие и операцию) – органический фундамент процессов деятельности. Таким образом, в схеме деятельности, предложенной А. Н. Леонтьевым операционно-техническая сторона деятельности (деятельность – действие – операция – психофизиологические функции) соотнесена с потребностно-мотивационной стороной деятельности (мотив – цель – задача).

Необходимым условием деятельности является наличие потребности [11]. Потребности побуждают и направляют деятельность при условии, что они предметны, направляющая функция потребности заключена в предметном содержании [7].

Мотив в теории деятельности понимается процессуально, – возникает в процессе «опредмечивания потребности», в момент встречи потребности с предметом, отвечающим данной потребности [7].

«Предмет потребности – это материальный или идеальный, чувственно воспринимаемый или данный только в представлении, в мысленном плане – мы называем мотивом деятельности», который побуждает и направляет деятельность человека» [7; 8].

Функция мотивов в структуре деятельности заключается в определении «зоны целей». В зоне целей происходит выбор и фиксация цели (предвидимый результат) и действий [7].

Генетически исходным фактом выступает несовпадение мотива и цели, мотив предшествует цели; их совпадение – вторичное явление. Совпадение мотивов и целей (мотив-цель) может явиться как результат осознания мотивов, либо как результат приобретения целью действия самостоятельной побудительной силы (трансформация цели действия в мотив деятельности, «сдвиг мотива на цель» [10]), что происходит в том случае, если переживание, возникшее в процессе достижения цели действия приобретает самостоятельную ценность для субъекта, – в результате действие превращается в деятельность.

Итак, согласно представлениям А. Н. Леонтьева, «предмет деятельности есть ее действительный мотив» [9. С. 75]. Главное отличие одной деятельности от другой в предмете, обусловливающим направляющую функцию. Развитие потребностей заключено в развитии предметов, способных удовлетворить потребность [8].

Потребности человека, согласно культурно-исторического подхода, (Л. С. Выготский, Л. И. Божович и др.), различаются не только по своему содержанию и динамическим свойствам (сила, устойчивость и пр.), но и по своему строению: одни из них имеют прямой, непосредственный характер

(органические потребности человека), другие – опосредованы сознательно принятым намерением [11].

Непосредственные и опосредованные потребности могут находиться в антогонистическом отношении, участвуя в борьбе мотивационных тенденций, включающих внутренние (личностные) и внешние (ситуационные) факторы.

Возникновение опосредованных потребностей характеризует такой этап в развитии мотивационной сферы субъекта, когда появляется возможность сознательного управления своими потребностями и побуждениями. Способность к саморегуляции на основе сознательно принятых намерений – признак, отличающий взрослого культурного человека [11; 12].

По мнению А. Н. Леонтьева, «единицы» и язык психологического анализа предметной деятельности и поведенческих процессов не совпадают между собой.

Таким образом, необходимо дифференцировать понятия «деятельность» и «поведение». Одни исследователи применяют эти понятия как синонимы, другие противопоставляют по признаку «активность – реактивность».

Деятельностью, по мнению А.Н. Леонтьева, следует считать процессы, психологическими характеристиками которых является: направленность на предмет, отвечающий соответствующей потребности [10. С. 518]; деятельность – это не реакция, не совокупность реакций, а система, имеющая строение, развитие, свои внутренние переходы и превращения [9. С. 81]; через деятельность человек осуществляет отношение к миру. Деятельность человека включена в систему отношений общества. Общественные условия заключают в себе мотивы, цели, средства и способы деятельности [9]. А. Н. Леонтьев отмечает, что цели не ставятся и не изобретаются субъектом произвольно, они объективно присутствуют в объективных обстоятельствах, в некоторой предметной ситуации [7]. Категория «деятельность» включает как внешние, так и внутренние процессы.

Под «поведением» обобщенно понимают внешне проявляемую и наблюдаемую активность живых существ, направленную на удовлетворение потребности. Психика является «феноменальной стороной поведения» [13. С. 101].

Системообразующим фактором деятельности выступает цель (представленный результат, к которому стремиться действие – преобразования, как во внешнем мире, так и в самом человеке [7]. Поведение человека не всегда целенаправленно (опосредовано целью), может быть непосредственным, спонтанным и импульсивным.

Основными характеристиками психологической категории «деятельность», по А. Н. Леонтьеву, выступают: предметность, целенаправленность действий, социальная обусловленность, системность.

Полагаем, что поведение человека, опосредованное сознательно принятым намерением, правомерно рассматривать через категорию «деятельность».

Человеческая деятельность является полимотивированной, т. е. побуждается несколькими мотивами одновременно. Поведение целостного человека обусловлено биологическими, психологическими, социальными факторами, а также культурными смыслами и ценностями. Мотивы определенной деятельности выстроены в иерархию.

А. Н. Леонтьев выделял две категории мотивов – «мотивы-стимулы», выполняющие побуждающую функцию и смыслообразующие мотивы, отражающие личностные смыслы, осуществляющие и побудительную, и направляющую функции [7].

А. Н. Леонтьев предложил термин «мотив» для обозначения ведущего смыслообразующего и побуждающего мотива и термин «побуждающий стимул» («побудитель», «стимул») для дополнительных мотивов-стимулов, лишенных ведущей смыслообразующей функции [9].

Как отмечает А. Н. Леонтьев, иерархия мотивов («мотивационных линий») представлена устойчивым психическим образованием, образующим структуру личности (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн, Л. И. Божович и др.). Соотношение главных мотивационных линий в совокупности деятельностей человека образуют психологический профиль личности [7]. Устойчивые и доминирующие мотивы становятся свойствами личности, которые впоследствии оказывают влияние на особенности мотивации.

Согласно культурно-исторического подхода, ведущими мотивами поведения «взрослого культурного человека» являются сознательно поставленные цели, принятые намерения, которые по своему генезу являются потребностями человека, опосредствованными культурными смыслами и ценностями [11].

«Репродуктивная мотивация» в структуре репродуктивного поведения

На сегодняшний день устоявшееся понятие «репродуктивное поведение», заимствованное из этологии, определил советский демограф В. А. Борисов в 1970 году «как систему действий, отношений и психических состояний личности, связанных с рождением или отказом от рождения детей любой очередности, в браке или вне брака»[14. С. 124].

По мнению В. А. Борисова, репродуктивное поведение, как и любое другое поведение, представляет собой реакцию на внешние (социокультурные ценности и нормы: ценность детей и родительства для личности, семьи, общества и др.) и внутренние стимулы (психологические характеристики субъекта поведения, в том числе, репродуктивные потребности). Структура репродуктивного поведения включает элементы, обозначенные В. А. Борисовым: «репродуктивные потребности, установки, мотивы, интересы, планы, решения, действия, результаты репродуктивных действий» [14].

М. А. Беляева, автор теории «культуры репродуктивного поведения» (синоним «репродуктивная культура»), определяет «репродуктивное поведение» как «систему действий и отношений, направленных на регуляцию индивидом собственной фертильности с целью удовлетворения потребностей, связанных с наличием или отсутствием детей, в рамках биологических, социальных и культурных условий» [15. С. 19].

Г. Г. Филиппова, предложившая понятие «репродуктивная сфера», объединяет все системы и процессы, необходимые для реализации репродуктивной функции, и полагает, что «репродукция» как воспроизведение, продолжение рода включает: половое поведение, зачатие, вынашивание, рождение, выращивание, воспитание ребенка [16].

«Репродуктивная функция» человека, как определяет Г. Г. Филиппова, включает «физиологические механизмы (соматические системы и их нейро-гуморальную регуляцию), мотивационно-потребностные и ценностно-смысловые образования, обеспечивающие направленность на выполнение определенного поведения, и само это поведение» [16]. Осознанный отказ от рождения детей или отказ от воспитания рожденных детей являются формами нарушения репродуктивной функции, обусловленных отсутствием психологической готовности к материнству, важнейшим компонентом которой является мотивационная готовность [17].

Полагаем возможным рассмотреть концепт «репродуктивное поведение» в деятельностном подходе в контексте понятий психологии репродуктивной сферы Г. Г. Филипповой и культуры репродуктивного поведения М. А. Беляевой.

Репродуктивное поведение социально обусловлено и отражает отношение человека к миру; целенаправленно – результатом репродуктивного поведения является либо непосредственно рождение или отказ от рождения ребенка, либо иные цели, опосредованные рождением или отказом от рождения детей.

Таким образом, концепт «репродуктивное поведение» можно определить как совокупность действий, направленных на достижение различного рода целей, обусловленных реализацией или сдерживанием реализации репродуктивной функции (рождение детей, предупреждение, прерывание

беременности или иные цели, опосредованные рождением или отказом от рождения детей).

Соответственно, структура репродуктивного поведения включает компоненты: репродуктивная мотивация (включающая внутренние и внешние движущие силы, детерминирующие репродуктивное поведение); действия, направленные на достижение целей, обусловленных реализацией или сдерживанием репродуктивной функции; результаты действий (рождение детей, предупреждение, прерывание беременности или иные цели, опосредованные рождением или отказом от рождения детей).

Непосредственно репродуктивную потребность А. И. Антонов и В. М. Медков определяют как «потребность в детях».

В. В. Бойко определяет понятие «потребность в детях» в социально-психологическом аспекте, как «устойчивое социально-психологическое состояние индивида, обусловленное, во-первых, стремлением иметь типичное по качеству число детей в семье и дать им не хуже типичного по качеству воспитание, во-вторых, чадолюбием (т. е. глубоко усвоенными установками по отношению к детям вообще), проявляющимся в том, что без наличия детей или определенного их числа индивид испытывает затруднения в самореализации себя как личности» [18; 19. С. 101].

По мнению А. И. Антонова и М. В. Медкова, М. А. Беляевой «потребность в детях» – представляет собой закрепленный в психологических структурах личности опыт прошлых поколений, интериоризованные социокультурные нормы рождаемости, то есть категория не биологическая, а социально-психологическая [18; 19].

Г. Г. Филиппова потребность в продолжении рода относит к группе видовых потребностей на основе классификации потребностей, предложенной И. П. Павловым, который выделил две группы: 1) индивидуальные потребности, направленные на сохранение индивида; 2) видовые потребности, направленные на сохранение вида. При отсутствии психологической готовности к материнству отношения видовой потребности в продолжении рода и индивидуальных потребностей могут носить конфликтный характер [16].

Таким образом, «потребность в детях» (потребность в продолжении рода) – видовая социокультурная потребность (приобретенная), не связанная непосредственно с индивидуальными, первичными (врожденными, биологическими) потребностями, в том числе сексуальной потребностью. «Потребность в детях» (потребность в продолжении рода), наряду с другими социокультурными потребностями (в семье, творчестве, самореализации, образовании и др.), занимает наивысший уровень в иерархии человеческих потребностей [15; 18. С. 101, 140].

Видовая социокультурная потребность в продолжении рода должна быть осознана субъектом на индивидуальном уровне и встроена в общую

иерархию смысложизненных ориентаций субъекта, что характерно для зрелой личности [17]. Рождение и воспитание детей как целенаправленная деятельность, направленная на продолжение рода, как отмечает М. А. Беляева, предполагает «самоотречение в пользу интересов рода», поскольку индивидуальные потребности подвержены фрустрации с момента вступления субъекта в статус родительства [15].

Репродуктивные мотивы, по определению А. И. Антонова, «представляют собой психическое состояние личности, побуждающее индивида к достижению разного рода целей и личностной реализации через рождение определенного количества детей. Репродуктивный мотив характеризуется личностным смыслом появления на свет ребенка любой очередности» [18. С. 104].

Согласно деятельностного подхода, в терминах А. Н. Леонтьева, побуждающим и направляющим мотивом репродуктивной деятельности, выступает опредмеченная «потребность в детях» (потребность в продолжении рода).

Исследователи репродуктивного поведения (А. И. Антонов, В. М. Медков, И. В. Добряков, О. В. Магденко, Т. В. Скрицкая и др.) отмечают, что реализуя «потребность в детях», человек осознанно или неосознанно стремится удовлетворить целый комплекс иных потребностей [18; 20; 21]:

- физиологические потребности: стремление к обретению телесного опыта и эффекта оздоровления, связанных с состоянием беременности, грудным вскармливанием и др.;
- экономические потребности: жизнеобеспечение в старости, получение социальных льгот, дополнительных средств;
- психологические потребности: преодоление одиночества, реализация потребности во власти, возможность проявления заботы и др.
- социальные потребности: стремление соответствовать социальным нормам и традициям детности («репродуктивный конформизм»), повышение социального статуса, укрепление брака, расширение жизненного опыта, личностная самореализация и др.
- духовные потребности: наличие объекта любви и привязанности, обретение смысла, символического бессмертия через продолжение себя в детях и др.

Таким образом, иерархическая структура потребностей, детерминирующих репродуктивное поведение, может включать: «потребность в детях», потребность в сдерживании реализации репродуктивной функции, иные потребности – физиологические, экономические, психологические, социальные и духовные потребности.

Полагаем, что в том случае, когда ведущим смыслообразующим мотивом поведения выступает «потребность в детях», появляется возможность репродуктивное поведение обозначить как «репродуктивная деятель-

ность», поскольку именно предмет потребности определяет содержание и направленность деятельности, – репродуктивная деятельность направлена на удовлетворение непосредственно «потребности в детях». В структуре репродуктивного поведения «потребность в детях» может выступать как промежуточная цель действий, направленных на реализацию мотивов, лишь опосредованно связанных с «потребностью в детях», либо отсутствовать (отказ от рождения ребенка).

Таким образом, признаком дифференциации концептов «репродуктивная деятельность» и «репродуктивное поведение» является «потребность в детях», выступающая либо в статусе ведущего смыслообразующего мотива, либо дополнительного мотива-стимула деятельности.

Следовательно, в целях формирования мотивационной готовности к материнству, перевода репродуктивного поведения в статус репродуктивной деятельности, необходимым этапом выступает диагностика истинных репродуктивных мотиваций, обусловливающих репродуктивное поведение.

Концепт «репродуктивные мотивации» (согласно структурного подхода в определении мотивации) можно сформулировать как совокупность внутренних (психологические свойства субъекта поведения: социокультурные установки (социальные нормы и культурные ценностно-смысловые образования), потребности, мотивы, цели, намерения, желания, интересы, знания, умения, способности, мировоззрение, убеждения, характер, уровень притязаний и т. п.) и внешних движущих сил (внешне-ситуационные факторы, рассматриваемые через призму отношения субъекта к объективным параметрам среды: отношения, оценки, реакции окружающих людей, физические, социально-экономические, культурные, политические условия и т. д.), определяющих достижение разного рода целей, обусловленных реализацией или сдерживанием репродуктивной функции (рождение детей, предупреждение, прерывание беременности или иные цели, опосредованные рождением или отказом от рождения детей) [9].

Исследователями в области перинатальной психологии принято различать конструктивные и деструктивные репродуктивные мотивации (О. Н. Безрукова, 1999; Н. В. Боровикова, 2001; Н. И. Олифирович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента, 2006; И. В. Добряков, 2010, О. В. Магденко, 2012) [20; 22; 23].

Таким образом, проведенный теоретический анализ психологических категорий «мотивация» и «мотив» позволил в контексте деятельностного подхода определить содержание и дифференцировать концепты «репродуктивное поведение», «репродуктивная деятельность», «репродуктивный мотив», «репродуктивная мотивация».

Список литературы

1. *Петров В. С., Авакян М. М.* Концепция перинатального образования граждан РФ // Перинатальная психология и медицина: сборник материалов конференции. СПб., 2001. С. 17–22.

2. *Ильин Е. П.* Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 2002. 512 с.

3. *Леонтьев Д. А.* От инстинктов – к выбору, смыслу и саморегуляции: психология мотивации вчера, сегодня и завтра // Современная психология мотивации / Под рук. Д. А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. 343 с.

4. *Шадриков В. Д.* Психология деятельности и способности человека: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Логос, 1996. 320 с.

5. *Орлов А. Б.* Развитие теоретических схем и понятийных систем в психологии мотивации // Вопр. психол. 1989. № 5. С. 27–34.

6. *Чирков В. И.* Самодетерминация и внутренняя мотивация поведения человека // Вопросы психологии. 1995. № 3. С. 116–130.

7. *Леонтьев А. Н.* Лекции по общей психологии / Под ред. Д. А. Леонтьева, Е. Е. Соколовой. М.: Смысл; Академия, 2007. URL: www.fictionbook.ru/static/trials/03/30/13/03301345.a4.pdf

8. *Леонтьев А. Н.* Потребности, мотивы, эмоции // Психология мотивации и эмоций / Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, М. В. Фаликман. М.: ЧеРо, 2002. С. 57–65.

9. *Леонтьев А. Н.* Деятельность, сознание, личность. М., 1975. URL: www.pedlib.ru/Books/3/0010/index.shtml?from_page=36

10. *Леонтьев А. Н.* Проблемы развития психики. М.: МГУ, 1981.

11. *Божович Л. И.* Проблемы формирования личности: Избр. психол. тр. / Под ред. Д. И. Фельдштейна; Рос. акад. образования, Моск. психол. соц. ин-т. 3-е изд. М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2001. 349 с.

12. *Выготский Л. С.* Психология развития человека. М.: Изд-во Смысл; Эксмо, 2005. 1136 с.

13. *Выготский Л. С.* Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, 1982. Т. 1. 488 с.

14. *Борисов В. А.* Демография. М.: ИД NOTABENE, 1999. 272 с.

15. *Беляева М. А.* Культура репродуктивного поведения в контексте междисциплинарного синтеза: Монография. Екатеринбург, 2010. 176 с.

16. *Филиппова Г. Г.* Психология репродуктивной сферы человека: методология, теория, практика // Медицинская психология в России. 2011. № 6 (11). URL: http://mprj.ru/archiv_global/2011_6_11/nomer/nomer05.php

17. *Филиппова Г. Г.* Психология материнства. М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. 240 с.

18. *Антонов А. И., Медков В. М.* Социология семьи. М.: Изд-во МГУ: Изд-во Международного университета бизнеса и управления («Братья Карич»), 1996. 214 с.

19. *Беляева М. А.* Репродуктивная культура личности: опыт концептуализации // Личность в пространстве культуры: IV Российский культурологический конгресс с международным участием. СПбю, 2013. URL: www.culturalnet.ru/main/congress_person/1155.

20. *Добряков И. В., Колесников И. А.* Перинатальная психотерапия семьи // Психическое здоровье. 2010. Т. 8, №7. С. 24–27.

21. *Магденко О. В.* Деструктивные репродуктивные мотивации у беременных женщин при становлении материнской ролевой идентичности: Дис. … канд. психол. наук. Томск, 2012.

22. *Магденко О. В.* Мотивы сохранения беременности // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Теоретические и прикладные аспекты перинатальной психологии: проблемы и перспективы». Новосибирск, 2007. С. 115–119.

23. *Стоянова И. Я., Магденко О. В.* Мотивации деторождения беременных женщин в ракурсе становления материнской идентичности // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 3 (14). URL: http://medpsy.ru

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ

О. В. Магденко [1], *Г. Н. Широкорад* [2]

[1] Новосибирский государственный университет, г. Новосибирск
olga_mag@academ.org

[2] ДООЦ ОАО «Газпромнефть ОНПЗ» им. Д. М. Карбышева, г. Омск
galy72@mail.ru

PSYCHOLOGICAL PORTRAIT OF THE WOMEN HAVING INFERTILITY

O. V. Magdenko, *G. N. Shirokorad*

В давние времена художники-портретисты пользовались большим уважением и получали достойное вознаграждение за свои работы. Вглядываясь в старинные портреты, мы видим, что мастера старались не только изобразить лицо человека, но и раскрыть его характер и внутренний мир. Лицо могло многое рассказать о личности, образе жизни, характере, социальном статусе. Ярким примером являются работы Рембрандта и Ренуара.

Что же такое психологический портрет? Это возможность понять глубокий внутренний мир человека, его эмоции и переживания, личностные особенности, черты характера, мотивацию, самооценку, волевые качества и поведение человека в определенных, жизненных ситуациях. Бывает, что жизнь ставит нас в сложные ситуации, в которых не так-то просто найти решение. Одной из них является диагноз: бесплодие.

Невозможность рождения ребенка – одна из самых тяжелых хронических психотравмирующих ситуаций [1].

По данным разных источников, количество женщин с диагнозом бесплодие варьируется от 4 до 40 % от общего числа инфертильных женщин. Если пациентка и ее постоянный партнер прошли стандартное медицинское обследование на предмет выявления биологических причин нарушения репродуктивной функции, и результаты говорят о биологической фертильности пары, ставится диагноз «психогенное», «идиопатическое» бесплодие [2].

Отсутствие детей в браке вызвано разными причинами. В одних случаях семья сознательно не хочет иметь детей. В других семья хочет иметь детей, но не может.

Ученые В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад утверждают, что невозможно выбрать конкретную причину, влияющую на бесплодие, будь то личностный фактор, партнёрские конфликты или отягощающие жизненные си-

туации. Всё это нужно рассматривать в комплексе. Таким образом, вместо психогенного или психосоматического бесплодия ученые ввели термин «функциональной (психосоматической) стерильности» [3].

На данный момент не существует однозначного мнения об отношении психического бесплодия и физиологического. До сих пор не решен вопрос о том, что является первичным в психологических особенностях людей в бесплодном браке – психологические расстройства приводят к бесплодию или же нарушение репродуктивных функций является основой для формирования психологического расстройства [4–6].

По словам Л. В. Кокса [7], идиопатическое бесплодие может быть вызвано следующими факторами: неудачное взаимоотношение в семье, боязнь материнства, беременности, различными социальными проблемами, страхом перед родами и послеродовыми психозами, конфликтным детством и внутренним противоречием между стремлением к карьере и материнству.

Современные исследователи (Н. О. Дементьева, В. В. Абрамченко, Н. П. Коваленко) утверждают, что психологическое бесплодие у женщины может быть следствием нежелательной беременности ее матери и отсутствием у них симбиотической связи в раннем детстве. Во время беременности плод может чувствовать, что испытывает к нему мать, таким образом, нежеланный ребенок появляется на свет с ощущением вины и ненужности, из-за этого он испытывает к своей матери явную или скрытую агрессию. Полученные в детстве негативные эмоции женщина проецирует на себя, боится рожать, так как может начать ненавидеть своих детей, и есть возможность зарождения конфликта в материнской сфере [8].

Предметом изучения Т. А. Федоровой стала корреляция эмоциональной и сексуальной сферы и психогенного бесплодия у женщин. Она выявила зависимость этих факторов и частоту различных отклонения, причинной которых в первую очередь является бесплодие. В результате ее исследования у большинства женщин (71,4 %) выявились чувство одиночества и неполноценности, эмоциональная лабильность; нарушение достижения оргазма, а именно отсутствие или редкое достижение (61,9 %); снижение либидо (52,4 %). А также ситуация бесплодия приводила к нарушению межличностных отношений в браке и его нестабильности [9].

Как утверждает В. Д. Менделевич [10], одним из главных вопросов при диагностике на бесплодие у женщин является «оценка к мотивации иметь ребенка». Взамен традиционных мотивов у фертильных пар, у бесплодных пар мотивы отличаются. Предложенный Э. Эриксоном [11] термин «генеративность» отражает, помимо самого процесса репродукции, еще и необходимость человека в заботе о ребенке и его воспитании. Кроме этих причин, существует ряд других: сохранить брак, устранить одиночество, продолжить семейные традиции. Мотивы и причины иметь детей для мно-

гих бесплодных пациенток так, и оставались неосознаваемыми, вместо истинных мотивов, они рассказывают типичные рациональные доводы, такие как «для более полной жизни» или «для хорошего партнёрства» [10].

В отечественной психологии в конце XX века особое внимание уделили психотерапевтическим и психосоматическим аспектам зачатия, беременности и бесплодия [12; 13].

Э. В. Кришталь, М. В. Маркова [12] считают, что бесплодные женщины не отличаются по личностным качествам, которые не соотносятся с адаптацией, от женщин с сохранной репродуктивной функцией. Это такие качества, как: когнитивная сфера, интроверсия и экстраверсия и социальные параметры: материальное состояние, возраст, образование и т. д.

Р. Дж. Пепперл и соавторы [14] считают, что существует три основных группы бесплодных женщин по сопротивлению к зачатию. Для первой группы характерно довольно слабое сопротивление к беременности и их бесплодие может пройти само под влиянием энтузиазма во время лечения на первых этапах или в начале обследования. Для второй группы характерна довольно стойкая блокада для зачатия, которая проявляется в результате внешнего влияния раздражителей, стресса, что является неблагоприятным для материнства: сложные внутрисемейные отношения, конфликт между карьерой и рождением ребёнка. Таким образом, при изменении окружающих условий и определенном лечении можно избавиться от бесплодия. Третья группа состоит из женщин, у которых нарушение репродуктивных функций вызвано длительным и глубоким психосоматическим напряжением, которое появляется на фоне психогенных стрессов, таким женщинам следует помогать путем психоаналитических методов [14].

По мнению Дж. Шенкера чаще всего результатом, а не причиной, нарушения репродуктивных функций женщины является стресс. Поэтому у большого количества супружеских пар стрессовое состояние появляется на фоне бесплодия. Это объясняется тем, что такие семейные пары чувствуют себя изолированно от других семей, которые могут или имеют детей, а диагностические и лечебные процедуры отрицательно влияют на их эмоциональное состояние [15].

Многие ученые (Э. В. Макаричева, В. Д. Менделевич, Ф. М. Сабирова, Н. Н. Петрова и др.) утверждают, что психоэмоциональные расстройства могут быть патологической причиной бесплодия, причем психическое состояние является результатом взаимодействия факторов: генитальной патологии и соматических, персональных психологических особенностей [16]. Ученые, согласные с психосоматическим направлением, считают, что невозможность женщины к беременности и вынашиванию, является следствием конфликта между осознанным желанием родить и неосознанным отказом от материнства [7].

Как выяснили ученые (Э. В. Макаричева, В. Д. Менделевич, Ф. М. Сабирова, Н. Н. Петрова), нахождение в постоянном напряжении снижает для женщины вероятность забеременеть. С точки зрения физиологии, длительный стресс усугубляет деятельность всего организма и его систем, в том числе маточных труб, яичников и в шейки матки, а также влияет на именную систему. Перманентный стресс влияет и на высшие центры головного мозга, и как следствие вызывает гормональные сдвиги, снижающие вероятность к зачатию. Помимо этого, женщинам с диагнозом идиопатического бесплодия свойственны стрессовые ситуации в форме соматизации.

Революционно и очень свежо по отношению к проблеме женской фертильности звучат представления о концепции личности В. Н. Мясищева [17], а также реализованные в его работах исследования, в которых он пытается рассматривать организмические изменения личности в период всего онтогенеза. Концепцию В. Н. Мясищева характеризует комплексное определение человека как единство личности и организма. Функциональные и организменные состояния видоизменяются вследствие события, происходящего в пространстве психической жизни личности и занимают определенное место в иерархии системы ценностей индивида. Таким образом, взаимозависимостью или зависимостью с двойной направленностью, характеризуются отношения связи личности и организма [17].

Таким образом, в случае идиопатического бесплодия мы можем сделать вывод, что бесплодие есть результат влияния внутриличностной проблематики на особенности организмических проявлений. Из вышесказанного формируется мнение, что для полного рассмотрения данной проблемы мы должны учитывать все факторы, а именно: социальные, психологические, биологические. Таким образом, бесплодие рассматривается в плане психосоматического заболевания и психогении, особенно в случаях необъяснимого (идиопатического) бесплодия. Для полной картины мы должны рассматривать все аспекты, изучать специфики способов существования пациентов до возникновения заболевания и после его диагностирования.

В отечественной психологии Ф. Е. Василюк исследовал проблему переживания как внутреннюю деятельность организма [18]. Когда человек не может реализовать стремления и необходимости своей жизни, возникает переживание, которое как раз направлено на восстановление целостности личности. Существуют следующие типы критических ситуаций: кризис, конфликт, фрустрация и стресс. Итак, при бесплодии женщина может переживать все типы критических ситуаций. Эмоциональное состояние супружеской пары в ситуации бесплодия весьма нестабильно, поскольку, когда они приходят на консультацию, многие уже разочарованы и подавлены из-за своей ситуации.

Множество бесплодных пар находятся в состоянии психологического стресса, а у некоторых женщин доходит до хронического состояния, а также обследование и лечение добавляет страхов и тревоги [19]. Так, например, в ходе исследований Г. Г. Филипповой было обнаружено, что у женщин, проходивших длительное обследование перед протоколом ЭКО, увеличивалась депрессивная симптоматика, в сравнении с женщинами, которые пришли впервые [20].

Л. В. Кокс [7] выделяет типы женщин с нарушением репродуктивной функции:

1) женщины, которые капризны по отношению к своему мужу, они склонны к функциональным расстройствам, чувствительные и инфантильные;

2) женщины с выраженной маскулинностью, властные и доминантные;

3) женщины, переносящие на мужа свой материнский инстинкт;

4) женщины, настроенные на карьерный рост или другие интересы [21].

Перинатальная психология выделяет две группы женщин, у которых существуют проблемы с зачатием и последующим процессом беременности [8]. Первую группу характеризуют следующие проблемы: гормональные с нарушениями до беременности; трудности зачатия; угроза прерывания беременности и выкидыша; нарушение внутриутробного развития ребенка, не влияя на здоровье женщины. Для второй группы ученые выделяют один основополагающий фактор – гинекологические заболевания психосоматического характера и негинекологические психосоматические проблемы, повлекшие сбой в репродуктивной функции, при этом угрожающие здоровью женщины [8].

Ученые обнаружили дифференциацию в личностных особенностях женщин образующих эти две группы. Женщины первой группы характеризуются следующими психологическими особенностями: неустойчивость эмоций и склонность к импульсивному реагированию; частые перепады настроения, болезненное переживание по поводу неудач с накоплением отрицательных эмоций; частое формирование сверхценных идей, возведение беременности в сверх жизненную цель; искажение идентичности, не свойственность своему полу: ослабление феминности и усиление маскулинных качеств; низкий уровень социальной адаптации; конфликтные отношения с матерью; постоянная требовательность к себе, неудовлетворенность по поводу отношения к себе, заниженная самооценка; повышенный фактор тревожности с выраженным эмоциональным состоянием; подавленная агрессия по отношению к окружающим.

Женщины второй группы характеризуются следующими психологическими особенностями: неустойчивость эмоций и склонность к тревожному реагированию, раздражительности, депрессивному настроению, снижение активности, предрасположенность к стрессовым ситуациям, необходи-

мость поддержки со стороны окружающих, правильная половая идентичность, усиление феминности, зависимые отношения с матерью, постоянное чувство вины, страхи, заниженная самооценка, доверительные отношения с окружающими, неуверенность в своих материнских качествах и в возможности воспитания ребенка, гиперответственность, невротизация отпечатывается в соматических проявлениях, риск суицида, агрессия направлена на себя.

Ученые делают вывод о том, что для женщин с проблемами репродуктивных функций в сравнении со здоровыми в репродуктивном плане, свойственно следующее: проблемы с социальной адаптацией, нарушение адекватного реагирования на стресс, инфантильность, отражающаяся на личностной сфере как неготовность ко взрослой жизни, а также искаженная половая идентификация, нарушения в эмоциональной сфере, внутриличностные конфликты, зависимость от окружающих сочетается с недоверием к ним и всему окружающему миру, сложность отношений с близкими, повышенная тревожность, заниженная самооценка, аутоагрессия и гетероагрессия, отношения с матерью, которые носят разрушающий характер.

В работах В. Д. Менделевича и Э. В. Макаричевой [12] указывается, что в предшествующем состоянии перед заболеванием у женщин с бесплодием неясной этимологии явно выделяются черты психологического инфантилизма. По их мнению, у $^{1}/_{3}$ больных, у которых неясное бесплодие, присутствуют черты психического инфантилизма, а 89,5 % исследованных имеют слабую половую конституцию.

Применяя тест MMPI, В. Д. Менделевич и Э. В. Макаричева [12] смогли определить личностный профиль инфертильных женщин. Такие женщины имеют следующие особенности: склонность к конфликтам, депрессивные состояния, эмоциональная неустойчивость, тревога с ярко выраженным стремлением нравиться «всем вокруг». В основной своей массе, это неуверенные в себе женщины, чья самооценка нестабильна и зависит от мнения окружающих [12]. Неудовлетворенность собой, заниженная самооценка является отличительной чертой бесплодных женщин, считает А. В. Колчин [22], он обнаружил противоречие между женской самооценкой и их идеалами.

Помимо психологической незрелости и инфантильности, Н. А. Богдан [23] в своем описании психологического портрета женщины, испытывающей затруднения в зачатии отмечает следующее: базовое недоверие к окружающему миру может служить отсутствием психологической фертильности, поэтому тут не важно, есть на то веские основания, или нет. Отсутствие доверия к окружающим проявляется в таких вещах, как непреодолимое желание контролировать все вокруг, отторжение нового, психо-

логическая негибкость, скрупулезное планирование и четкая приверженность этому.

Н. А. Богдан [23] утверждает, что у женщин с проблемами в психологической фертильности существует внутренний конфликт в принятия своего гендера, который зачастую формируется во время взросления из-за конфликтных отношений с родителями. Как результат, такой тип женщин асексуальный, что проявляется в таких аспектах как высокое карьерное положение, психологическое поведение, свойственное мужчинам – лидерстве, принятие на себя риска и ответственности, волевом характере. Несоответствие психологического пола зачастую является следствием конфликтных отношений с родителями в период взросления. Было замечено, что инфертильные женщины зачастую имели трудности в детстве и получали различные психотравмы в юном возрасте, были подвержены различным страхам, например: потерять свою привлекательность, испытывать физическую боль, роды, потерять внимание мужа, страх потери независимости и множество других. Такие женщины часто росли в детском доме или многодетной семье.

Также можно выделить как аспект полоролевую идентичность, поскольку это является актуальным в настоящее время, поскольку стереотипы о маскулинности и феминности становятся менее полярными и жесткими. Изменятся ролевая структура, возрастает авторитет женщины, меняются представления о главенстве в семье и права между мужчиной и женщиной становятся примерно равными. Первичной группой, где возникает полоролевая идентификация является семья, здесь в первую очередь главную роль играют отношения с родителями, правильная дифференциация своего пола с полом родителя, поскольку будущие маскулинность и феминность в первую очередь возникают из этих отношений [24].

Таким образом, женщины, страдающие бесплодием, обладают специфическими особенностями структурных и содержательных характеристик гендерной идентичности. В частности, специфика структурных характеристик гендерной идентичности бесплодных женщин определяется низким уровнем рефлексии, недифференцированностью самоотношения и самооценки, преобладанием высокого уровня тревоги и внутриличностных конфликтов, признаками инфантильных механизмов регуляции поведения.

Список литературы

1. *Крутова В. А., Ермошенко Б. Г.* Причины женского бесплодия // Успехи современного естествознания. 2005. № 11. С. 16–19.

2. *Дементьева Н. О.* Психологические аспекты исследования женского бесплодия «неясной этиологии» // Вестн. С.-Петерб. ун-та. 2010. № 1. С. 131–139.

3. *Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка; предисл. В. Г. Остроглазова. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. 376 с.

4. *Дейнека Н. В., Мельниченко Н. И.* Психологический подход к проблеме бесплодного брака // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация: Материалы Рос. конф. «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике». СПб., 2000. С. 273–274.

5. *Макаричева Э. В., Менделевич В. Д., Сабирова Ф. М.* Особенности формирования невротических расстройств у пациенток, страдающих бесплодием // Казанский мед. журн. 1997. Т. 73, № 6. С. 413–415.

6. *Макаричева Э. В., Менделевич В. Д.* Позитивная психотерапия и психическая адаптация к бесплодию // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация: Материалы Рос. конф. «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике». СПб., 2000. С. 327–332.

7. *Cox L. W.* Infertiliti: a comprehensive programme // Brit. J. Obstet. Gynaecol. 1975. Vol. 82, № 1.

8. *Абрамченко В. В., Коваленко Н. П.* Психические состояния при нормальном и осложненном течении беременности // Перинатальная психология и медицина: Сб. материалов конф. по перинат. психол. СПб.: 2001. С. 24–29.

9. *Федорова Т. А.* Клиника, диагностика и лечение «необъяснимого» бесплодия у женщин: Автореф. дис. … канд. мед. наук. М., 1986. 18 с.

10. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. М.: МЕДпресс, 1999.

11. *Эриксон Э.* Детство и общество / Пер. А. А. Алексеева. СПб., 1996. С. 346–386.

12. *Макаричева Э. В., Менделевич В. Д.* Психический инфантилизм и необъяснимое бесплодие // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. № 3. С. 20–22.

13. *Филиппова Г. Г.* Психологические проблемы при нарушениях репродуктивной функции у женщин // Психология и семья: Материалы интернет-конференции. Белгород, 2005.

14. *Пепперелл Р. Дж., Хадсон Б., Вуд К.* Бесплодный брак. М.: Медицина, 1986.

15. *Шенкер Дж.* Стресс и бесплодие // Акушерство и гинекология. 1993. № 2. С. 39–42.

16. *Петрова Н. Н., Подольхов Е. Н.* Особенности психического состояния и личностно-психологические характеристики женщин с бесплодием, подвергающихся лечению методом ЭКО // Журнал акушесства и женских болезней. 2011. № 3. С. 115–121.

17. *Мясищев В. Н.* Основы общей и медицинской психологии. Л.: Изд-во ЛГУ, 1969.

18. *Василюк Ф. Е.* Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 200 с.

19. *Гарданова Ж. Р.* Пограничные психические расстройства у женщин с бесплодием в программе экстракорпорального оплодотворения и их психотерапевтическая коррекция: Дис. … д-ра мед. наук / Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т. М., 2008. 275 с.

20. *Филиппова Г. Г.* Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности // Перинатальная психология и медицина, психосоматические расстройства в акушерстве, гинекологии, педиатрии и терапии: Материалы Всерос. конф. Иваново, 2001. С. 4–11.

21. *Golombok S.* Психологические реакции у бесплодных пациентов // Андрология, репродукция и сексуал. расстройства. 1993. № 2. С. 4–10.

22. *Кришталь Э. В., Маркова М. В.* Бесплодие супружеской пары в аспекте медицинской психологии. Харьков, 2003.

23. *Карымова О. С.* Социально-психологические особенности репродуктивной установки бесплодных мужчин и женщин: Дис. … канд. психол. наук. СПб., 2010.

24. *Летягина С. К.* О проблеме формирования половой идентичности в современном обществе // Изв. Сарат гос. ун-та. Новая серия. 2012. Т. 1, № 1. С. 38–41.

ЛЮБОВНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ. ЛЮБОВЬ ИЛИ ЗАВИСИМОСТЬ?

Н. М. Мантурова [1], *А. В. Огнева* [2]

Новосибирский государственный педагогический университет
г. Новосибирск
[1] pinori1973@mail.ru, [2] nastasia_ogneva@mail.ru

LOVE ADDICTION. LOVE OR ADDICTION?

N. M. Manturova, *A. V. Ogneva*

Как часто мы слышим фразы «Жить без него не могу!», «Если она меня бросит – умру!», «Смысл встречаться, если видитесь не каждый день?». Кажется, что в этих парах царит идиллия и истинная любовь, но на самом деле за такими фразами скрывается любовная зависимость.

Такой же образ любви нам показывают в кино, преподносят в книгах и песнях. Эти влюбленные растворены друг в друге и им больше никто и не нужен. Самым ярким примером являются Ромео и Джульетта из одноименной трагедии Вильяма Шекспира, они так страстно любили друг друга, что буквально на следующий день после знакомства решают обвенчаться, а после вообще умирают друг за другом, потому что не могут жить друг без друга. И ведь многие мечтают о таких отношениях, о такой любви, не осознавая, что любви-то здесь как раз и нет, а лишь созависимые отношения.

Любовная зависимость или любовная аддикция – это состояние, при котором человек испытывает сильную страсть по отношению к своему партнеру, а также эмоционально фиксируется на нём. Человек считает, что любовь без страданий не является настоящей.

Несмотря на то, что в названии этого феномена присутствует слово любовь, любовью это не является. Любовная зависимость является такой же зависимостью, как и никотиновая, алкогольная, игровая или наркотическая. И включена в международную классификацию болезней (МКБ-10) в раздел F63, связанный с расстройством привычек и влечений. Из-за этого расстройства многие люди получили свои справки о нетрудоспособности [1].

По мнению И. Н. Хмарука, значимость проблематики любовных аддикций заключается в том, что они:

- поражают преимущественно лиц молодого возраста;
- приводят к быстрой десоциализации этих людей;
- повышают уровень аутодеструктивного и аутоагрессивного поведения у аддиктов;

- повышают уровень суицидального риска;
- повышают криминализацию и виктимизацию пациентов;
- способствуют большому количеству коморбидных расстройств [2].

Выделяют несколько форм любовной зависимости:

Потеря собственной индивидуальности и стремление сохранить привязанность через замещение своей психологической территории территорией партнёра. Вероятно, что зависимый полностью отказывается от всего, что у него было до отношений: друзья, интересы, увлечения и меняет их под мнение и окружение партнёра. Отношения похожи на детско-родительские, зависимый выступает в роли ребёнка на стадии младенчества.

Захват индивидуальности партнёра и его личных границ, психологической территории. Здесь детско-родительские отношения выстраиваются по другой схеме. В роли родителя выступает зависимый, который контролирует все части жизни «ребёнка».

Агрессивное разрушение психологической территории партнёра. При этой форме реализуются садистические тенденции. Зависимый разрушает и подавляет индивидуальность своего партнёра, распространяет свои границы и на личность партнёра. Зависимый как бы обозначает, что «ты – всего лишь часть меня».

К причинам любовной зависимости можно отнести:

- недолюбленность в детстве родителями;
- неподготовленность к зрелым отношениям;
- страх одиночества;
- низкая самооценка;
- боязнь быть отвергнутым;
- готовность подчиняться;
- зацикленность на недостатках;
- приуменьшение личностных достоинств;
- наличие других зависимостей;
- интимные домогательства, совершенные в детстве со стороны взрослых;
- отсутствие чувства защищенности.

Цезарем Петровичем Короленко и Натальей Витальевной Дмитриевой описаны признаки любовных аддикций.

Чрезмерно много времени уделяется объекту влюблённости. Мысли о «любимом» доминируют в сознании, становясь сверхценной идеей. Аддикт настойчив и навязчив, он насильно будет заставлять человека проводить с ним время.

Аддикт ожидает от объекта влюбленности той же реакции, но эти ожидания в большинстве случаев несбыточны. К своему состоянию аддикт относится не критично.

Вне этих отношений аддикт перестает заботиться обо всем, забывает о друзьях, родителях, своих потребностях. Старается сделать все, чтобы не остаться покинутым, но при этом у него также существует страх интимности и близости с объектом влюбленности [1].

Совсем недавно выделился новый вариант любовной аддикции – сталкерство. Сталкер пытается навязать человеку свое общество, через повторяющиеся попытки завести разговор или случайный контакт. В процессе сталкерства аддикт постоянно следит за объектом страсти, также они могут портить его вещи, угрожать или нападать. Обычно выделяют пять групп сталкеров, которые различаются по мотивам сталкерства: отвергнутые, ищущие интимность, социально отвергнутые, обиженные и хищники. Женщины тоже часто становятся сталкерами, но в отличие от мужчин, они хотят добиться максимальной близости с человеком, которого преследуют [2].

Главным критерием различия любви и зависимости является то, что зависимость отличает полное бессилие человека перед объектом зависимости, отсутствие контроля, защитная система отрицаний, а также прогрессирование зависимости.

Созависимые люди не признают своей зависимости, они считают, что это самая настоящая любовь. А любовь для них является синонимом страданий. В отличие от любви, которая представляет себе жизнь без партнёра, любовная зависимость «дышит» партнёром. Зависимый, чтобы провести больше времени с возлюбленным, звонит ему по 50 раз на дню, караулит возле мест его появления, постоянно навязывается [3].

Труднее всего приходится женщинам, потому что они подвержены влиянию чувств больше чем мужчины, также они склонны отдаваться этим чувствам полностью. Даже, если умом они понимают, что это далеко не любовь, все равно ничего не могут с собой поделать. Цепляясь за прежние чувства, продолжают страдать.

Помимо прежних чувств к партнёру, зависимость подкрепляется разного рода страхами. Страхи и чувства, одновременно воздействуя на человека, создают замкнутый круг. На человека могут влиять такие страхи как страх будущего, реальности, перемен, но самый страшный из них – страх одиночества [4].

Но самое главное противоречие такой любви – это то, что зависимый может тихо ненавидеть партнёра, но стремиться проводить с ним 24 часа в сутки. Зачастую зависимый ревнив, раздражителен, всегда на нервах, подмечает про себя все недостатки партнёра, но при этом готов на любые жертвы ради возлюбленного.

Существуют «группы риска», которые в большей степени подвержены любовной созависимости. Такие люди не принимают решений, предварительно не посовещавшись с окружающими, они не переносят одиночества,

в отношениях боятся, что их бросят, чувствительны к критике, готовы подчиняться и соглашаться, чтобы понравится всем, зацикливаются на недостатках и преуменьшают достоинства, а помимо этого, вероятней всего, имеют еще одну зависимость, например, алкогольную или наркотическую. Исследование любовной зависимости с помощью опросника Б. Уайнхольда позволило определить выраженность любовной аддикции в выборке девушек 17–20 лет. Среди них со склонностью к аддикции оказался 31 %, еще у 10 % была выявлена тенденция к формированию любовной аддикции [1].

И если вы заметили, что ваши отношения похожи на зависимость, то, в первую очередь, следует признаться себе в том, что это не любовь, а зависимость. Многим осознание помогает перебороть зависимость, но если после этого ничего не изменилось, то стоит обратиться к психологу за консультацией.

Список литературы

1. *Ильин Е. П.* Психология любви. СПб.: Питер, 2013. 336 с.
2. *Егоров А. Ю.* Любовные и сексуальные аддикции (зависимости) // Лаборатория психотехники ИФН, 2008–2017. URL: http://www.psi-test.ru/pub/love-addict.html (дата обращения 11.09.2017).
3. *Делис Д., Филлипс К.* Парадокс страсти. Она его любит, а он ее нет. М.: МИФ, 2016. 370 с.
4. *Москаленко В. Д.* Когда любви слишком много: профилактика любовной зависимости. М.: Психотерапия, 2006. 224 с.

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЗНАЧИМОГО ПАРТНЕРА В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Н. М. Мантурова [1], *Е. А. Федурина* [2]

Новосибирский государственный педагогический университет
г. Новосибирск
[1] pinori1973@mail.ru, [2] fedurina96@yandex.ru

FEATURES OF THE IMAGE OF THE SIGNIFICANT PARTNER AT YOUTHFUL AGE

N. M. Manturova, *E. A. Fedurina*

Проблема изучения особенностей образа значимого партнёра в юношеском возрасте на сегодняшний момент является междисциплинарной. Юношество – это возраст, когда происходит значительное расширение круга общения. По окончании периода юности личность ориентирована на усвоение профессии, создание семьи, воспитание ребенка. По утверждению авторов В. С. Мухиной, М. В. Гамезо, Е. А. Петровой, О. В. Хухлаевой на юность приходится так называемый пик межличностного общения. В данном возрасте наиболее ярко выражена потребность в юношеской дружбе и любви. Причем в юношеском возрасте возникает и в течение длительного периода жизни сохраняется идеал возлюбленного, включающий человека определенной внешности, обладающего наиболее конкретными личностными достоинствами. Такой идеал определяет межличностные симпатии и предпочтения в течение нескольких лет после появления первой влюбленности.

Значимый партнер – это человек, который вызывает симпатию, это тот, с кем у вас есть общая цель, общий интерес. Взаимоотношения и взаимные симпатии между молодыми людьми строятся при наличии у значимого человека определенных личностных качеств. К фактором выбора значимого партнера можно отнести: выражение личного отношения к партнеру в ходе общения (С. В. Петрушин) [1], манера поведения (Н. В. Казаринова) [2], физическая привлекательность партнера, демонстрируемый стиль, выражение личного отношения к партнеру в процессе общения (А. А. Бодалев) [3].

По мнению С. Нартовой-Бочавер, человек на своем жизненном пути встречает различных людей, но значимыми и близкими для него становятся немногие. Близость – общность биографического, психического и духовного опыта. Это означает, что близким становится человек, причастный к значимому жизненному событию личности. Он оказывается с субъектом

в момент важного выбора или перемены судьбы, имеет на это влияние или просто разделяет некоторые переживания человека. Значимые люди связаны с человеком узами дружбы и любви [4].

Р. С. Немов считает, что наличие у молодого человека добродушия, нежности, физической привлекательности и обаяния, проявления к другим понимания и опоры для создания ощущения психологического комфорта и надежности, инициативность, эрудированность – всё это влияет на формирование и возникновение признания, уважения, симпатии среди молодых людей [5]. Юноши и девушки, обладающие данными личностными качествами, создают положительный образ о себе, держатся естественно и уверенно, энергичны, активны, являются лидерами, помогают своим друзьям и коллегам в разрешении различных проблем.

Детерминанты выбора значимого партнера будут изменяться в зависимости от того, на каком этапе в данный момент находятся отношения, какой фильтр проходят. Одни и те же факторы могут на одном этапе способствовать возникновению симпатии, а на другом – снижать ее, действовать только в сочетании с какими-либо другими факторами или не действовать вовсе. Но даже преодоление нескольких фильтров еще не гарантирует отношения от распада: предстоящий фильтр не менее опасен для существования пары, чем уже пройденный.

Фильтры образа значимого партнера (В. Н. Куницына) [4]:

- внешние данные, пол, возраст, профессия, манера поведения человека, так называемые «экологические» переменные (соседство или общее место работы, учебы, отдыха), т. е. сугубо внешние характеристики личности, которые не требуют для своего распознания длительного времени и оцениваются субъектом в зависимости от их социальной ценности, параметров ситуации, в которой происходит взаимодействие, и состояния и свойств самого субъекта;
- требование определенного уровня сходства между собой и партнером;
- возможность включения членов пары в совместную деятельность. Эта возможность предполагает сочетание личностных и поведенческих характеристик, получивших название «ролевое соответствие».

Для каждой пары ролевое соответствие носит сугубо индивидуальный характер. Таким образом, отношения все более индивидуализируются, превращаясь в подлинно межличностные. Благоприятное или неблагоприятное сочетание внешних и внутренних условий не проявится, если участники общения не будут активно преодолевать возникающие трудности и стабильными только тогда, когда их сохранение предстает перед субъектом как одно из условий достижения значимых для него целей [3].

Следует отметить, что на сегодняшний момент значимые люди связаны с человеком узами дружбы и любви. Взаимоотношения и взаимные симпа-

тии между молодыми людьми строятся при наличии у значимого человека определенных личностных качеств. Развитие межличностных отношений в юношеском возрасте начинается с активного, заинтересованного познания другого человека.

Выбор значимого партнера определяется действием целого ряда факторов, к которым относятся физическая привлекательность партнера, демонстрируемый стиль, фактор сходства между партнерами по общению, выражение личного отношения к партнеру (поддержка или отказ в поддержке). Развитие межличностных отношений в юношеском возрасте начинается с активного, заинтересованного познания другого человека. Чувства проявляются, как правило, в форме сопереживания, которое один человек вызывает у другого. Чувства, которые возникают у человека в ходе восприятия другой личности, начинают оказывать воздействие на последующую оценку человеком этой личности. Объект дружбы и любви в одних случаях в юношеском возрасте выбирается в соответствии с ранее сложившимся образом, в других имеет место идеализация, в третьих идеал подгоняется, переделывается под реального человека [6].

С. И. Самыгин отмечает, что важную роль в межличностных отношениях в юношеском возрасте играют представления о том, каким должен быть значимый и любимый человек, что служит эталоном выбора и критерием оценки. С. И. Самыгин по этому поводу выделяет три гипотезы.

1. Идеальный образ значимого и любимого человека предшествует выбору реального объекта, побуждая человека искать того, кто бы максимально соответствовал этому образу.

2. Идеализация значимого и любимого человека, которому приписываются желательные черты, независимо от того, какой он на самом деле.

3. Не идеальные образы определяют выбор значимого и любимого человека, а свойства реального, уже выбранного объекта обусловливают содержание идеала [7].

Идеализация партнера в юношеском возрасте наиболее ярко проявляется на стадии выбора партнера. Идеализация – это не только нереальный взгляд на человека, это скорее его особое видение. В большинстве определений любви в качестве одного из ее признаков выделяется склонность к идеализации партнера, к переоценке присущих ему положительных качеств и частичном игнорировании отрицательных. Такая же особенность наблюдается и в других эмоциональных отношениях, например в дружеских. В дружеских отношениях именно ожидание завышенной оценки себя обозначается молодыми людьми как понимание, которое отличает дружбу от других типов отношений. Идеализация играет существенную роль в жизни молодых людей в юношеском возрасте и в функционировании пары в целом.

В ходе работы нами была выдвинута гипотеза о том, что у юношей и девушек различаются содержание реального и идеального образа партнеров.

Целью практического исследования явилось выявление особенности образа значимого партнера у девушек и юношей.

Исследование проводилось на выборке объемом 120 человек (55 юношей, 65 девушек) в возрасте 19–22 года (средним и преобладающим является возраст 20 лет). Опрашиваемые молодые люди являются студентами Новосибирского государственного педагогического университета. Основными критериями опрашиваемых были юношеский возраст (18–22 года), наличие значимого человека.

Диагностическим инструментарием практической работы были выбраны опросники О. Л. Кустовой «Реальный мужчина», «Идеальный мужчина», Реальная женщина», «Идеальная женщина». Опросники содержат 40 биполярных шкал и 5 униполярных шкал.

На этапе сопоставления среднегрупповых профилей мужской и женской выборок (между реальными мужскими и женскими образами и между идеальными мужскими и женскими образами) были получены следующие выводы: идеальный мужской образ в сравнении с женским характеризуется более низкими показателями по факторам зависимости, эмпатийности, эмоциональности, андрогинности и более высокими показателями по факторам общей привлекательности, силы личности, социального статуса, современности, фемининности, маскулинности, то есть в идеальный мужской образ также включены традиционные женские качества эмпатийность, фемининность.

Идеальному женскому образу приписывается большая социальная успешность, соответствие современным стандартам и так как данная часть исследования проводилась на мужской выборке также приписываются традиционные мужские качества.

В ходе эмпирического исследования были выявлены различия в содержании реального и идеального образа значимого партнера по шкалам общей привлекательности, сила личности, эмоциональности, социального статуса, зависимости, эмпатийности, современности, фемининности, маскулинности, андрогинности. Идеальному партнеру приписывается большая социальная успешность, соответствие современным стандартам, а также меньшая эмоциональность. При оценке идеального образа по половому аспекту наблюдается перенос и проекция на значимого человека тех качеств, которыми обладает сам опрашиваемый.

Для выявления внутренней структуры используемых шкал был проведен факторный анализ.

В нашем случае мы с помощью факторного анализа вычленяли главные факторы представлении образа реального и идеального партнера в структуре межличностного общения.

В результате факторного анализа выявлены самые сильные факторные нагрузки реального и идеального образа девушки и юноши (рис. 1, 2).

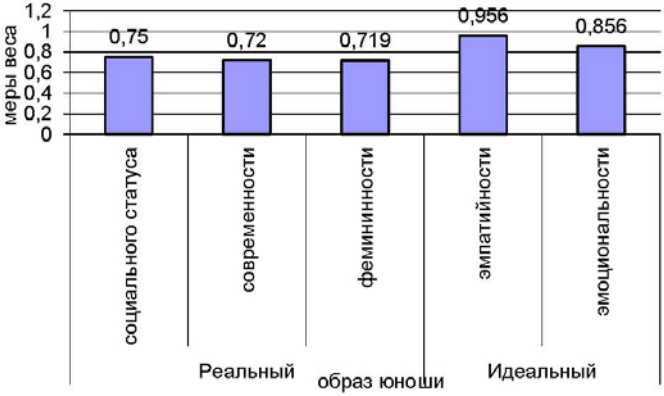


Рис. 1. Главные компоненты в представлении образа реального и идеального юноши в структуре межличностного общения девушек

Рис. 2. Главные компоненты в представление образа реального и идеального юноши в структуре межличностного общения девушек

По представленным данным факторного анализа видны различия в представлении образа реального и идеального партнера.

Из представленных графически главных компонентов образа реального и идеального юноши (см. рис. 1) у девушек видно, что в реальном образе на первом месте стоит фактор «Социальный статус», на втором месте фактор «современности», на последнем месте из представленных весовых нагрузок – фактор «фемининности».

В образе идеального юноши по показателям девушки доминирует фактор «эмпатийности», следующий по мере веса фактор «эмоциональности».

На рис. 2 представлены главные факторы в представлении образа реальной и идеальной девушки по показателям юношей. Доминирующим фактором в реальном образе девушки является – «маскулинность», на следующем фактор «эмпатийности», на третьем месте фактор – «социальный статус», на последнем месте фактор «оценки» (общей привлекательности). А в идеальном образе девушки доминирует фактор «фемининости», на втором месте по значимости для юношей стоит фактор «оценки» на третьем фактор – «маскулинности».

Современный юноша в представлении реального образа девушки видит сильную девушку, обладающую мускулинными качествами, но в то же время с высоким уровнем эмпатии.

А девушка в реальном образе партнера желает, чтобы у него был высокий социальный статус, он был современных взглядов и в то же время обладал феминными качествами.

Список литературы

1. *Петрушин С. В.* Мастерская психологического: Монография. М.: Пер Сэ, 2012. 143 с.

2. *Куницына В. Н., Казарина Н. В., Погольша В. М.* Межличностное общение. СПб.: Питер, 2002.

3. *Бодалев А. А.* Психология межличностного общения. Рязань, 1996.

4. *Немов Р. С.* Психология: В 3 кн. М.: Центр ВЛАДОС, 2003. Кн. 3: Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики.

5. *Немов Р. С.* Психология: В 3 кн. М.: Центр ВЛАДОС, 2003. Кн. 2: Психология образования.

6. *Мантурова Н. М.* Особенности самоактуализации личностей разных гендерных типов // Философия образования: всерос. науч. журн. 2015. № 5 (62). С. 161–173.

7. *Самыгин С. И.* Любовь глазами мужчины. Ростов н/Д: МарТ, 2000.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ ЖЕНЩИНЫ К МАТЕРИНСТВУ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ХАРАКТЕР ФОРМИРОВАНИЯ ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ

О. В. Сидорович

Городской клинический перинатальный центр, г. Омск
omi4ka@bk.ru

PSYCHOLOGICAL READINESS OF WOMEN TO MOTHERHOOD AS THE FACTOR THAT DETERMINES THE NATURE OF THE FORMATION OF GESTATIONAL DOMINANT

O. V. Sidorovich

Беременность как особый период жизни женщины, в который в утробе матери зарождается новая жизнь, определяет характер внутриутробного периода развития будущего человека, является, по сути, основой дальнейшего онтогенеза.

К наиболее значимым психологическим факторам, влияющим на успешность вынашивания плода, относятся: характер отношений с супругом и/или родственниками; мотивация беременности; содержание ее эмоционально–личностной сферы; онтогенез материнской сферы [1].

Вместе с тем, существует множество факторов, способных повлиять на беременность и создать угрозу ее прерывания, в числе которых – психологическая готовность женщины к беременности и родам. Проблема психологической готовности к материнству стала изучаться сравнительно недавно, хотя интерес ученых к материнству как феномену можно отследить в научных исследованиях задолго до появления работ по этой проблематике [2].

Психологическую готовность к материнству можно определить как специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-объектная ориентация в отношении к еще не родившемуся ребенку. С. Ю. Мещерякова считает, что показателями психологической готовности к материнству являются: особенности коммуникативного опыта, полученного в детстве; отношение к еще не родившемуся ребенку; ориентация на стратегию воспитания и ухода за младенцем [2]. Говоря проще, это способность матери обеспечивать адекватные условия для развития ребенка, проявляющаяся в определенном типе материнского отношения [3].

Вопросам психологической готовности к материнству посвящены труды О. В. Баженовой, И. В. Добрякова, С. Ю. Мещеряковой, Г. Г. Филиппо-

вой и др. Психологическая готовность к материнству во многом обусловливает поведение женщины во время беременности, настрой на роды, особенности взаимодействия с ребенком до и после его рождения.

По мнению многих исследователей, психологическая неготовность женщины к материнству может быть одной из причин нарушений условий развития ребенка, особенно на ранних этапах этого развития (А. Я. Варга, Д. В. Винникотт, М. В. Колоскова, К. В. Солоед). Отсюда напрашивается вывод, что подготовка к материнству должна начинаться задолго до факта наступления беременности. В этой связи особенно актуальным становится вопрос о показателях психологической готовности женщины к материнству.

С. Ю. Мещерякова предложила считать показателями психологической готовности к материнству следующие:

- особенности коммуникативного опыта женщины, полученного в детстве;
- переживания женщиной беременности, в том числе отношение к еще не родившемуся ребенку;
- ориентация на стратегию воспитания и ухода за младенцем [4].

Говоря о коммуникативном опыте женщины, С. Ю. Мещерякова опиралась на концепцию М. И. Лисиной, главная мысль которой заключается в том, что основы личности, отношение человека к миру и к самому себе закладываются с первых дней жизни в общении с близкими взрослыми. Складывающееся в общении первое личностное образование может рассматриваться и как вклад в становление будущего родительского поведения. Если опыт общения с близкими был положительным, это означает, что стартовые условия для формирования субъектного отношения к другим людям были благоприятными, и основа для формирования субъектного отношения к своему ребёнку заложена.

Таким образом, о характере раннего коммуникативного опыта, полученного будущей матерью в общении с близкими взрослыми, можно судить по аффективным следам, оставленным в её первых воспоминаниях о себе и родителях, об их стиле воспитания, о своих привязанностях. Кроме того, большое значение в становлении родительского поведения придаётся также общению со сверстниками, старшими и младшими детьми.

Особо значимым являетсяотношение матери к будущему ребенку, которое во многом определяет первичный опыт ребенка. Величина и характер эмоционального контакта между матерью и еще неродившимся ребенком являются одним из факторов, влияющих на возникающую психику. Наиболее благоприятной ситуацией для будущего материнского поведения являются желанность ребёнка, наличие субъектного отношения матери к ещё не родившемуся младенцу, которое проявляется в любви к нему,

мысленной или вербальной адресованности, стремлении интерпретировать движения плода как акты общения [5].

То, как будущая мать намеревается осуществлять уход за ребенком, также свидетельствует о преобладании субъектного или объектного отношения к ребёнку. Женщина реализует в своей жизни именно тот коммуникативный опыт, который получила в детстве. Отрицательный коммуникативный опыт влечет за собой отрицательные переживания женщиной собственной беременности, в том числе, и в отношении будущего ребенка, у нее нет правильной ориентации на стратегию воспитания. Это все свидетельствует о неготовности женщины к материнству. Неготовые к материнству женщины гораздо чаще имеют осложнения во время беременности и родов, которые, кроме прочих, могут проявляться и в виде невынашивания беременности.

Существует тесная связь между функциональным состоянием тела и психическими процессами, доказательством чему служат множество теоретических концепций и теорий, затрагивающих проблему взаимосвязи психики (души) и тела. В русле биологического подхода большое значение придается эволюционным аспектам формирования физиологических, мотивационных и поведенческих механизмов материнства (и готовности к нему в том числе).

Среди них выделяются этологические исследования, которые рассматривают материнское поведение как психически более сложно организованный и культурно видоизмененный вариант поведения животных, направленный на создание условий для полноценного развития потомства (Г. Харлоу, Дж. Митчелл, Д. Визел, Д. Хьюбел, Н. Тинберген, S. H. Sternglanz, A. H. Nash, R. L. Trivers).

Физиологические и психофизиологические исследования материнства направлены на изучение нейрогуморальных механизмов полового созревания и обеспечения беременности и лактации, в них изучается связь гормонального фона и эмоциональных состояний и их роль в развитии материнства и обеспечении эмоциональной стороны материнско-детских отношений (А. С. Батуев, И. В. Добряков, К. Остин и Р. Шорт, К. Флейк-Хобсон с соавт. и др.).

В отечественных исследованиях по проблеме материнства изучаются качества матери, необходимые для создания оптимальных условий для развития ребенка и сохранения его психического здоровья (Н. Н. Авдеева, О. В. Баженова, Л. Л. Баз, Т. И. Барановская, А. Я. Варга, В. И. Гарбузов, И. Ю. Ильина, Е. И. Исенина, О. А. Копыл, В. И. Перегуда, Е. В. Попцова, Г. А. Свердлова, Е. О. Смирнова, М. В. Соколова, А. С. Спиваковская, Г. Г. Филиппова, Н. А. Хаймовская, Г. Т. Хоментаускас). Исследуются личностные и индивидные особенности «матерей из группы риска», про-

воцирующие неадекватное взаимодействие матери с ребенком (А. А. Бодалев, А. И. Захаров, Г. В. Скобло, Э. Г. Эйдемиллер).

Особенности течения беременности и поведения беременных женщин, неблагоприятные для будущего материнства и предрасполагающие к последующему отказу от ребенка, анализируются в работах (В. И. Брутмана, А. Я. Варги, О. Р. Ворошниной, М. С. Радионовой, и др.). В этих исследованиях выделяются особенности материнской сферы женщины, которые определяют ее психологическую готовность к материнству (Т. И. Барановская, О. А. Копыл, С. Ю. Мещерякова, Г. Г. Филиппова и др.).

У женщин с психологической неготовностью к материнству, следует ожидать наличие внутриличностного конфликта. Поскольку беременность является физиологическим процессом, затрагивающим весь организм женщины, то в случае разрешения этого конфликта по типу соматизации, появляются нарушения в течение беременности.

В исследовании, проводившемся на базе Городского клинического перинатального центра города Омска (женская консультация и отделение патологии беременных № 1). В качестве испытуемых были беременные в возрасте 25–30 лет, первородящие. Основная группа (с угрозой прерывания беременности) – 25 человек. Контрольная группа (без угрозы прерывания беременности – 25 человек.

Нами установлена прямая умеренная связь ($r = 0{,}43$) между готовностью женщины к материнству и ее возможностью выносить плод. Чем ниже уровень ее готовности, тем меньше возможностей для вынашивания она имеет, а значит и выше риск прерывания беременности.

Кроме того, среди женщин с угрозой прерывания беременности только 40 % (10 человек) имеют оптимальный тип гестационной доминанты, в то время, каку женщин с нормальным протеканием беременности, т. е. в контрольной группе 68 % (17человек).

Гестационная доминанта – это доминанта беременности, которая определяет направленность всех изменений у беременной женщины на создание определенных условий для развития ребенка.

Оптимальная гестационная доминанта предполагает позитивный настрой на протекание беременности и роды и характеризуется положительной представленностью всех компонентов психологической готовности к материнству.

Стоит еще раз подчеркнуть, что лишь 40 % (10 женщин с угрозой выкидыша имеют позитивный настрой на беременность и рождение ребенка, а у 60 % (15 женщин негативно настроены на пролангирование беременности и роды). Оказалось, что у большинства из них (44 %) 11 человек – эйфорический тип гестационной доминанты. При таком варианте у беременных женщин преобладает повышенный фон настроения. Они видят будущее только в «розовом свете», уверены в благополучном исходе ро-

дов. Типичным для них является высказывание: «Ничто не доставляет мне такого счастья, как то, что я беременна!». В отличие от нормального хорошего настроения, способствующего адекватной оценке происходящего, эйфория делает беременных нечувствительными к объективной реальности. У многих отмечается истерические черты личности. Беременность обычно желанная, но за зачатием нередко стоят «рентные» установки (установки выгоды). Беременность делает женщину претенциозной, она постоянно требует к себе особого отношения и недовольна, если не чувствует достаточного, с ее точки зрения, внимания к своей особе. Нередко это создает напряжение в отношениях с близкими людьми, так как она считает, что многие из них недостаточно рады ее беременности, не понимают, что она теперь нуждается в особом отношении. При возникновении каких-либо проблем, осложнений течения беременности они застают женщину врасплох, воспринимаются чрезмерно эмоционально, их тяжесть преувеличивается. Часто собирают мнение несколько врачей, требуют консультации профессоров.

Женщина с эйфорической доминантой считает, что беременность делает ее чаще привлекательней в глазах мужа, сильнее привязывает его к ней. Нередко беременность используется испытуемыми основной группы в качестве средства манипулирования, становится способом воздействия на мужа и на окружающих для изменения отношения к себе, достижения меркантильных целей. При этом декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, возникающие недомогания игнорируются, трудности преувеличиваются. Во время беременности они высоко оценивают свою материнскую компетенцию, уверены, что станут прекрасными матерями. Они собираются кормить детей, ожидая от этого процесса лишь положительных эмоций. Можно предполагать, что став матерями, эти женщины будут демонстрировать расширение сферы родительских чувств к ребенку, воспитывая его, чаще всего, по типу потворствующей гиперпротекции. Возможны конфликты с супругом по поводу воспитания ребенка.

У оставшихся 16 % женщин установлено преобладание гипогестогнозической и тревожной доминат, длякоторых характерны явное или скрытое непринятие своей беременности, отсутствие особой близости с родителями и ориентацией на воспитание по типу гипопротекции.

У женщин с угрозой прерывания беременности выявлен негативный коммуникативный опыт с матерью в детстве, некоторая ограниченность (фатализм) в восприятии будущего ребенка, дисгармоничное отношение к собственной беременности, вызывающее невротические реакции и поведение.

Таким образом, у психологически неготовых к материнству женщин формирование гестационной доминанты протекает сложнее, они чаще имеют угрозу выкидыша и существенный риск для будущего ребенка.

Список литературы

1. *Волков В. Г., Садкова Ю. С.* Индивидуально-психологические особенности беременных с угрозой выкидыша. Киров, 2003. 342 с.

2. *Филиппова Г. Г., Черткова И. Н. и др.* Исследование психологических особенностей переживания беременности у женщин с патологией беременности // Журн. практ. психол. 2003. № 4–5. С. 64–82.

3. *Брутман И. В. и др.* Девиантное материнское поведение // Моск. психотерапевт. журн. 2003. № 4. С. 31–32.

4. *Мещерякова С. Ю.* Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2000. № 5. С. 18–28.

5. *Добряков И. В.* Перинатальная психология. СПб.: Речь, 2004. 368 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ КАК ФАКТОР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В НАУЧНОЙ И ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ

И. Я. Стоянова

НИИ психического здоровья
Томского научно-исследовательского медицинского центра, г. Томск
ithka1948@mail.ru

PSYCHOLOGICAL SECURITY AS A FACTOR OF PSYCHOLOGICAL HEALTH IN SCIENTIFIC AND PRACTICAL WORK OF MEDICAL PSYCHOLOGISTS

I. Ya. Stoyanova

Психическое здоровье – одна из наиболее остро обсуждаемых проблем в психиатрии, медицинской психологии, психотерапии и других научных дисциплинах. Многомерность этого явления и разноплановость подходов к его изучению до сих пор не позволяют дать его всеобъемлющего определения, выделить достаточный набор его составляющих, разработать валидные и надежные критерии оценки его уровня.

Исследователи, обращаясь к понятию «психическое здоровье», понимают его либо в рамках патоцентрической (медицинской) модели как отсутствие симптомов и синдромов заболеваний, жалоб и болей, объективных нарушений в функционировании разных систем организма, либо в рамках саноцентрической (психологической) модели (понимание здоровья «от здоровья», более «позитивный статус»), когда здоровье определяется с учетом наличия индивидуальных ресурсов и возможностей человека, его способности к развитию, самореализации и самосовершенствованию.

Объем понятия «психическое здоровье» постоянно расширяется, наполняется все большим содержанием. Поэтому психическое здоровье стало рассматриваться как сложный феномен, включающий характеристики психического равновесия с гармонизацией взаимодействия различных сфер личности – эмоциональной, волевой, познавательной. Нарушения психического равновесия приводят к личностным деградациям, деструкциям, социальной дезадаптации, нарушениям психического здоровья.

В качестве важного критерия психического здоровья обозначается гармония (О. В. Хухлаева). Эта психологическая характеристика связана с поддержанием активного динамического баланса между человеком и окружающей средой в ситуациях, требующих мобилизации ресурсов

личности. Саморегуляция является центральной характеристикой психологически здорового человека как возможность адекватного приспособления, как к благоприятным, так и к неблагоприятным воздействиям.

С перечисленными выше психологическими характеристиками тесно связано понятие «психологическая безопасность», первые целенаправленные исследования которой в рамках психологической модели датируются серединой XX века. В настоящее время в научной литературе накоплен обширный материал по различным аспектам безопасности. Эта проблема исследуется в контексте информационно-психологической безопасности (Г. В. Грачев, Г. Л. Смолян, О. В. Писарь, Э. Ю. Ребрик, С. Ю. Решетина, А. В. Тонконогов, Ю. С. Уфимцев, Е. А. Ерофеев, Т. Б. Мельницкая; социальной и социально-психологической безопасности (Ю. П. Зинченко, О. Ю. Зотова, А. Н. Сухов, Т. В. Эксакусто); психологической безопасности образовательной среды (И. А. Баева, П. И. Беляева, Ю. В. Варданян, В. А. Дмитриевский, Л. М. Митина, В. Р. Папоян, Е. Б. Мурадян, Н. Г. Рассоха, Г. С. Корытова, Е. Ю. Закотнова, S. E. Goldstein и др.), личности студента и выпускника образовательных учреждений (Р. В. Агузумцян, Е. Б. Мурадян, Н. А. Лызь, С. А. Богомаз, Н. В. Козлова); в профессиональной деятельности субъектов труда (М. А. Котик, И. И. Приходько, В. А. Сведюк, Н. Л. Шлыкова, S. Clarke, A. C. Edmondson, M. A. Griffin и др.); в условиях повышенного риска природных катастроф и неблагоприятных условий деятельности и проживания (Л. А. Александрова, Т. Г. Бохан, О. В.Терехина) [1–6].

Следует отметить, что проблема психологической безопасности остается недостаточно разработанной в отношении клинических исследований, направленных на изучение личностных проявлений, характеризующих соотношения психологической безопасности и психического здоровья. Актуальность исследования психологической безопасности пациентов, страдающих различными расстройствами пограничного спектра, обусловлена необходимостью сохранения психического здоровья и оказанию эффективной психологической помощи с опорой на личностные ресурсы. Психологические аспекты безопасности являются ключевыми в оценке личностной защищенности и адаптированности пациентов. Нарушения психологической безопасности являются факторами риска нарушений психического здоровья и личностной идентичности, склонности к депрессивным проявлениям, из-за дефицита личностного опыта и стереотипного реагирования в сложных жизненных ситуациях.

Установлено, что существуют взаимосвязи между показателями психологической безопасности среды и характеристиками психического здоровья. Результаты этих исследований позволили подтвердить возможность рассмотрения психологической безопасности как фактора психического здоровья.

Ориентируясь на принципы деятельностного и системного подхода, применительно к исследованиям в рамках медицинской психологии, психологическую безопасность можно рассматривать как интегративный и многомерный феномен: 1) процесс, т. е. динамическая составляющая психологической безопасности, которую возможно формировать в процессе психокоррекционной работы с пациентами; 2) как состояние, обеспечивающее базовую потребность личности; 3) как свойство личности, характеризующее её защищенность от деструктивных воздействий, внутренний ресурс, который можно изучать и развивать психологическими методами.

К психологическим образованиям человека, представляющим разные уровни психологической организации человека и обеспечивающим его устойчивость и психологическую безопасность, относятся:

- осмысленность жизни – наличие осмысленных целей и возможности использования различных способов для их достижения;
- готовность к трансформациям жизненных трудностей;
- ответственность и конструктивность мышления;
- открытость по отношению к миру, людям, себе – гибкость как открытость новому (В. Е. Клочко).

Психологическая безопасность личности проявляется также в ее способности сохранять устойчивость в определенной среде, в том числе с психотравмирующими воздействиями (рисками), а также отражается в переживании своей защищенности / незащищенности в конкретной жизненной ситуации.

Характеристики психологической безопасности возможно развивать в процессе лечения и реабилитации пациентов на базе клиники, в рамках оказания психологической помощи беременным и членам их семей [7–10].

Представляется, что на базе медицинских учреждений продуктивным является изучение личностных факторов психологической безопасности у пациентов, включая базисные убеждения, уровни личностной и социальной тревожности, защитно-адаптивные стили, антивитальные проявления. Изучение этих характеристик будет способствовать расширению возможностей психологической помощи пациентам в условиях стационара, а также созданию системы психопрофилактики, направленную на повышение адаптивных возможностей и психологическую безопасность.

Базируясь на принципах медицинской психологии, в исследовательских программах можно изучать психологию безопасности, основываясь на исследованиях, посвященных межличностному взаимодействию, психологической защите, психологии конфликта, можно рассматривать параметры психологической безопасности пациентов как фактор необходимый для развития личностных ресурсов и профилактики психического здоровья. Это стратегические задачи медицинских психологов.

В программы тренинговой и консультативной работы с пациентами и их значимым окружением должна быть включена работа по регуляции поведения и саморегуляции. Развитие психологической безопасности пациентов включает также работу, связанную с формированием позитивного Я-образа, доброжелательности окружающего мира и позитивных отношений между «Я» и окружением. Значимыми контекстами психологической работы является также развитие нового опыта применения стратегий совладания, транформации стереотипных и неадаптивных реакций в проблемных и нестандартных ситуациях в конструктивные. Совместная психологическая работа направлена на активную адаптацию, приспособление к окружающей среде. Это эффективное средство, дающее человеку силу преодоления, помогающее ему сохранять устойчивость в экстремальных, кризисных ситуациях, справляться с ежедневными стрессовыми обстоятельствами жизни. При создании условий психологической безопасности среды актуализируются возможности личности, повышается уровень толерантности к жизненным сложностям, конфликтам.

Так, повышение уровня психологической безопасности пациентов выступает превентивной мерой, направленной на восстановление психического здоровья и личностных ресурсов у пациентов пограничного спектра. Поэтому представлются перспективными исследования, направленные на изучение психологической безопасности у пациентов с депрессивными расстройствами и формирование психологической безопасности в процессе групповых форм психокоррекции у пациентов пограничного спектра. В процессе групповой работы развивается способность к самопониманию, изучаются факторы, снижающие ПБ (наличие ошибочных когнитивных схем, враждебность, условная выгодность болезни, формирование генерализованного представления о негативной реальности стремление к обесцениванию помощи), а также развивается ресурс сопротивляемости человека негативным воздействиям.

Формирование психологической безопасности пациентов старшей возрастной группы тесно связано с понятием эйджизма и геронтофобии. В одном из определений Р. Н. Батлера эйджизм дефинируется как отражающий глубоко затаенную тревогу некоторых людей, их личностное отвращение и ощущение неприязни к стареющим людям, болезням, инвалидности, их страх беспомощности, бесполезности и смерти. Бекка Леви определяет эйджизм как дискриминацию по возрастному признаку.

В общественном сознании развиваются такие явления, как геронтофобия – страх старости и смерти. Бытовой эйджизм реализуется в повседневных нормах и практиках общения с пожилыми людьми. Причины этого явления могут быть сопряжены с негативным опытом общения с пожилыми людьми.

Для наших пациентов также часто характерны патогенная установка на процесс старения, нежелание воспринимать себя старыми и поиск способов «отмежевания» от пожилых людей, стереотипов и моделей поведения, свойственных пожилым людям.

Формирование психологической безопасности у пациентов пожилого возраста с учетом вышеобозначенных характеристик осуществляется на базе отделения пограничных состояний НИИПЗ ТНИМЦ. При этом используется мультимодальный подход А. Лазаруса, который дает возможность акцентировать внимание на основных проблемах пациента, требующих решения. Отделяя ощущения от эмоций, различая представления и когниции, исследуя индивидуальное, и межличностное поведение в совместной партнерской работе пациента и психолога, данные техники позволяют снизить эмоциональную напряженность, изменить ошибочные представления, способствовать развитию психологической безопасности.

Концепция психологической безопасности применима во всех разделах клинической психологии, включая семейную, кризисную, перинатальную психологию. Базируясь на этой концепции, клинический психолог может расширить предметное поле исследования личностных возможностей человека и способствовать формированию ресурсных составляющих и нового опыта для успешного преодоления жизненных затруднений.

Список литературы

1. *Баева И. А.* Психологическая безопасность образовательной среды: Теоретические основы и технологии создания: Автореф. дис. … д-ра психол. наук / Рос. гос. пед. ун-т им. А. И. Герцена. СПб., 2002. 44 с.

2. *Баева И. А.* Концепция психологической безопасности образовательной среды. М., 2007. 48 с.

3. *Богомаз С. А., Гладких А. Г.* Психологическая безопасность и ее измерение с помощью Шкалы базисных убеждений // Вестн. ТГУ. 2009. Вып. 318. С. 191–195.

4. *Еремеев Б. А.* Психология безопасности, психологическая безопасность и уровни развития человека // Психологическая безопасность, устойчивость, психотравма: Сб. науч. ст. по материалам Первого международного форума. СПб: ООО «Книжный дом», 2006. С. 101–103.

5. *Терехина О. В.* Психологическая безопасность как фактор психического здоровья людей, проживающих в условиях риска техногенно-экологической угрозы: Автореф. дис. … канд. психол. наук. Томск, 2016.

6. *Эксакусто Т. В.* Психологическая безопасность: принципы исследования, дифиниции, модель // Вестн. Пятигорск. гос. лингв. ун-та. 2009. № 3. С. 331–334.

7. *Мелехин А. И.* Перспективы лечения депрессии в пожилом и старческом возрасте // Государственная политика по развитию биомедицинских технологий в области профилактики старения и возраст-зависимых заболеваний: Материалы Науч.-практ. конф. URL: http://istina.msu.ru/ publications/article/30069518/

8. *Долматова Е. С., Митченко Н. В., Назаркина А. С., Усова Е. Н.* Особенности консультирования и психокоррекции депрессии у лиц пожилого возраста // БМИК. 2015. № 12.

9. *Сагалакова О. А., Труевцев Д. В., Стоянова И. Я., Терехина О. В., Шухлова Ю. А.* Социальная тревога в подростковом и юношеском возрасте в контексте психологической безопасности // Вопросы психологии. 2016. № 6. С. 163–176.

10. *Стоянова И. Я., Шухлова Ю. А., Сагалакова О. А., Труевцев Д. В., Терехина О. В., Чеканова М. О.* Личностные факторы риска парасуицидальности (антивитальности) и снижения психологической безопасности студентов в образовательной среде // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. 2016. № 4 (89). С. 112–116.

Научное издание

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ: МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Материалы конференции публикуются в авторской редакции

Сдано в набор 20.09.2017. Подписано к публикации 09.10.2017
Формат 60×84/16. Уч.-изд. л. 22,4. Усл. п. л. 21,5
Издательско-полиграфический центр НГУ
ул. Пирогова, 2, Новосибирск, 630090